



UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

El Diagnóstico del Trastorno por Estrés
Postraumático en Infancia y Adolescencia
y aportaciones para el Trauma Complejo

D^a Rosa Maria Espinosa Gil

2015



UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
PSICOLÓGICO

TESIS DOCTORAL

**EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
INFANCIA Y ADOLESCENCIA Y APORTACIONES PARA EL TRAUMA COMPLEJO.**

Presentado por: Rosa María Espinosa Gil

Dirigido por: Dra. Concepción López Soler

Dr. José Antonio López Pina

Murcia, 2015

Dedicatoria

A mi hijo Miguel Anselmo

A mis padres Anselmo y Carmen

El que escribe en el alma de un niño escribe para siempre.

Anónimo

“Yo nunca tuve ese algo que ustedes llaman infancia”

Michael Jackson

“Dadme una docena de niños sanos, bien formados, para que los eduque, y yo me comprometo a elegir uno de ellos al azar y adiestrarlo para que se convierta en un especialista de cualquier tipo que yo pueda escoger - médico, abogado, artista, hombre de negocios e incluso mendigo o ladrón- prescindiendo de su talento, inclinaciones, tendencias, aptitudes, vocaciones y raza de sus antepasados” 1930, pág 104.

Bahaviorism

Watson

Agradecimientos

Recuerdo cuando finalicé la Licenciatura de Psicología lo orgullosa que me sentí considerando que ya había llegado a mi satisfacción más profunda a nivel profesional. Encontrar lo que realmente te hace sentir realizado a nivel profesional es una gran fuente de satisfacción y de alegría. Años después pude realizar la especialidad de Psicología Clínica en la Unidad de Salud Mental Multiprofesional de la Región de Murcia, y tras cuatro años de duro trabajo vi cumplir un nuevo sueño, el de ser especialista en psicología clínica. Mientras iba finalizando la residencia me sentí atraída hacia el estrés postraumático y pude contar con el apoyo incondicional de una experta en la materia como es la profesora López Soler, así fuimos tras duro trabajo concluyendo este estudio.

Es para mi especialmente emocionante recordar y agradecer a todas las personas que han hecho realidad el poder cumplir este sueño, sin los cuales nunca hubiera sido posible. Especialmente siempre recordaré a mi querido padre dándome ánimos para luchar y conseguir mis objetivos/ilusiones aunque la dificultad fuera grande, ¡Gracias papá por mi DSM IV TR, por mi diccionario de Psicología y por la enciclopedia de Psicología regalada! Siempre supiste que este era mi camino y creíste en mí. Gracias a mi madre por transmitirme el afán de superación y el apostar por mi crecimiento, a pesar de saber el esfuerzo y sacrificio que suponía. Gracias a mi hijo Miguel que ha sabido acompañarme en “mi/su” sacrificio y estar ahí dándome ánimos a su manera, con sus risas, su música rock y su alegría. Gracias a Miguel por ser mi compañero tantos años y darme tu amistad y cariño en la búsqueda de mis sueños.

Gracias a mis hermanos (Carmen, Anselmo y Choni) y a mis cuatro sobrinos (Diego, Adrian, Christian y Anselmo Daniel) por existir y a mis amigos que han visto como día a día tenía que enfrentarme a la fascinante pero solitaria tarea del ordenador (Especialmente a Paola, Lidia,

Trini, M^a Jesús, Juanjo, Francis, Franca Carmen Riccio, Daniel Aniorte y un largo etc.a todo el grupo de Lucentum de Terapia Familiar en Alicante).Gracias a mis amigos del Hospital Los Arcos del Mar Menor que me han acompañado gran parte de mi camino hacia la Psicología.

Gracias a Patricia Benedicto por ser de las mejores compañeras y amigas que he tenido. Eres grande.

Creo imprescindible y necesario agradecer a la Dra. López Soler su apoyo y orientación en el desarrollo de este trabajo, por su afabilidad, su capacidad de trabajo, su genialidad haciendo lo complicado liviano y su capacidad de convertir lo más farragoso en fascinante. Gracias por confiar en mí.

Por supuesto agradecer al Dr. López Pina, su orientación y consejo, su templanza frente a esta parte complicada, siempre animando en su construcción.

No quiero dejar de agradecer a todos los niños que sufren cualquier tipo de abuso, su confianza y amor y su sentido de lucha en el futuro.y en especial a Michael Jackson.

Gracias a mis pacientes por la calidad de sus vidas, por sus capacidades de resiliencia y por confiar en mi.

Gracias a mis compañeros del Centro de Salud Mental de San Andrés, por darme su cariño y apoyo en el final de esta tesis y en el día a día al realizar mí trabajo.

Gracias al Grupo Universitario de Investigación en Infancia y Adolescencia-Psicología Clínica por dedicarse e investigar en este necesario y fascinante tema. No quiero olvidar y agradecer a Watson su frase “Dadme una docena de niños sanos...” que ya en mi primera juventud marcaron mis pasos hacia la búsqueda de una nueva profesión que es la práctica psicológica.

Quiero agradecer a Dios, su apoyo para realizar este sueño.

Abstract

Cada vez existe mayor evidencia científica del TEPT y las distintas clasificaciones diagnósticas están proponiendo nuevos criterios, estando el campo de infancia y adolescencia menos desarrollado. Si bien el APA (2013) ha acogido un grupo de síntomas más específicos en niños de edad preescolar, ha descrito para escolares, adolescentes y adultos prácticamente los mismos criterios diagnósticos.

A su vez la OMS, tiene una nueva propuesta para los trastornos relacionados con estrés y se prevee que dará cabida al diagnóstico del TEPT complejo (basado en situaciones de violencia interpersonal). Revisamos las distintas teorías que describen el TEPT y cómo han ido evolucionando desde una perspectiva basada en el aprendizaje, hacia las cognitivas y neurobiológicas para posteriormente desarrollarse la perspectiva integradora.

Objetivos

Determinar agrupaciones de síntomas para el diagnóstico de TEPT en infancia y adolescencia y analizar la validez del CPSS en el diagnóstico de TEPT en menores expuestos a trauma.

Método

La muestra utilizada consistió en 221 escolares y adolescentes con edades comprendidas entre los 6 y los 17 años sometidos a violencia intrafamiliar de forma crónica.

Procedimiento

Instrumentos: The Child PTSD Symptom Scale (CPSS).

Aplicamos un Análisis factorial Exploratorio (Mínimos Cuadrados No ponderados) y se realizó un análisis de la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach.

Resultados

Tras el análisis de datos hemos encontrado un solo factor latente obteniendo un buen ajuste del modelo. A su vez la consistencia interna fue de .88.por lo que consideramos que el CPSS es un instrumento adecuado y con buenas propiedades psicométricas.

Conclusiones

En población infantojuvenil es recomendable centrarnos en la presencia de síntomas TEPT, independientemente del grupo sintomático y del criterio especificado dentro de cada uno de ellos. En este sentido el enfoque dimensional parece más apropiado que el categorial de cara a dar respuesta a esta población.

La nueva propuesta de la CIE 11 se aproxima más a este enfoque diagnóstico del TEPT, es más parsimonioso y conseguirá dar mejor respuesta a la población infanto-juvenil.

INDICE

PARTE I: CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA

| | |
|--|----|
| Capítulo 1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO..... | 3 |
| 1.1 Aproximación Histórica del Trastorno por estrés posttraumático..... | 3 |
| 1.2 Conceptualización del constructo..... | 6 |
| Capítulo 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES DE ENFERMEDADES MENTALES..... | 7 |
| 2.1 Criterios Diagnósticos de las Clasificaciones Internacionales de Enfermedades Mentales..... | 8 |
| 2.2 Criterios Diagnósticos según DSM -5..... | 11 |
| 2.3 El Trastorno de Estrés Posttraumático en niños en edad preescolar | 13 |
| 2.4 Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 OMS..... | 15 |
| 2.5 Diferencias del TEPT del DS-IV-TR y el DSM-5..... | 17 |
| 2.6 Clasificación Internacional de Enfermedades OMS CIE 11..... | 18 |
| 2.7 Críticas al DSM-5..... | 26 |
| Capítulo 3. TEORÍAS EXPLICATIVAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO..... | 29 |
| 3.1 Perspectiva desde las teorías del aprendizaje..... | 31 |
| .. | |
| a) Modelo de Condicionamiento | 31 |
| 3.2 Teorías cognitivas..... | 33 |
| a) Teoría del Procesamiento emocional..... | 33 |

| | |
|---|----|
| b) Teoría del Procesamiento de la información..... | 36 |
| c) Teoría de la respuesta al estrés..... | 38 |
| c) Teoría cognitiva Ehlers y Clark..... | 38 |
| d) Teoría cognitiva social Resick..... | 39 |
| 3.3 Modelos de Estructuras Representacionales..... | 46 |
| a) Teoría de la representación dual..... | 46 |
| b) Teoría de los sistemas representacionales esquemático, proposicional, asociativo y analógico(SPAARS)..... | 51 |
| 3.4 Perspectiva neurobiológica..... | 55 |
| a) Modelo Neurobiológico..... | 56 |
| 3.5 Perspectiva integradora..... | 57 |
| a) Modelo integrador bifactorial Everly (1995)..... | 57 |
| 3.6 Conclusiones..... | 58 |
| Capítulo 4. EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA..... | 62 |
| 4. 1.Aproximación histórica..... | 63 |
| 4.2 Consecuencias a largo plazo del trauma en la niñez..... | 67 |
| Capítulo 5. EPIDEMIOLOGÍA del TEPT..... | 81 |
| 5.1 Prevalencia del TEPT..... | 81 |
| 5.2 Factores de riesgo..... | 84 |
| 5.3. Factores de protección..... | 87 |
| 5.4 Comorbilidad..... | 88 |
| 5.5 Desarrollo del TEPT..... | 91 |
| 5.6 Trastorno postraumático complejo o extremo..... | 93 |

| | |
|--|-----|
| 5.7 Trastorno límite de personalidad y trauma..... | 102 |
| | |
| Capítulo 6. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA..... | 116 |
| | |
| 6.1 Entrevistas diagnósticas..... | 116 |
| a)Diagnostic Interview for Children and Adolescents..... | 116 |
| b) Children´s Interview for Psychiatric SíndromeS..... | 116 |
| 6.2. Especificidad de los instrumentos sobre el TEPT..... | 117 |
| a) Lista de chequeo de síntomas traumáticos para niños (TSSC) Trauma Symptoms Checklist for Children..... | 117 |
| b) Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (CPSS)..... | 118 |
| c) Children's Posttraumatic Stress Scale-Self Report (CPSS-SR)..... | 122 |
| d) Child Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index(CPTSD)..... | 125 |
| e) Impact f Event Scale IES)..... | 125 |
| f) Stressful Life Events Questionnaire(SLESQ)..... | 125 |
| g)PTSD Symtom Scale- Self Report (PSS)..... | 126 |
| | |
| Capítulo 7. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO COMPLETO VS PARCIAL..... | 127 |
| | |
| Capítulo 8. ESTUDIOS EMPÍRICOS SOBRE LA ESTRUCTURA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO..... | 137 |

| | |
|--|-----|
| 8.1 Investigación sobre la estructura factorial de la sintomatología del TEPT en la infancia adolescencia.Estudios recientes..... | 138 |
| 8.2. Análisis Factorial en el Trastorno de Estrés Postraumático Infantil..... | 159 |

PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO

| | |
|---|-----|
| Capítulo 9. OBJETIVOS Y METODO..... | 173 |
| 9. 1 Objetivos Generales..... | 174 |
| 9.2 Participantes..... | 176 |
| a) Submuestra de menores maltratados tutelados..... | 176 |
| b) Submuestra de menores expuestos a violencia intrafamiliar y violencia contra sus madres por parte de su pareja..... | 177 |
| 9.3 Procedimiento..... | 178 |
| 9.4 Instrumentos..... | 179 |
| a)CPSS..... | 179 |
| 9.5.Análisis Estadístico..... | 180 |
| Capítulo 10. RESULTADOS..... | 183 |
| 10.1. Análisis descriptivo de la muestra..... | 183 |
| 10.2 Análisis Factorial..... | 184 |
| DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES..... | 190 |
| LIMITACIONES SOBRE EL ESTUDIO..... | 200 |

REFERENCIAS.....202

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

Lista de tablas

| | |
|---|-----|
| Tabla1. Grupos sintomáticos propuestos por en la CIE 11 para TEPT y TEPT complejo..... | 27 |
| Tabla 2. Resumen de las distintas estructuras cerebrales afectadas por trauma..... | 74 |
| Tabla 3.Síntomas de TEPT Complejo..... | 95 |
| Tabla 4.Dominios deteriorados en el TEPT complejo..... | 96 |
| Tabla 5. Estudios sobre el trauma en la infancia en el TLP..... | 103 |
| Tabla 6. Clasificación de Síntomas criteriosales del TEPT y porcentajes..... | 141 |
| Tabla 7. Cargas factoriales estandarizadasdel modelo embotamiento emocional, disforia y Modelo de 5 factores..... | 158 |
| Tabla 8. Análisis Factoriales sobre síntomas del TEPT..... | 169 |
| Tabla 9. Modelos Latentes basados en el DSM-5..... | 171 |
| Tabla 10. Estadísticos descriptivos (Frecuencias / Distribución por sexo/edad, para la muestra total..... | 183 |
| Tabla11. Promedio numérico y Desviaciones Típicas de cada ítem del CPSS..... | 184 |
| Tabla12.Estadísticos descriptivos de los ítems (Medias y desviaciones típicas) y Índices de homogeneidad..... | 187 |
| Tabla13. Matriz de Cargas factoriales No rotadas..... | 188 |

Lista de figuras

| | |
|---|-----|
| Figura 1. Modelo de la emoción SPAARS..... | 56 |
| Figura 2. Modelo biosocial de desarrollo del TLP..... | 110 |

PARTE I

CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Capítulo 1

Conceptualización del Trastorno por Estrés Postraumático

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Capítulo 1

Conceptualización del trastorno por estrés postraumático

Se realiza en el presente capítulo una aproximación histórica al trastorno de estrés postraumático desde antes de la definición de Kraepelin con su neurosis de espanto hasta la descripción del trastorno como un constructo con entidad propia ya en el DSM III (1980). Posteriormente se explica de forma sucinta el trastorno y en qué consiste.

1.1 APROXIMACIÓN HISTÓRICA DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Fue en septiembre de 1666, cuando a raíz del gran incendio de Londres que destruyó el centro de la ciudad dentro de la muralla, Samuel Pepys, describió un cuadro semejante a lo que hoy llamamos TEPT. Dos siglos después, Erichsen en 1866 describió un síndrome con síntomas psicósomáticos y cognitivos en víctimas de desastres ferroviarios (altos niveles de ansiedad, insomnio, recuerdos intrusivos y reiterados del accidente y una pérdida del interés por el entorno). Kraepelin (1896) empleó esta idea incorporándola en su descripción de la “schreckneurose” (neurosis de espanto), señalando que puede aparecer tras graves accidentes o lesiones, o asociada a catástrofes como colisiones, incendios, etc. (Miguel-Tobal, González y López, 2000).

En 1889 Herman Oppenheim, introdujo el término de “neurosis traumática” refiriéndose a un tipo de neurosis que sucede cuando la persona ha sentido amenazada su vida y conlleva un fuerte choque emocional, concepto que se mantiene en la actualidad. No obstante siguen siendo las contiendas bélicas las que nos aporta descripciones más completas con



características clínicas similares a la que ofrecen las catástrofes en población general. En la guerra las personas están expuestas a una gran cantidad de estímulos que por asociación pueden convertirse en disparadores de recuerdos, reexperimentación de traumas reales, que no son frecuentes en la experiencia diaria. En la I Guerra Mundial, la neurosis traumática, suscitó mucho interés y se sometió a profundo estudio el denominado "shock de las trincheras", que también se relacionó con causas físicas, esta vez con lesiones cerebrales. Por esa época, los síntomas residuales asociados con el estrés del combate, fueron clasificados como "neurosis de guerra". No obstante se subestimaba el papel que el estrés podía ejercer sobre el psiquismo en las batallas, y se planteaban como causas de esas perturbaciones predisposiciones previas, como alteraciones de la personalidad. Fue a partir de la II Guerra Mundial cuando las investigaciones sobre las repercusiones psíquicas aumentaron. Estas investigaciones se centraron en "la neurosis traumática" siendo significativo entre las tropas destinadas en el Pacífico, donde existían las peores condiciones y mayor aislamiento. En esa época al síndrome se le denominó "agotamiento del combate", que numerosos soldados sin enfermedad mental previa, habían sido afectados por la exposición al estrés ambiental propio de la guerra (Ventura, Bravo y Hernández, 2005).

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) fue codificado por primera vez en el DSM-III para describir la gama de respuestas a factores estresantes extremos. En los años transcurridos desde la publicación del DSM-III y su evolución a través del DSM-III-R en el DSM-IV, numerosos estudios han demostrado que el TEPT aparece con frecuencia después de la exposición a una variedad de traumas. Anteriormente se utilizaba la categoría de "gran



reacción de estrés” en el DSM I (APA; 1952), y “trastorno situacional transitorio” en el DSM II (APA, 1968). La OMS, no lo incluye hasta la novena versión en 1977 y es incluido en la categoría de “reacción aguda ante gran tensión”. La última clasificación de la OMS, CIE 10 (1992) propone una categoría de los trastornos provocados por estrés y trauma donde se incluye el TEPT agudo y crónico, los trastornos de adaptación y los cambios duraderos de personalidad posteriores a una situación catastrófica. De especial importancia es la consideración de que un acontecimiento traumático puede provocar cambios en la personalidad siendo crucial en el desarrollo evolutivo infantil, ya que situaciones cotidianas, cercanas y frecuentes pero adversas determinan síntomas y alteraciones psicopatológicas, y lo que es más importante aún es que compromete todo el desarrollo de la personalidad (López-Soler, 2008).

1.2 CONCEPTUALIZACIÓN DEL CONSTRUCTO

Según el DSM IV TR (American Psychiatric Association, 2000), el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido una agresión o una amenaza para la vida y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. Son tres los aspectos nucleares presentes en este cuadro clínico, que se diagnostica cuando ha transcurrido más de 1 mes del suceso: la reexperimentación de la experiencia vivida, en forma de pesadillas y de imágenes y de recuerdos constantes e involuntarios; la evitación conductual y cognitiva de lugares y/o situaciones asociados al evento traumático; y las respuestas



de hiperactivación, en forma de dificultades de concentración, de irritabilidad y de problemas para conciliar el sueño (Echeburúa, De Corral y Amor, 2004).

Específicamente en población infantil el trastorno puede deberse a conflicto bélico, maltrato infantil, enfermedad, duelo, exposición a violencia de género, accidentes o desastres naturales (Green et al., 1991). Desde que en 1980 es incluido como una categoría diagnóstica en el DSM III, numerosos estudios han demostrado a su vez que existe una alta asociación de discapacidad, quejas somáticas, baja calidad de vida, tendencias suicidas, enfermedades médicas, distorsión negativa de la imagen corporal, el deterioro de la intimidad, aumento de la carga al cónyuge o pareja, y disfunción social, con el trastorno de estrés postraumático (Marshall et al., 2001).



Capítulo 2

Criterios Diagnósticos de las Clasificaciones Internacionales de Enfermedades Mentales

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Capítulo 2

Criterios Diagnósticos de las Clasificaciones Internacionales de Enfermedades Mentales

En el capítulo se realiza una descripción sobre las distintas clasificaciones internacionales de los trastornos mentales y su evolución a partir del DSM III (1980). Se establecen similitudes y diferencias entre el DSM IV TR y la Clasificación Internacional de Enfermedades. Después realizamos una descripción literal de los criterios diagnósticos recogidos en la nueva versión de la (APA, 2013), incluidos los criterios para los niños menores de seis años, y pasamos a introducir la explicación de CIE11. Según los autores el factor de estrés actúa como la "puerta" que permite la consideración de un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático o TEPT complejo (Cloitres et al., 2013).

2.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES DE ENFERMEDADES MENTALES

En 1991, Peterson, Prout, Schwarz, establecieron la diferencia entre los síntomas primarios del TEPT y los síntomas secundarios. Los primeros se refieren a los criterios diagnósticos establecidos por el DSM IV TR y la CIE 10 y los secundarios a la constelación de síntomas que suelen acompañar al TEPT y que si no se establece un diagnóstico precoz y adecuado puede ser lo que reciba atención psicológica y/o médica, sin ser resuelto el problema desde su raíz. Los síntomas secundarios son ansiedad, depresión, somatización, conductas

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



impulsivas y adicciones. Además de estos síntomas, el DSM-III incluía el síntoma de la percepción de un futuro personal disminuido, que no se mantiene en el DSM-IV salvo como anticipación de un futuro desolador dentro del grupo de los síntomas de evitación.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión revisada (DSM IV TR), que no introduce modificaciones a lo establecido en la versión anterior del DSM (DSM-IV), el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido, ha sido testigo o ha sabido por personas cercanas, de la existencia de acontecimientos de agresión física o que representan una amenaza para su vida, su integridad física o la de otra persona, y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de temor, desesperanza u horror. Como primer criterio para su diagnóstico, (criterio A), se establece la amenaza física propia o a alguien significativo así como en la presencia de una clara percepción de amenaza.

Hay dos cambios en este criterio en comparación con las versiones anteriores al DSM-IV:

El primero es el hecho de que para que el acontecimiento traumático sea considerado como tal ya no debe estar fuera de la experiencia habitual humana. El segundo, el énfasis progresivo en la sensación de amenaza (APA, 1980, 1987, 1994, 2000).

Tres son los conjuntos de síntomas que se consideran más característicos de este trastorno, que son los criterios, B, C y D del DSM. El criterio B, parece el que más claramente diferencia el TEPT de otros trastornos (Creamer, 2000), sería la presencia de al menos un síntoma de reexperimentación: las víctimas suelen revivir intensamente la experiencia traumática sufrida en forma de recuerdos invasivos, recuerdos retrospectivos y/o pesadillas. El criterio C (el más



polémico de cara a la gran cantidad de síntomas que se necesitan cumplir para que el diagnóstico sea positivo en la población infantojuvenil) se refiere a la presencia de al menos tres síntomas de evitación: las víctimas tienden a escapar o evitar los lugares o situaciones asociados al hecho traumático, en un intento por conseguir un distanciamiento psicológico y emocional del trauma, debido a lo desagradable que le resulta la reexperimentación del suceso traumático. El criterio D requiere la presencia de al menos dos síntomas de aumento en la activación fisiológica, que se manifiesta en dificultades de concentración, irritabilidad y problemas para conciliar el sueño, entre otros (APA, 1994, 2000).

Al comparar las distintas versiones del DSM, los síntomas han sufrido modificaciones.

En la primera versión, del DSM-III, los grupos sintomáticos eran: reexperimentación (criterio B), embotamiento afectivo (criterio C) e hiperactivación (criterio D), si bien en este último además de síntomas de aumento de activación se incluía sentimiento de culpa y evitación de actividades que pudieran recordar el trauma. En el DSM-III-R, los grupos sintomáticos se reestructuran y son: reexperimentación (criterio B), evitación, con síntomas de embotamiento afectivo (criterio C), e hiperactivación (criterio D). No se consideran los sentimientos de culpa en ninguno de los grupos de síntomas (APA, 1980, 1987).

En la versión del DSM IV TR, la presencia de estos síntomas debe prolongarse por más de un mes desde que ha ocurrido el suceso traumático y debe provocar malestar clínico o deterioro en áreas importantes de la actividad de la persona, como el trabajo, vida social, etc. Se debe especificar si se trata de un TEPT agudo o crónico, si los síntomas duran menos de tres meses o tres meses o más, respectivamente. Asimismo, se debe especificar si el TEPT es de inicio



demorado si entre el acontecimiento traumático y el comienzo de los síntomas han pasado como mínimo seis meses (APA, 1994, 2000).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima versión (CIE-10), el trastorno de estrés postraumático surge como la respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismo malestar generalizado en casi cualquier persona. Los síntomas esenciales para su diagnóstico, además de la vivencia de una experiencia traumática, son las evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o el sueño, la evitación de circunstancias que recuerden el trauma y la presencia de amnesia respecto a algún aspecto importante de lo vivido o bien de al menos dos síntomas de hiperactivación. Suelen estar presentes aunque no son imprescindibles en el diagnóstico del trastorno, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo. También contribuyen al diagnóstico los trastornos del estado de ánimo, pero no son indispensables (OMS, 1992, 1993). Sin embargo, los criterios diagnósticos establecidos en el DSM, son los más difundidos y utilizados en la investigación en el área. Se observa que los grupos sintomáticos requeridos para el diagnóstico de TEPT son bastantes similares a los propuestos por la APA. Sin olvidar la naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica que se exige en el criterio A. Sin embargo no se especifica, excepto para el grupo de hiperactivación (criterio D), la necesaria presencia de un número determinado de síntomas en cada grupo, basta con la presencia de un síntomas de reexperimentación, otro de evitación y uno de hiperactivación estando este último dividido en dos :(1) La incapacidad para recordar, ya sea parcial o totalmente, algunos aspectos importantes del período de exposición al



factor de estrés y/o (2) síntomas persistentes de aumento de la sensibilidad y la excitación psicológica (no presente antes de la exposición al factor estresante) mostrado por dos de los siguientes síntomas:

- a) la dificultad para conciliar o mantener el sueño;
- b) la irritabilidad o ataques de ira;
- c) dificultad para concentrarse;
- d) hipervigilancia;
- e) exagerada respuesta de sobresalto.

Por ello sorprende que los estudios sobre TEPT mediante criterios CIE muestren prevalencias equivalentes a las obtenidas mediante criterios DSM.

2.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN DSM-5

El TEPT ha sido excluido de la categoría de trastornos de ansiedad para ser incluido en los trastornos relacionados con el trauma y con el estrés. En 1987, Horowitz planteó que el TEPT era básicamente distinto de los síndromes de ansiedad, y que era necesario establecer una nueva categoría en la que incluir todo un grupo de trastornos relacionados con el estrés, para la que propuso el término de "Síndromes de respuesta al estrés" (Stress Response Syndroms) o, más brevemente, "Síndromes de Estrés"(Gonzalez de Rivera, 2000).



Zoellner et al. (2011) criticaron la eliminación del trastorno de estrés postraumático de la categoría de los trastornos de ansiedad argumentando que no había pruebas suficientes para hacerlo ni evidencia convincente.

Zoellner et al. (2013) revisaron las implicaciones forenses de los síntomas propuestos en el manual DSM-5 y argumentaron que al aumentar la heterogeneidad de las personas que reciben el diagnóstico de TEPT, generará cierta confusión acerca de lo que constituye un factor de estrés traumático, dificultades en el diagnóstico diferencial, aumento de facilidad en la simulación, y la vinculación inadecuada de los síntomas a causas de la conducta"(Friedman, 2014, p.2).

Los criterios actuales del TEPT se basan en un modelo de cuatro factores (reexperimentación, evitación, hiperactivación y alteraciones en las cogniciones y en el estado de ánimo) reemplazando el modelo de tres factores de DSM-IV.

El DSM-5 marca una oportunidad para aumentar el diagnóstico diferencial del trastorno de estrés postraumático, haciendo hincapié en los síntomas que son específicos de TEPT y restar importancia a los síntomas que se solapan y son comunes a muchos otros trastornos mentales (Koffel, Polusny, Arbisi y Erbes, 2012).

Scheeringa et al. (2012) consideraron que en el DSM-5 y para los niños menores de 6 años, los umbrales de síntomas de diagnóstico se han reducido y los síntomas subjetivos eliminado, lo que mejora su adecuación en preescolares.

Lanius et al. (2012) comparten la evidencia y la justificación de la inclusión del nuevo subtipo disociativo de trastorno de estrés postraumático que se basa en los análisis de clases



latentes, datos de imágenes cerebrales y un patrón diferente de la respuesta al tratamiento, a los tratamientos cognitivo-conductuales actuales. Anexo1.

2.3. EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS DE EDAD PREESCOLAR (MENORES DE 6 AÑOS).

Scheeringa et al. (2003) han estado encabezando la investigación sobre estos nuevos criterios para niños de edad preescolar desde hace décadas siendo su influencia notable en el nuevo manual DSM-5 de la APA.

Scheeringa et al. (2003), orientaron hacia el nuevo algoritmo diagnóstico de cara a cumplir los criterios en infancia y adolescencia. Los criterios propuestos fueron:

- Un síntoma del Criterio B (Reexperimentación)
- Un síntoma del Criterio C (Evitación) y
- Dos síntomas del Criterio D (Hiperactivación).

El criterio C se ha visto reducido, es decir antes se necesitaban 3 síntomas de evitación para que en la actualidad con el DSM-5 se necesite uno.

Estos estudios se han basado sobre todo en la edad de los 0 a los 6 años. El estudio de Cohen y Gadassi (2009), se basó en explorar esta nueva forma de diagnosticar con niños de edad preescolar en una muestra de 29 menores de 3,5 a 6,5 años que habían sido expuestos a terrorismo en Israel, frente a un grupo control de niños de 4 a 7 años no expuestos. Sólo un 7% cumplió los requisitos para el diagnóstico según criterios DSM IV y DSM IV TR ,1(RE), 3(EV) y 2(HI), frente a un 24 % que lo cumplió con los criterios alternativos del DSM-5 propuestos por Scheeringa 1(PI) ,1(EV) y 2(HI). Este estudio respondía a todos los niños que quedaban sin ser



diagnosticados teniendo psicopatología y siendo necesario su abordaje para evitar secuelas. (Ver anexo 1).

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen criterios diagnósticos 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 (e. g., desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (e. g., epilepsia parcial compleja).

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) (DSM-5).



2.4. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE10

En la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, las reacciones a estrés grave y los trastornos de adaptación fueron incluidos en el capítulo de “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y Somatomorfos” (F40-49).

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1994/2000) para el trastorno por estrés postraumático difieren de lo establecido por el DSM IV TR y DSM-5 ya que proponen un criterio distinto para valorar el carácter estresante de una situación debiendo tener una “naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causaría un malestar profundo en casi cualquier persona”. También describen ciertos factores predisponentes a padecer un TEPT por ejemplo tener antecedentes de enfermedad neurótica y ciertos rasgos de personalidad (OMS, 1992).

El diagnóstico de la CIE-10 difiere además del propuesto en el DSM-IV en que el Criterio D de este último (es decir, síntomas por aumento de la activación) no se considera indispensable, ya que puede ser sustituido por la incapacidad para recordar parcial totalmente algunos aspectos importantes del trauma; esto último es considerado como respuesta de evitación en el DSM-IV. A diferencia del DSM-IV, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 no establecen una duración mínima de los síntomas y el inicio demorado del trastorno sólo se contempla en circunstancias especiales. El grado de concordancia entre el DSM-IV y la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) es bajo (Bados, 2005).



F43.1 TEPT

Según la OMS, en su décima edición éste trastorno surge como una respuesta tardía a una amenaza o acontecimiento estresante de naturaleza excepcionalmente catastrófica, que causaría a casi todo el mundo un malestar generalizado (por ejemplo catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, ser testigo de ver una muerte violenta de alguien, ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). En cuanto a factores predisponentes, establece tener unos rasgos de personalidad como por ejemplo compulsivos o asténicos o antecedentes de enfermedad neurótica, aunque especifica que estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del síndrome o trastorno.

Entre las características típicas del cuadro encontramos: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que se desarrollan sobre una base de entumecimiento y embotamiento emocional, distanciamiento del resto de personas, falta de respuesta al medio, anhedonia y evitación de situaciones que pueden recordar el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico y/o agresividad, desencadenados por algún estímulo que dispara el recuerdo traumático, o de su propia reacción frente al evento estresante y traumático a ambos a la vez. Generalmente se acompaña de un estado de hiperactividad vegetativa junto con hipervigilancia, un aumento de la respuesta de sobresalto e insomnio. La ansiedad y la depresión suelen acompañar al cuadro y suele producirse cierta ideación autolítica. Es frecuente el consumo de sustancias que podría agravar el cuadro. El periodo de latencia desde el evento traumático hasta la aparición del cuadro puede ir de pocas



semanas hasta meses (aunque rara vez supera los seis meses). Aunque el curso es fluctuante se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos, aunque en algunas personas el trastorno puede tener un curso crónico y evolucionar hacia una transformación persistente de la personalidad, OMS (1992).

2.5. DIFERENCIAS ENTRE EL DSM IV TR Y DSM -5

Los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático han sufrido ciertas variaciones desde el sistema de clasificación DSM IV TR al DSM-5. De la categoría diagnóstica, a criterios específicos que pasaremos a explicar a continuación. Si el TEPT había sido incluido dentro de la categoría diagnóstica Trastornos de Ansiedad, con el DSM 5 sufre una nueva reubicación para pasar a ser incluido en los Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés como se comentó en el apartado anterior.

Refiriéndonos a los criterios, el Criterio A (que habla de la naturaleza del estresor), es más explícito, más detallado con respecto a los eventos que se califican como experiencias “traumáticas”. Desde el DSM IV TR se ha omitido el criterio A2 (reacción subjetiva). En cuanto a la agrupación de los síntomas también se ha modificado. La versión más antigua de clasificación agrupaba los síntomas en tres grandes grupos (reexperimentación, evitación / embotamiento y activación/arousal), la versión más moderna establece cuatro grupos sintomáticos. Esto es debido a que el subgrupo evitación/embotamiento se ha subdividido en dos grupos distintos: evitación y alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de



ánimo. Dentro de este último subgrupo “alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo” se han introducido nuevos síntomas o reconceptualizados, como los estados emocionales negativos persistentes (DSM 5, 2013).

En el subgrupo las alteraciones en la activación/ arousal y las alteraciones en la reactividad, conserva la mayor parte de los síntomas de activación de los dos sistemas de clasificación anteriores (DSM-IV y DSM-IV-TR). Incluye también un comportamiento irritable o ataques de ira y comportamiento imprudente y autodestructivo. Dentro del tema de interés que nos ocupa, el DSM-5 viene a ser más sensible evolutivamente en los umbrales diagnósticos, que se han reducido para los niños y los adolescentes. También se han añadido criterios específicos para los niños menores de 6 años. Ver Anexo 1.

2.6. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE 11/ ICD 11.

La clasificación internacional de enfermedades (CIE11), lleva un retraso de dos años con respecto al DSM -5, y se preveía que podía editarse en 2015. En cuanto al TEPT, tres artículos establecen el fundamento para el enfoque del TEPT y la restricción a seis síntomas en el nuevo CIE-11 (Brewin, 2013; Maerker et al, 2013.; Maerker y Perkonigg, 2013). Este enfoque se remonta a un importante artículo de Brewin y sus colegas (2009), que claramente ha influido en el grupo de trabajo de la CIE-11. Otro papel clave es que proporciona la justificación y el apoyo a los datos para el análisis y la inclusión de TEPT complejo en la CIE-11 (Cloitre et al., 2013).



Parece que los criterios de TEPT serán muy diferentes en la CIE 11 que en el DSM-5 (Friedman, 2014).

El grupo de trabajo de la CIE-11, ha propuesto los siguientes cambios con respecto a la CIE-10: un grupo aparte de los trastornos asociados específicamente con el estrés, criterios más estrictos de síntomas de TEPT, la inclusión del TEPT complejo y del trastorno de duelo prolongado, la descripción del trastorno adaptativo en términos de los síntomas específicos. Existen importantes diferencias entre las propuestas de la CIE-11 y las del DSM-5. Por ejemplo, así como la CIE-11 ha hecho una propuesta simplificada del TEPT, con sólo 3 síntomas centrales, el DSM-5 propone que el TEPT sea descrito por 20 síntomas, clasificados en 4 grupos (Maercker et al., 2013).

Los investigadores que están desarrollando la nueva propuesta de la CIE 11 han incluido descripciones de los síntomas teniendo en cuenta la edad los niños y adolescentes. En los niños, las respuestas pueden incluir la desorganización, agitación, rabietas, apego, llanto excesivo, aislamiento social, ansiedad de separación, la desconfianza; recreaciones relacionadas con el trauma, como en el juego repetitivo o dibujos; sueños aterradores sin claras contenido o terrores nocturnos; sentido de futuro limitado, y la impulsividad. En los adolescentes se han descrito comportamientos de riesgo siendo estos más frecuentes, Pynoos et al. (2009); Scheeringa et al. (2011). Síntomas de TEPT complejos como desregulación emocional y dificultades interpersonales se pueden observar en los niños en forma de comportamientos regresivos y / o agresivos hacia sí mismo o hacia otros. En la adolescencia, el consumo de sustancias, conductas



de riesgo (relaciones sexuales sin protección, conducción insegura) y las conductas agresivas pueden ser particularmente evidentes como expresiones de desregulación emocional y dificultades interpersonales (Maecker et al., 2013).

Antes y ante la aparición del DSM-5, y la aparición de la CIE 11, muchos autores han analizado las ventajas e inconvenientes de ambos sistemas de clasificación. Si por un lado se hace un espacio merecido al TEPT en niños menores de 6 años en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastorno mentales DSM-5, por otro lado Brewin (2013) habla de los problemas de complejidad y comorbilidad, presentes en el sistema de la APA y ofrece una justificación para intentar un enfoque más simple de diagnóstico que se puede utilizar en países no angloparlantes y con mínimos recursos. En lugar de describir exhaustivamente las características de trastorno de estrés postraumático, la Organización Mundial de la Salud en su próxima edición ha optado por definir un número mucho menor de los síntomas que discriminan efectivamente TEPT de otras condiciones relacionadas.

La CIE-11 propone para el diagnóstico de TEPT sólo seis síntomas por considerar que son los indicadores más fiables para discriminar TEPT de otros trastornos aunque según la propuesta sólo con tres síntomas se llega al diagnóstico (Brewin, Lanius, Novac, Schnyder, y Galea, 2009; Maercker et al, 2013). La evidencia preliminar sugiere que si se aplicaran los criterios de la CIE-11 propuestos, la prevalencia del trastorno de estrés postraumático se mantendría prácticamente sin cambios (Morina, Van Emmerik, Andrews, y Brewin, 2014; Stein et al, 2014; Van Emmerik y Kamphuis, 2011). Van Emmerik y Kamphuis (2011) investigaron los criterios sobre el TEPT de la propuesta original presentada por Brewin et al. (2009) sobre la



prevalencia del trastorno de estrés postraumático y la comorbilidad en una muestra de 170 civiles que buscaban tratamiento por haber sobrevivido a ciertos traumas. La clasificación propuesta por Brewin et al. (2009) es similar a la propuesta de la CIE 11, con la excepción de no incluir el criterio A. Estos autores no encontraron ningún cambio en las tasas de prevalencia del TEPT en comparación con el DSM-IV, aunque 13% de los participantes obtuvo un diagnóstico de TEPT según los criterios de Brewin y un 13% perdieron su estado de diagnóstico. Las tasas de comorbilidad con trastornos de ansiedad y depresión fueron mucho menores con los criterios de Brewin en comparación con el DSM IV aunque no alcanzaron significación estadística.

Morina, Van Emmerik, Andrews y Brewin (2014) investigaron la diferencia en la prevalencia de trastorno de estrés postraumático, así como comorbilidad depresión mayor y trastornos de ansiedad en dos muestras de 560 kosovares sobrevivientes de la guerra civil y 142 veteranos de la guerra británica y no encontró diferencias en la prevalencia del trastorno de estrés postraumático medidas entre el DSM-IV y CIE-11, pero menos comorbilidad con depresión mayor en la aplicación de la CIE-11.

Todos los estudios hasta ahora han encontrado alguna evidencia de la reducción de comorbilidad con depresión bajo la CIE-11.

Un estudio pretendió, determinar las tasas de prevalencia del TEPT y a su vez la comorbilidad de ansiedad y depresión, las características sociodemográficas y los indicadores de severidad clínica de la CIE 11. La muestra se compuso de 1075 camboyanos y 453 civiles colombianos expuestos a la guerra civil y al genocidio, utilizando la propuesta de la CIE 11, realizada por Stammel, Abbing, Heeke y Knaevelsrud (2015), en Alemania. En ambas muestras,



se analizó la presencia de síntomas de TEPT utilizando el Checklist-Civilian Version (PCL-C; Weathers, Litz, Huska, y Keane, 1994). El PCL-C se basa en la DSM IV (APA, 2000). Evalúa 17 síntomas de trastorno de estrés postraumático en una escala Likert de cinco puntos. Les pidieron a los participantes que calificaran los síntomas experimentados en el último mes. Un síntoma clasificado con 3 (" moderadamente ") o superior en la PCL-C fue clasificado como presente (Andrykowski, Córdoba, Studts, y Miller, 1998). Un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático basado en el DSM-IV, se necesita cumplir y experimentar al menos un síntoma de reexperimentación el criterio B, tres o más síntomas de evitación criterio C, y dos o más síntomas de hiperexcitación (criterio D) para el período de al menos 1 mes. Además, un diagnóstico de TEPT, junto con el criterio A y criterio A2 (reacciones emocionales específicas durante el trauma).

Con la finalidad de poner a prueba la nueva propuesta de la CIE 11 extrajeron 6 síntomas del cuestionario PCL-C que se agruparon en tres subgrupos ítem 2: sueños repetidos de la experiencia traumática y 3: actuar como si una experiencia estresante volviera a suceder. Esto correspondería a la primera característica central de reexperimentación de la CIE 11.

Ítem 6: evitar pensar y hablar sobre la experiencia y 7: evitar actividades o situaciones relacionadas con el evento, corresponderían a la característica de evitación. Y los ítems 16: estar super alerta o hipervigilante y 17: Sentirse nervioso o fácilmente sorprendido, corresponden a la tercera característica central de la hipervigilancia. Uno de los síntomas dentro de cada característica principal era necesaria, así como el deterioro funcional y un síntoma que durara



varias semanas. La muestra de Camboya, significativamente más participantes cumplieron con los criterios de TEPT del DSM-IV en comparación con los criterios establecidos para la CIE-11

El nivel de acuerdo entre ambas sistemas de diagnóstico fue alto.

Encontraron resultados que orientan hacia este sistema de clasificación de cara a poder evitar el abuso del sobrediagnóstico de TEPT en personas expuestas a factores estresantes extremos. A su vez, utilizando la propuesta de la OMS, las tasas de prevalencia fueron significativamente más bajas en (muestra 8.1% de Camboya y el 44,4% de la muestra colombiana) en comparación con el DSM-IV (muestra 11.2% de Camboya y el 55.0% de la muestra colombiana). La comorbilidad de depresión y a su vez de depresión y ansiedad fue más baja en comparación con los participantes a los que se les diagnosticó y estudió con los criterios diagnósticos DSM-IV (Stammel et al., 2015). En general, las tasas de prevalencia de TEPT fueron mayores cuando se aplicaron los criterios diagnósticos del DSM-IV en comparación con las propuestas de la CIE-11 según los criterios establecidos.

En la muestra de Camboya, significativamente más participantes cumplieron con los criterios DSM-IV de TEPT en comparación con los de la CIE-11 criterios establecidos, $t = 3,477$, $p = .001$. En total, el 8.5% de los participantes no obtuvo diagnóstico cuando se utilizaron los criterios de la CIE-11. El nivel de acuerdo entre los dos sistemas de diagnóstico fue alto (acuerdo de 91.5%, $\kappa = .515$, $p < .001$). También en la muestra colombiana, relativamente más participantes recibieron un diagnóstico según los criterios del DSM-IV en comparación con los de la CIE-11 criterios establecidos, $z = 6,143$, $df = 452$, $p < .001$. En total, el 14.6% de los



participantes perdió o ganó un diagnóstico de TEPT en virtud de la CIE-11, y el acuerdo entre los dos sistemas de diagnóstico fue sustancial (acuerdo de 85.4%, $\kappa = 0,712$, $p < .001$).

Un nuevo grupo de investigadores resaltan que los principios fundamentales para la CIE-11 es que representan un mayor enfoque en la utilidad clínica de los diagnósticos y su accesibilidad a primera línea de los clínicos. Poner énfasis en la práctica clínica y su utilidad hace que sea un sistema de clasificación aplicable a distintos países de todo el mundo con bajos niveles de ingresos y con sistemas de salud mental menormente desarrollados (O'Donnell et al., 2014).

Resick et al. (2012) llegaron a la conclusión de que "la evidencia disponible no apoya una nueva categoría (TEPT complejo) de diagnóstico en este momento. Sobre la base de tales revisiones de la literatura, el TEPT complejo no estaba incluido en el DSM-5 aunque Sar (2011) proporcionó un argumento serio para su adopción como un subtipo del TEPT DSM-5 (Friedman, 2014)

Por otro lado, la CIE-11 llegó a una conclusión muy diferente y decidió incluir TEPT complejo como un diagnóstico único, con la condición de que tales individuos deben primero cumplir con los criterios de diagnóstico del TEPT (Maerker et al., 2013).

La propuesta de la CIE-11 para el TEPT complejo es la siguiente: se trata de un trastorno que requiere síntomas de TEPT pero también incluye tres características adicionales que reflejan el impacto que el trauma puede tener sobre los sistemas de autoorganización, específicamente problemas afectivos, autoconcepto y dominios relacionales. A diferencia de los síntomas de TEPT en el que las reacciones de miedo o terror están ligadas a estímulos relacionados con el



trauma, estos tres últimos tipos de perturbaciones son penetrantes y se producen a través de diversos contextos y relaciones independientemente de lo próximo o lejano que se encuentren los recuerdos traumáticos.

Cabe destacar que los datos de las pruebas de campo del DSM-IV mostraron que casi todos los que cumplan los criterios para el Trastorno por Estrés Postraumático No Especificado (DESNOS) también cumple con los criterios para el TEPT (Roth et al., 1997). En la propuesta de la CIE-11, el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático complejo requiere la presencia de trastorno de estrés postraumático, así como la presencia de al menos un síntoma en cada una de tres características de auto-organización (afecto, autoconcepto negativo y perturbación relacional) En la tabla 1. se describe.

Los problemas en el ámbito afectivo se caracterizan por desregulación emocional como lo demuestra la reactividad emocional elevada, arrebatos violentos, conducta temeraria o auto-destructiva, o una tendencia a experimentar estados disociativos prolongados cuando están bajo estrés. Además, puede haber entumecimiento emocional y la falta de capacidad de experimentar placer o de las emociones positivas.

Los autodisturbios y/o autosabotaje, se caracterizan por autoconcepto negativo marcado por creencias persistentes acerca de uno mismo como estar disminuido, derrotado o carecer de valor. Estos pueden ir acompañados de sentimientos profundos de vergüenza o de culpa en relación con, por ejemplo, no haber superado las circunstancias adversas, o no haber sido capaz de evitar el sufrimiento de los demás.



Las perturbaciones interpersonales se definen por las dificultades persistentes en el mantenimiento de las relaciones. Estas dificultades se pueden presentar en una variedad de maneras, pero se ejemplifican por las dificultades en la sensación de estar cerca de otros. Los individuos pueden evitar consistentemente, las relaciones y la participación social en general. La persona puede experimentar ocasionalmente relaciones cercanas o intensas, pero tendrá dificultades para mantener el compromiso emocional (Cloitre et al., 2013).

En cuanto al trauma complejo Cloitre et al. (2013), también se plantearon su estudio analizando dos constructos de cara a investigar si existían diferencias entre el TEPT y el TEPT complejo, e informaron sobre los resultados de una investigación inicial de la validez de las dos diagnósticos como entidades diferenciadas, utilizando el análisis del perfil latente (LPA). LPA es una forma de análisis multivariante que puede identificar subgrupos de individuos que son empíricamente distinguibles sobre la base de diferentes patrones de síntomas (Lazarsfeld y Henry, 1968).

La distinción propuesta se ajusta al objetivo de la CIE-11 de la utilidad clínica debido a su relativa simplicidad de la estructura de clasificación, claras diferencias en la organización conceptual y un conjunto limitado de características de los síntomas. La estructura de clasificación jerárquica propuesta por la CIE 11, establece que el trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés postraumático complejo son trastornos "hermanos", lo que significa que a los diagnósticos le antecede o se derivan de la categoría padre de trastornos de estrés postraumático. El factor de estrés actúa como la "puerta" que permite la consideración de un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático o TEPT complejo (Cloitre et al., 2013). Independientemente de



la naturaleza del factor de estrés, el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático o trastorno de estrés postraumático complejo está determinado por el perfil de los síntomas. Esto simplifica la tarea de diagnóstico para el clínico, centrándose en el objetivo del tratamiento, es decir, síntomas y problemas, en lugar de la historia de trauma.

Tabla 1

Grupos sintomáticos propuestos por CIE 11 para TEPT y TEPT COMPLEJO

| TEPT | TEPT COMPLEJO |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Reexperimentación | Reexperimentación |
| Evitación | Evitación |
| Sentido de Amenaza(Hiperexcitación) | Sentido de Amenaza(Hiperexcitación) |
| | Desregulación afectiva |
| | Autoconcepto negativo |
| | Alteraciones Interpersonales |

Nota Fuente: Clasificación jerárquica de sintomatología propuesta de la Organización Mundial de la Salud ICD 11 (Cloitre et al., 2013). Ver Anexo 2.

La descripción de TEPT complejo en la nueva propuesta del CIE 11 sería descrito como

Un trastorno que se origina tras la exposición de un factor estresante que suele ser de naturaleza extrema o prolongada y del cual es difícil o imposible escapar. Caracterizado por los síntomas centrales de TEPT así como la aparición de alteraciones persistentes y generalizadas en el funcionamiento afectivo, de la propia persona y en sus relaciones, lo que comprende dificultades para el control de sus emociones (desregulación emocional), creencias acerca de si



mismo como una persona apocada, fracasada o inútil (autoconcepto negativo), y dificultades en mantener relaciones(dificultades interpersonales)” (Maecker et al.,2013). Ver Anexo 2

2.7 CRÍTICAS AL DSM-5

A pesar de que el DSM sigue siendo el principal referente en la salud mental mundial y en EEUU es impensable su no utilización, con los años y tras sucesivas revisiones se ha empezado a cuestionar su validez. Estos cuestionamientos se deben fundamentalmente al uso del consenso de expertos a la hora de definir los criterios diagnósticos, más que basarse en las pruebas científicas. El DSM-5 se vincula al modelo médico categorial de enfermedad, que, en el caso de los trastornos mentales, presenta muchas limitaciones en la práctica clínica. Así, por ejemplo, hay grupos de síntomas, especialmente la ansiedad y la depresión, que están presentes de forma difusa en distintas categorías diagnósticas. De hecho, los límites entre las categorías diagnósticas son mucho más permeables de lo que en principio se pretende (Echeburua et al., 2014).

Las nosologías psiquiátricas han sido elaboradas por las ventajas que tienen, como son facilitar la comunicación entre profesionales, utilizando el mismo lenguaje, y unificar los criterios de investigación clínica en los diferentes países. De las dos clasificaciones más difundidas (la CIE-10, de la Organización Mundial de la Salud, y el DSM-5), cada vez más próximas entre sí en sus últimas ediciones, esta última es la más influyente porque cuenta con el respaldo de la



Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y porque es más operativa (los criterios diagnósticos son concisos y explícitos) y menos narrativa que la CIE-10 (Echeburua et al., 2014).

Siguiendo lo que Boyle (2013) y Carlat (2010) establecen, que el hecho de reducir los umbrales que se necesitan para establecer determinados diagnósticos hace que se genere el abuso de los diagnósticos psiquiátricos o la ampliación de categorías diagnósticas recogida en el DSM-5, puede traer consigo la psicopatologización de algunos problemas de la vida cotidiana, los falsos positivos, la estigmatización del paciente asociada a los diagnósticos psiquiátricos y al uso excesivo y/o a veces inapropiado de la prescripción farmacológica, lo que constituye un un aspecto preocupante en el población infanto juvenil.

La tendencia al sobrediagnóstico clínico constituye un error en la práctica profesional y que requiere de un escrupuloso cuidado cuando nuestros clientes son niños y adolescentes. Vivir con el etiquetado diagnóstico no favorece su bienestar y superación del problema. Esto es especialmente importante cuando se trata de rasgos de personalidad.

La tendencia a crear cada vez más etiquetas diagnósticas para describir comportamientos específicos, en lugar de agrupar los síntomas de los pacientes en categorías amplias, va a conducir al hecho de que un paciente tenga muchas etiquetas asignadas. Un reto de futuro es integrar el sistema categorial, que está basado en la entrevista clínica, con el enfoque dimensional, que se apoya fundamentalmente en el autoinforme del sujeto. Se requiere una fuerte formación clínica específica para establecer un diagnóstico en el DSM-5 porque los criterios establecidos se refieren a aspectos muy concretos como (síntomas, conductas, funciones cognitivas, signos físicos y combinaciones de síntomas) que es preciso tener un manejo de los



mismos de forma precisa de lo que son los cambios en la vida cotidiana, la adaptación a los cambios normativos dependientes de la edad o las respuestas transitorias a las situaciones de estrés (Echeburúa et al., 2014).

Todas estas dificultades del nuevo sistema de clasificación pueden ser solventadas por la nueva edición de la Organización Mundial de La Salud (OMS). La CIE 11 ha reducido el conjunto de síntomas necesarios para cumplir el criterio de TEPT sin necesidad de bajar el umbral del mismo y a su vez poder evitar los falsos positivos.



Capítulo 3

Teorías explicativas del Trastorno por Estrés Postraumático

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Capítulo 3

Teorías explicativas del Trastorno por Estrés Postraumático

El presente capítulo pretende realizar una descripción sobre los distintos modelos explicativos del trastorno de estrés postraumático pasando desde teorías más basadas en el aprendizaje donde se tiene en cuenta los distintos tipos de condicionamientos, hacia teorías más cognitivas que tiene en cuenta los distintos sistemas representacionales para hablar de la génesis y del abordaje psicoterapéutico. Para concluir se mencionan las teorías integradoras que tienen en cuenta la implicación y/o la relación entre los componentes neurobiológicos, y comportamentales, siendo ésta última línea la que más está actualmente guiando los pasos a nivel de investigación.

Siguiendo a Mingote (2011), el TEPT consiste en un desregulación multisistémica, debido a que múltiples sistemas orgánicos están implicados como la alteración del eje hipotálamo- hipofisario- adrenal, con una hipersensibilidad adrenérgica, y alteración en la regulación serotoninérgica, opioide y glutamatérgica. Este trastorno representa un nuevo paradigma para el estudio de la interacción de factores psicosociales y neurobiológicos en situaciones extremas de estrés. Siendo un trastorno muy frecuente en la población general, está infradiagnosticado, y las personas suelen recibir tratamiento para tratar su problemas de forma parcial, cuando el cuadro se cronifica y se complica con otras enfermedades médicas (Mingote, 2011).



Desde los años 70 con las investigaciones de los combatientes de Vietnam, los investigadores han tratado de explicar los síntomas del TEPT de acuerdo a las teorías del aprendizaje. En su fase inicial, esta teoría incluyó diversas técnicas (desensibilización sistemática, entrenamiento en relajación, biofeedback), que se centraron en la teoría de los dos factores de Mowrer (1960) del condicionamiento clásico y operante, para explicar los síntomas del TEPT. Posteriormente surgieron otros procedimientos terapéuticos que se centraron en los síntomas del TEPT (exposición prolongada, terapia cognitiva, terapia del procesamiento cognitivo). La teoría del procesamiento emocional y las teorías sociales cognitivas enfatizaron el procesamiento de información y el impacto del trauma en el sistema de creencias del paciente. Estas teorías, predominaron sobre la teoría del aprendizaje, y como bien establecieron Calhoun y Resick (1993), los diferentes modelos teóricos varían en su nivel de análisis y de complejidad, tendiendo en gran medida a superarse unos a otros. Brewin, Dalgleish y Joseph (1996) propusieron la teoría de la representación dual, que incorpora la teoría del procesamiento de la información y las teorías sociales-cognitivas. Estos autores han centrado su trabajo en las investigaciones de las ciencias cognitivas con relación a aspectos de memoria (Pieschacón, 2011).



3.1 PERSPECTIVA DESDE LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE

a) Modelo de Condicionamiento

Los primeros planteamientos sobre las teorías del aprendizaje para dar una explicación razonable de cómo se produce un estrés postraumático se basó en la teoría de los dos factores de Mowrer (Mowrer, 1960), postulando que la respuesta de miedo se produce por condicionamiento clásico y se mantiene mediante reforzamiento negativo de la conducta de evitación. Es por un proceso de condicionamiento clásico como se explican los síntomas de malestar y de activación del TEPT. El trauma con toda una constelación de estímulos, constituiría el estímulo incondicionado (EI) que provoca un miedo extremo, la respuesta incondicionada (RI). A través del aprendizaje asociativo se producirían respuestas de miedo (condicionamiento clásico), tras esto ocurrirían los mecanismos de evitación de los estímulos (por condicionamiento instrumental) que pueden activar el recuerdo del trauma que hará que se produzca una disminución de pensamientos intrusivos y miedos. El (EI) con toda la constelación de estímulos relacionados con el trauma, se asociará con el evento. Los estímulos presentes en el momento del acontecimiento traumático, se convertirán en estímulos condicionados (EECC). Cuando se encuentre cerca en la memoria el suceso traumático todos los estímulos condicionados se activarán provocando una respuesta de miedo excesiva y es esta respuesta la que se convertirá en respuesta condicionada (RC). Es por un proceso de generalización de estímulos por lo que la mera presencia o recuerdo (EC) provocaría un terrible miedo que se convertirá en RC (Rincón, 2003).



Se esperaría que la asociación entre el EC y la RC se extinguiera con el tiempo si no se presenta el EI original. El condicionamiento operante, explicaría el desarrollo de los síntomas de evitación y del mantenimiento de esos síntomas a lo largo del tiempo, a pesar de que el acontecimiento estresante traumático no vuelve a ocurrir. Y serán las conductas evitativas las que perpetuarán los pensamientos de miedo, el aislamiento y la pérdida de control (Miguel y Tobal et al., 2000). Es la evitación de lo que se asocia al trauma lo que por reforzamiento negativo, impedirá la extinción de la asociación entre el recuerdo del trauma (EC) y la ansiedad (RC), (Astin y Resick, 1997; Rincón, 2003).

A pesar de que las teorías de aprendizaje dieron una explicación bastante elaborada y plausible, no terminaron dando un razonamiento lógico al suceso de la reexperimentación, por lo que se optó por seguir investigando en otros planteamientos que pudieran dar explicaciones sobre el resto de componentes del estrés postraumático.

3.2 TEORÍAS COGNITIVAS

a) Teoría del procesamiento emocional Foa y Kosaks (1985).

En la búsqueda de los mecanismos por los que el miedo se reduce Lang en 1977, hizo referencia a lo que denominó “estructuras del miedo”. Estas estructuras para que se activen necesitan de las asociaciones de estímulos previas debido a experiencias y estas estructuras modulan el procesamiento de la información. Sería la vulnerabilidad adquirida los primeros años



de vida lo que generaría el TEPT debido a que es cuando se generan los esquemas más nucleares. El “efecto gatillo” que denominó Lang, consistía en que cualquier experiencia de miedo generaría nuevas asociaciones, así cualquier estímulo condicionado que evocara asociaciones previas de forma automática provocaría una respuesta de alarma que daría lugar a una respuesta motora de (huída, evitación o parálisis). Esto daría lugar al mecanismo por el cual opera “la exposición con prevención de respuesta”, debido a que se generarían nuevas asociaciones en la estructura del miedo con la consiguiente modificación de la respuesta.

Foa y Kozak (1985,1986), se centran en el procesamiento emocional, que se basa en una red de asociaciones situadas en la memoria a largo plazo que incorpora información sobre los estímulos durante el evento traumático sobre:

- 1) Estímulos presentes
- 2) Información interoceptiva (reacciones fisiológicas, conductuales y cognitivas) y
- 3) La relación entre ellos durante el evento traumático.

Una red defectuosa en cuanto a las asociaciones explicaría la aparición y mantenimiento del TEPT. Son la impredecibilidad y la incontrolabilidad del evento traumático lo que dificulta su integración en las memorias existentes (Rincón, 2003).

Para modificar la red de asociaciones se necesitaría la activación de la estructura de memoria del miedo y la incorporación de información novedosa e incompetente con el contenido de la estructura de la memoria del miedo (Foa y kozak ,1986).



En los sujetos con TEPT es el fallo en el procesamiento del acontecimiento traumático lo que hace imposible la recuperación del núcleo del trauma vivido y por consiguiente se refuerza a su vez la estructura del miedo. Los conceptos fundamentales de la teoría:

1) El nivel de compromiso emocional. Un factor clave en la recuperación es el nivel de activación del miedo experimentado por el sujeto durante el evento (Foa, Huppert y Cahill, 2006). Si durante el evento traumático se produjo un elevado compromiso emocional y durante los primeros días tras el evento también, se producirá un procesamiento emocional adecuado. Si se produce un nivel de compromiso emocional bajo o bien por producirse disociaciones o estrategias evitativas, se producirá dificultad posterior para su recuperación. El retraso emocional también es considerado de bajo compromiso emocional.

2) Las cogniciones relacionadas con el trauma. Las cogniciones representan la base fundamental de la estructura del miedo del TEPT, provocando que el individuo active fácilmente pensamientos negativos frente a estímulos asociados con la experiencia traumática (Foa, et al., 2006).

3) La organización de la narrativa: Si existe un intenso y adecuado compromiso emocional se producirá una adecuada organización de la narrativa del trauma. Los que no tienen oportunidad de expresar sus emociones y cogniciones sobre lo sucedido, no desarrollan una estructura organizada de la narrativa generándose un malestar crónico.

Debido a que la vulnerabilidad de los primeros años va a determinar nuestras estructuras del miedo, esta teoría destaca los factores de riesgo que existen antes del trauma en los procesos de evaluación del sujeto, siendo una de las teorías más completas (Dalgleish, 2004).



Según el modelo del procesamiento emocional (Foa et al., 2006; Foa, Zinbarg y Rothbaum, 1992), el mantenimiento de la estructura patológica del miedo es resultado de dos fenómenos; el primero es la Evitación Conductual y Cognitiva que la persona hace ante los estímulos (pueden ser estímulos percibidos, imágenes o pensamientos autogenerados) asociados a peligro (no real o desproporcionado), en el cual la persona experimenta miedo y realiza un comportamiento de evitación. Los sesgos cognitivos que sirven para codificar, interpretar y recuperar la información están derivados de la misma estructura del miedo. Esto provocaría un desarrollo crónico de la enfermedad.

Los autores de la teoría consideran que el TEPT generaría una disfunción a la hora de la recuperación de los recuerdos existiendo dos núcleos básicos de cogniciones que median en el desarrollo del TEPT: 1) el mundo es algo absolutamente peligroso (peligro) y 2) uno mismo es totalmente incompetente (incompetencia). Es a partir de estos dos núcleos de distorsión de donde desarrollan el cuestionario (PTCI, Post-traumatic Cognitions Inventory) (Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999; Miguel Tobal et al., 2000).

Según Foa et al. (2006), sólo la información inconsistente con las asociaciones que mantienen la estructura del miedo podrá llevar a una recuperación del sujeto.

La exposición reiterada al recuerdo traumático en un ambiente seguro dará como resultado: a) La activación de la red de miedo, b) La habituación al temor, y c) El cambio posterior de la estructura de temor (Rincón, 2003; Sescosse, Padrós, García y Laca, 2014).



b) Teoría del procesamiento de la información.

Resick y Schnicke (1992), que han desarrollado la presente teoría, han establecido una importante diferenciación entre las emociones que suceden durante el evento traumático. Le han hecho un hueco en este cuadro a las emociones como la vergüenza, la ira y/o la tristeza, teniendo en cuenta el componente cognitivo en forma de interpretaciones que el sujeto le da al acontecimiento traumático, por lo tanto esta teoría se engloba dentro del paradigma del procesamiento de la información para explicar el trastorno de estrés postraumático (Resick y Schnicke, 1993). Es a través de los esquemas cognitivos por donde se desarrollan los procesos de codificación, almacenamiento y recuperación de la información en la memoria. Es la discrepancia entre las creencias que uno tiene de sí mismo y del mundo y la interpretación del acontecimiento traumático lo que generará un procesamiento de la información inadecuado y con una posible falta de integración.

Si la información es congruente con las creencias previas sobre sí mismo o el mundo se asimila rápidamente, economizándose los recursos para incorporarla. Cuando la información es incongruente y discrepa con el esquema, los individuos tienen que modificarlos, requiriendo para ello mayores recursos cognitivos y asumir una mayor vulnerabilidad frente a acontecimientos traumáticos futuros, por lo que el sujeto intentará evitar asimilar la nueva información discrepante, esto a su vez debido por el grado de disforia emocional experimentado. Si las emociones son muy fuertes bloquearán al procesamiento cognitivo y al evitar dichas emociones egodistónicas, nunca se consiguen adaptar o modificar la información.



Al no haberse integrado de forma satisfactoria a nivel cognitivo el evento traumático, (no existe una codificación completa del suceso, ni una categorización adecuada), los recuerdos del trauma continúan surgiendo como recuerdos invasivos o pesadillas. Surgen también las respuestas emocionales y la activación, que forman parte del recuerdo del trauma, lo que desencadena una mayor evitación. Para la teoría del procesamiento de la información del TEPT se necesitaría la expresión emocional, no para generar una habituación, sino para que el recuerdo del trauma se procesara totalmente (Astin y Resick, 1997; Ricón, 2003).

c) Teoría de la respuesta al estrés

Horowitz (1986) propuso que en el ser humano existe una tendencia psicológica para integrar la información incompatible del entorno con el sistema de creencias existentes. Esta tendencia hace que la información del trauma permanezca en la memoria activa hasta que se procesa y se resuelve el evento.

Horowitz (1986) fue pionero respecto a los modelos cognitivos, debido a que se centra en la memoria que contiene alto componente motivacional y el ser humano está orientado a la teoría atribucional, es decir a encontrar significados de los eventos de la vida. En el caso de personas traumatizadas, al haber sido amenazada su vida, hace que queden alterados los patrones de pensamiento o mecanismos de defensa necesarios para la supervivencia. Por lo tanto, son frecuentes los esfuerzos para evitar los estímulos asociados con el trauma junto al embotamiento emocional característico alternados con recuerdos repetitivos, y a su vez crearse una visión de uno mismo mejor y del mundo como controlable y predecible (Miguel Tobal et al., 2000).



Horowitz postula que pueden ocurrir dos cosas cuando una persona se enfrenta a un evento traumático:

-Con poca discrepancia: se produce rápido procesamiento, la información pasa a la memoria a largo plazo y no vuelve a reaparecer.

-Con mucha discrepancia: Sigue la información en la memoria activa y aparecen intrusiones cada vez que se encuentra la persona con estímulos evocadores.

Además señala que pueden haber unas fases de adaptación al trauma, aunque no tiene porqué sucederles por igual a todas las personas (protesta, negación, repetición intrusiva, procesamiento del acontecimiento experimentado y fase de cierre).

d) Teoría cognitiva. Ehlers y Clark (2000).

Los aspectos fundamentales de este modelo serían:1) Cómo se evalúa el evento traumático y sus consecuencias. 2) Cómo se almacena en la memoria.3) y la relación entre ambos aspectos, 4) la relación entre los procesos cognitivos y las conductas mal adaptadas. 5) el procesamiento cognitivo durante el trauma. 6) las características del trauma, las experiencias y creencias previas al trauma y el estado actual del sujeto. (Sescosse et al., 2014). Los autores del modelo (Ehlers y Clark, 2000), establecieron las diferencias entre los sujetos y los eventos traumáticos dependiendo de ciertas situaciones:

1- Diferencias individuales en la evaluación del trauma y sus consecuencias.



Estos investigadores señalan dos tipos de evaluación, un tipo se refiere a la evaluación del evento traumático y la otra evaluación sobre las consecuencias que a su vez depende de tres tipos de evaluación:

1. la evaluación sobre los síntomas iniciales del TEPT,
2. la evaluación sobre las reacciones que los demás tienen sobre el evento traumático, y
3. la evaluación de las consecuencias que el trauma tiene en las distintas áreas y aspectos de la vida.

Ehlers y Clark (2000), sugieren que son las evaluaciones que el sujeto realice del acontecimiento traumático las que determinen el tipo de respuesta emocional del sujeto.

2. Diferencias individuales en la naturaleza de la memoria traumática y el vínculo con otras memorias autobiográficas. Los pacientes con TEPT tienen cierta incapacidad para evocar un recuerdo total de lo acontecido en el evento traumático y presentan la aparición involuntaria de recuerdos que incluyen reexperimentación.

La diferencia entre las memorias voluntarias y los estímulos que disparan los recuerdos intrusivos o involuntarios la explican Ehlers y Clark (2000), a través de

- a) la naturaleza de la reexperimentación,
- b) la pobre elaboración e incorporación a la memoria base autobiográfica,
- c) la fuerte asociación E-E y E-R, y
- d) un fuerte primado o priming perceptual (Sescosse et al., 2014, p.45)

a) La naturaleza de la reexperimentación: pueden ser desde impresiones visuales, sensoriales, las emociones incluso con información contradictoria que las sitúan en el presente pudiendo también



ser fisiológica con sensaciones y emociones asociadas al evento traumático, sin fundamento aparente, puede ser activada por “pistas o señales” asociadas al evento traumático.

b) La pobre elaboración e incorporación a la memoria base autobiográfica: Brewin et al. (1996), propusieron dos rutas de recuperación de la memoria autobiográfica tomadas por Ehlers y Clark (2000) para explicar su modelo. La primera de orden superior (la conexión es por significados y es intencional) y la otra vía se produce por la activación directa de un estímulo que rememora un evento. La información autobiográfica de los eventos vividos se incorpora a este tipo de memoria y se organiza por tiempos y periodos temporales. No se activa la segunda ruta. El modelo propone que los paciente con TEPT, la memoria autobiográfica está pobremente elaborada, y la información se integra inadecuadamente. La segunda ruta puede ser activada a través de claves estimulares.

c) La fuerte asociación E-E y E-R: A través del condicionamiento clásico y operante el individuo puede ser capaz de anticipar lo que sucederá. Según los autores del modelo los pacientes con TEPT, el aprendizaje se da a través de asociaciones de determinados estímulos presentes en el evento traumático, o justo antes o después de que sucediera, posteriormente se convierte en estímulos condicionados capaces de generar las mismas respuestas de alarma. La vigilancia constante puede dificultar el aprendizaje de nuevas situaciones pero más seguras.

d) Un fuerte primado o priming perceptual: consiste en una memoria implícita asociada con el evento traumático y que se activa incluso sin la necesidad de la presencia completa de un estímulo asociado al evento traumático. Sólo se necesita una parte estimular para provocar la



respuesta de alarma en el sujeto. Al estar esta memoria conectada a otras, una sensación física durante el evento traumático puede precipitar los síntomas de reexperimentación.

3. La relación entre la memoria del trauma y la evaluación del trauma. Los autores establecen que existe una relación bidireccional entre la memoria del trauma y las consecuencias y evaluación del mismo.

4. La relación entre los procesos cognitivos y las conductas mal adaptativas. Las evaluaciones se asocian a las estrategias cognitivas dando lugar a respuestas mal adaptadas. Por ejemplo valoraciones negativas sobre recordar el trauma: “perder el control” puede desencadenar en la realización de estrategias disfuncionales como “consumir drogas, etc.”.

5. El procesamiento cognitivo durante el trauma. Ehlers y Clark (2000), refuerzan la idea de que si el sujeto presenta pensamientos de derrota mental del tipo “ no tengo ningún control”, “ estoy desamparado”, durante el evento traumático desarrollará creencias o evaluaciones negativas sobre sí mismo, perdurará el TEPT y existirá una cierta incapacidad en el afrontamiento.

6. Las experiencias y creencias previas al trauma, el estado actual del sujeto y las características del trauma. El presente modelo tiene en cuenta toda esta información valorando los factores que influyen tanto en la evaluación que realiza el sujeto , como en su recuerdo. Mientras mayor sea la duración y menor sea la posibilidad de predicción, mayor será el efecto traumático. Sobre las experiencias previas al trauma los autores señalan que aquellos que sufrieron eventos traumáticos en la infancia pueden tener mayores dificultades para procesar el último evento traumático (Sescosse et al., 2014).



Sobre las creencias previas al evento, los autores también analizan los resultados. Por ejemplo las personas que previamente se consideran invulnerables a cualquier situación, el trauma puede provocar una gran confusión o dificultad para procesar o comprender el evento. Las personas que antes del evento presentan creencias negativas sobre sí mismo pueden llegar a considerar el evento traumático como una confirmación de las creencias negativas sobre sí mismo (Sescosse et al., 2014, p.46).

e) Teoría Cognitivo Social. Resick, Monson y Chard (2008).

Este modelo, se centra en las capacidades de recuperación espontánea de los sujetos señalando que la gran mayoría de los sujetos que viven una experiencia traumática se recuperarán de forma natural tras las reacciones psicológicas y corporales experimentadas. Sin embargo, los sujetos que no logran esa recuperación natural, es porque han sufrido fallos en su sistema cognitivo (obstáculos en el proceso de recuperación) y es así como es visto el TEPT.

Este modelo se centra en las creencias distorsionadas que tienen a nivel emocional y conductual los pacientes con TEPT. Resick, et al. (2008) consideran que el modelo del procesamiento emocional y de la información se centra fundamentalmente en el esquema del miedo y olvida otras redes cognitivas asociadas al horror, la tristeza, la ira, la culpa o la humillación, siendo frecuentes en estos pacientes.

Tras suceder el evento traumático las claves (imágenes, sonidos, olores e incluso la hora del acontecimiento) activarán la respuesta de alarma y los "sistemas de acción" comportamiento



de lucha-huida-paralización lo que explicaría la presencia de síntomas de reexperimentación. El sujeto entonces evitará las claves, lo cual le impedirá obtener un nuevo aprendizaje acerca de que el peligro ya no está presente, y lo mantendrá hiperactivado ante evaluaciones de situaciones cotidianas considerándolas como potencialmente peligrosas. Serán frecuentes las falsas alarmas que le provocará una pérdida en la confianza sobre su propio juicio y un estado de hipervigilancia continuo.

Resick et al. (2008) consideran que existen dos tipos de emociones frecuentes en los pacientes con TEPT: 1) emociones “naturales” o primarias; miedo, ira o tristeza y que son resultado directo de los pensamientos derivados del acontecimiento traumático como interpretación de una situación real de peligro, abuso o pérdida y 2) emociones secundarias o “elaboradas”; como por ejemplo la vergüenza y la culpa, que son contempladas como resultado de pensamientos distorsionados que el sujeto hace sobre el evento traumático. Además, este modelo señala cuando se produce un evento traumático existe una confrontación con los esquemas previos de las personas.

Especialmente presta atención a la creencia en un mundo justo una creencia arraigada en el ser humano como forma de controlar el mundo y que las cosas que suceden son porque uno se lo merece de esta forma los sucesos resultarán menos amenazantes. Este tipo de creencia suele estar arraigada en muchos de los sujetos con TEPT por lo que el evento con alta probabilidad de trauma la confronta. Esto lleva al sujeto a realizar una o más de las siguientes opciones y de esto dependerá la superación o cronificación del TEPT:



1. Asimilación; que incide en la interpretación de la información entrante para hacerla compatible con el esquema previo. P ej., “Esta experiencia negativa es un castigo por las cosas que he hecho”.
2. Acomodación; es el proceso cognitivo por el cual el sujeto cambia sus creencias previas con el objetivo de adaptarlas a la información nueva que el evento proporcionó. Por ejemplo, “La vida no es tan segura como yo pensaba, pero tampoco es totalmente insegura”. Se considera que aquellos que pasan por dicho proceso no desarrollarán TEPT. De modo que la acomodación es un objetivo primordial a conseguir en el proceso terapéutico propuesto por Resick et al. (2008).
3. Sobre-acomodación; hace referencia a una predisposición a una generalización extrema de las creencias de uno mismo, los demás y el mundo con la intención de obtener una sensación de control. Por ejemplo, “No puedo confiar en nadie, lo que me sucedió es evidencia de que todos buscan dañarme”. Esto es más probable cuando el paciente tenía creencias previas al acontecimiento de inseguridad y desconfianza a los demás. La evitación es necesaria para que se mantenga el TEPT, pues lo que sucede a nivel cognitivo al evitar para no reexperimentar el suceso traumático interfieren con el procesamiento emocional y la reestructuración cognitiva. Las personas evitan cualquier aspecto relacionado con el trauma con la finalidad de no volver a experimentar el conjunto de emociones negativas y la percepción de incontrolabilidad, por lo que evitarán sufrir como cuando experimentaron el evento traumático. No obstante, es precisamente enfrentándose a dichos procesos y permitiendo la expresión afectiva, lo que producirá un cambio sobre las creencias que se habían desarrollado y sobre los componentes afectivos almacenados en la memoria del trauma (Sescosse et al., 2014).



A diferencia del modelo de Foa et al. (2006), donde se promueve que el paciente hable (se exponga) sobre lo acontecido para generar una habituación y así disminuir el malestar del sujeto, Resick et al. (2008) consideran que la técnica es útil porque permite no sólo la habituación sino el cambio cognitivo.

Para este modelo existen unos puntos de inmovilización que consisten en esquemas de autoseguridad, protección y estima que son los que se han afectado en la experiencia del trauma y van a influir en la recuperación. Estos pueden ser automáticos y se relacionan con algunas emociones elaboradas.

Al modificar las emociones “elaboradas” y las creencias asociadas a ellas, se generará un cambio positivo en los esquemas y por consiguiente una mejoría de los síntomas del TEPT. Este modelo explicaría la aparición del trastorno a través de una vulnerabilidad adquirida (sobre todo de tipo social) responsable de las creencias que las personas mantienen (Sescosse et al., 2014).

3.3 Modelos de estructuras representacionales

Varias investigaciones sobre los procesos básicos implicados en el sistema cognitivo han postulado la existencia de sistemas de representación múltiple en la memoria. Estas teorías tratan de explicar las características de los diferentes sistemas de representación y la manera como interactúan entre sí, todo ello relacionado con el TEPT. El punto de partida para teóricos de la psicopatología que asumen esta posición es el supuesto de por lo menos dos o más sistemas de memoria separados (Cahill y Foa, 2007).



a) Teoría de la representación dual

Los autores de este modelo se plantearon distintos patrones de codificación, almacenamiento y recuperación de la información para el evento traumático, al igual que han aplicado las evidencias neuroanatómicas sobre aspectos como el hipocampo y la amígdala.

Para ellos, toda experiencia traumática, puntual o crónica, se representará en la memoria de dos formas paralelas, través de dos tipos de representaciones (Brewin, 1989; Brewin et al., 1996; Brewin, 2001):

- Conocimiento verbalmente accesible (VAM, Verbally Accesible Memory): constituye la representación de la experiencia cognitiva y consciente del trauma. Se basa en los recuerdos autobiográficos del acontecimiento traumático junto con información sensorial y el significado otorgado al evento. Pasado el tiempo el recuerdo ya no será tan detallado y pasará a ser más genérico. Si bien estas memorias pueden ser muy detalladas, es también probable que sean altamente selectivas debido a que la ansiedad experimentada durante la experiencia traumática aumenta la selectividad atencional y disminuye la capacidad de la memoria a corto plazo.

- Conocimiento situacionalmente accesible (SAM, Situationally Accesible Memory): corresponde a un conjunto de representaciones procesadas de forma inconsciente o automáticas en el evento traumático, al que se puede acceder de manera directa cuando la persona se relaciona con un conjunto de estímulos similares a la situación traumática. Es necesaria pues una situación que pueda “recordar” algo del evento traumático. Toda la información sensorial, fisiológica y motora del evento traumático está representada en memorias en forma de códigos analógicos, que provocarían la reexperimentación del suceso mentalmente.



Los códigos analógicos estarían constituidos por: a) información de los estímulos b) información del significado que se le ha dado al suceso traumático, provocado por un aprendizaje asociativo anterior, y c) información sobre el estado de conciencia en el momento del trauma. Cuando la persona experimenta toda la constelación sintomática del TEPT (hiperactivación, imágenes intrusivas, estados disociados etc., se toma conciencia que todas estas representaciones se han añadido a sus representaciones previas.

Las representaciones, tanto verbal y la situacionalmente accesible, se codifican en paralelo en el momento del trauma. Los “flashbacks” podrían ser considerados el resultado de la activación de la memoria situacionalmente accesible, mientras que la capacidad de narrativa sobre el acontecimiento traumático a nivel psicoterapéutico, puede ser función de la disponibilidad de la memoria verbalmente accesible (Brewin et al., 1996). Brewin et al. (1996), incorpora a su teoría la evidencia sobre el funcionamiento cognitivo en el hipocampo y la amígdala.

El hipocampo manifiesta una relación en “U invertida”, es decir, en ausencia de estrés y de estrés extremo, su funcionamiento resulta empobrecido (lo que justificaría las lagunas en la memoria autobiográfica del trauma, en concreto, en los “puntos más intensos” del mismo), y a su vez el funcionamiento de la amígdala mejora cuando el estrés aumenta, lo que es consistente con la formación de respuestas condicionadas y de “flashback”. La ausencia de procesamiento de la información en el hipocampo, con emoción intensa, incrementa la probabilidad de activación de la amígdala y la consiguiente formación de recuerdos situacionalmente accesibles (Rincón, 2003).



Sería la transferencia de información desde la memoria situacionalmente accesible a la verbalmente accesible, la que favorecería la integración en las estructuras preexistentes, lo que hará superar los “flashbacks” mediante la construcción de memorias autobiográficas. El fallo en esta transferencia, provocado, por la presencia de evitación de los estímulos que recuerdan el trauma y de los “flashbacks”, lo que impide su reprocesamiento en el TEPT (Brewin, 2001).

Las experiencias traumáticas que han sido almacenadas deberán ser procesadas emocionalmente por los dos tipos de memorias: la memoria verbal y la memoria situacionalmente accesible. La intervención psicoterapéutica debe favorecer la transferencia de información desde la memoria situacionalmente accesible a la verbalmente accesible, ya que es la diferencia de información proveniente de estos dos canales distintos lo que propicia la aparición del trastorno de estrés postraumático (Brewin, 2001).

“La completación o integración sería el procesamiento emocional de las memorias verbales y situacionalmente accesibles, aunque no siempre es posible y su resultado depende de la severidad o duración del trauma, el significado para la persona, las emociones acompañantes como la vergüenza o culpa y la disponibilidad de apoyo social apropiado” (Rincón, 2003, p. 91).

Es la repetición permanente de estrategias para evitar todo lo relacionado con en el trauma sufrido lo que lleva a que estas estrategias pasen de ser procesos controlados a hacerse automáticos, por lo que se disparará los síntomas característicos del tratorno. Para estos autores la terapia de exposición será más adecuada con la reexperimentación emocional sobre lo acontecido en el trauma y la terpia cognitiva será más adecuada para emociones más elaboradas como la



culpa, la indefensión o la desesperanza donde ha habido una elaboración cognitiva de lo acontecido.

De este modo, para que el tratamiento de exposición sea más efectivo sería necesario que no se activaran las emociones secundarias como la ira o la culpa, porque pueden bloquear la habituación al miedo, e incluso dificultar el procesamiento de estos eventos o recuerdos por la memoria verbalmente accesible, por lo que sugiere que estas emociones negativas secundarias deben ser tratadas con técnicas cognitivas antes de usar el tratamiento de exposición (Brewin et al., 1996).

Los autores señalan sobre la importancia de no generar una gran activación durante la exposición de forma similar a cuando sucedió el trauma porque se producirá una inhibición del procesamiento en el hipocampo, de modo que el individuo reexperimentará el trauma sin que se produzca la pretendida transferencia de la memoria situacionalmente accesible a la verbalmente accesible (Brewin, 2001; Rincón, 2003).

Del mismo modo, el tratamiento debe estar dirigido a buscar la consolidación de la memoria verbalmente accesible de modo que pueda actuar inhibiendo la activación de la amígdala, que da lugar a los “flashbacks”. Es necesaria la elaboración y nueva construcción de la narrativa del trauma para conseguir la consolidación. Esta se encuentra favorecida cuando contiene claves de recuperación específicas que hacen que la nueva representación se codifique con atributos claramente diferenciados que favorezcan su recuperación (Brewin, 2001; Rincón, 2003).



Los investigadores nos hablan de tres posibles consecuencias del procesamiento emocional:

1. Terminación/ Integración: sería lo que se pretende, produciéndose un procesamiento e integración de las memorias del trauma integrándolas junto a otras memorias del sujeto, modificando ciertas creencias sobre su sentido de sí mismo en el mundo y reduciéndose el afecto negativo. Se necesita por lo tanto, repetir el trauma en un ambiente controlado en la memoria, aceptando la realidad en un estado emocional de menor intensidad que el generado durante el trauma.
2. Procesamiento emocional crónico: sucede cuando existe una dificultad para conciliar las creencias previas al trauma con el acontecimiento adverso. Al no integrarse las distintas memorias, el sujeto no logrará desarrollar un sentido de confianza en el futuro. La consecuencia de esto es que la persona podrá experimentar de forma crónica, las memorias intrusivas, los síntomas y será frecuente la comorbilidad.
3. Inhibición prematura del procesamiento: las estrategias de evitación conductual y cognitiva que se activan tras el trauma por el aspecto disfórico del evento es lo que va a dificultar la integración y el procesamiento emocional completo. Esto producirá que las memorias intrusivas se detengan, pero el conocimiento accesible situacional seguirá estando presente, es decir la parte inconsciente registrada. A pesar de aparentar cierta recuperación el sujeto no estará libre de reexperimentar las memorias no procesadas de forma inesperada a lo largo de la vida (Sescosse et al., 2014).



- b) Teoría de los sistemas representacionales esquemático, proposicional, asociativo, y analógico (SPAARS) Representational Systems Schematic, Propositional, Analogical and Associative. Dagleish y Power. (1995).

Una de las características básicas del TEPT según los autores de este modelo (Dagleish y Power, 1995; 2004), es el fallo que se produce a nivel cognitivo en estos individuos al tener que resolver las discrepancias entre la información relativa con el trauma y las representaciones mentales existentes dentro de sus esquemas.

Para estos autores existen dos rutas de generación de emociones: una vía automática basada en la representación asociativa y la otra vía a nivel de esquema (que es la que se utiliza para asimilar la nueva información). La reexperimentación de los síntomas puede darse por ambas vías.

Vía a nivel de esquemas: se comparan eventos con metas importantes, si surge bloqueo hacia la meta importante se producirá miedo y/o temor en el sujeto, y como los eventos traumáticos suelen ser amenazas para la vida se producirá una valoración atemorizante.

Resick, Monson y Rizvi (2008), informan que dentro del modelo SPAARS el evento traumático dispara una reacción intensa de temor, desesperanza y horror, al igual que una amplia gama de otras emociones. La información acerca del evento traumático es almacenada en los niveles esquemáticos, proposicionales y análogos simultáneamente. Debido a que la memoria del evento traumático representa una amenaza actual a las metas, la persona permanece con un nivel bajo de activación de miedo, con un sesgo cognitivo para atender a las valoraciones de amenaza y a imágenes sensoriales intrusivas.



Esta teoría, planteada por Dagleish y Power (1995), postula que los recursos que dispone el sistema cognitivo para la resolución adecuada de los problemas son las emociones. Cada emoción tiene su módulo, se activarán uno u otro dependiendo del tipo de situación. Por ejemplo, si el objetivo es resolver una amenaza se activará el módulo de miedo, con las consiguientes estrategias para la lucha, o activar los mecanismos atencionales necesarios para favorecer el afrontamiento a la amenaza. Del mismo modo, si el objetivo es resolver una pérdida, se activará el módulo de la tristeza, lo que implicará disponer de recursos para la elaboración de material asociado con la pérdida en la memoria, en orden a capacitar al individuo para reemplazar lo perdido (Dagleish, 1999). Las emociones reorganizan y constituyen procesos adaptativos del sistema cognitivo y en el caso de un trauma pueden conducir a importantes dificultades y desajustes (Rincón, 2003).

Esta teoría es un modelo multirepresentacional con cuatro niveles o formatos de representación en que se especifican dos rutas de generación de emociones.

Dagleish (2004) postula el modelo de estructuras de representación múltiple y dice que hay cuatro niveles de representaciones mentales: Esquemático, Proposicional, Análogo, y Asociativo (SPAARS). El nivel esquemático representa la información abstracta, genérica o esquemas. En el nivel proposicional la información es accesible verbalmente, mientras que la información en el nivel análogo se almacena en forma de imágenes, a través de los sistemas sensoriales (incluyendo las sensaciones internas). Las representaciones asociativas son similares a las estructuras de miedo que se plantearon en la teoría del procesamiento emocional y representan las conexiones entre otros tipos de representaciones.



La información de un evento traumático, será evaluada por el formato de modelos esquemáticos como información amenazante produciendo miedo intenso. Asimismo, será representada en los formatos analógico, proposicional y de modelo esquemático, lo que explica la constelación de síntomas del trastorno de estrés postraumático. En la figura 1, podemos ver los distintos componentes del modelo, sistema analógico donde se registrarán todo el priming perceptual, sensaciones (olores, texturas, visión, sonidos, sistema kinésico) sucediendo en la entrada del sistema provocando emociones y quedando registrados en la memoria. Nivel modelo esquemático, es el de alto nivel y proporciona un cierto control ejecutivo. Nivel asociativo: opera automáticamente y fuera de la conciencia y nivel proposicional, donde se registra las declaraciones verbal-lingüístico (Power, 2009).

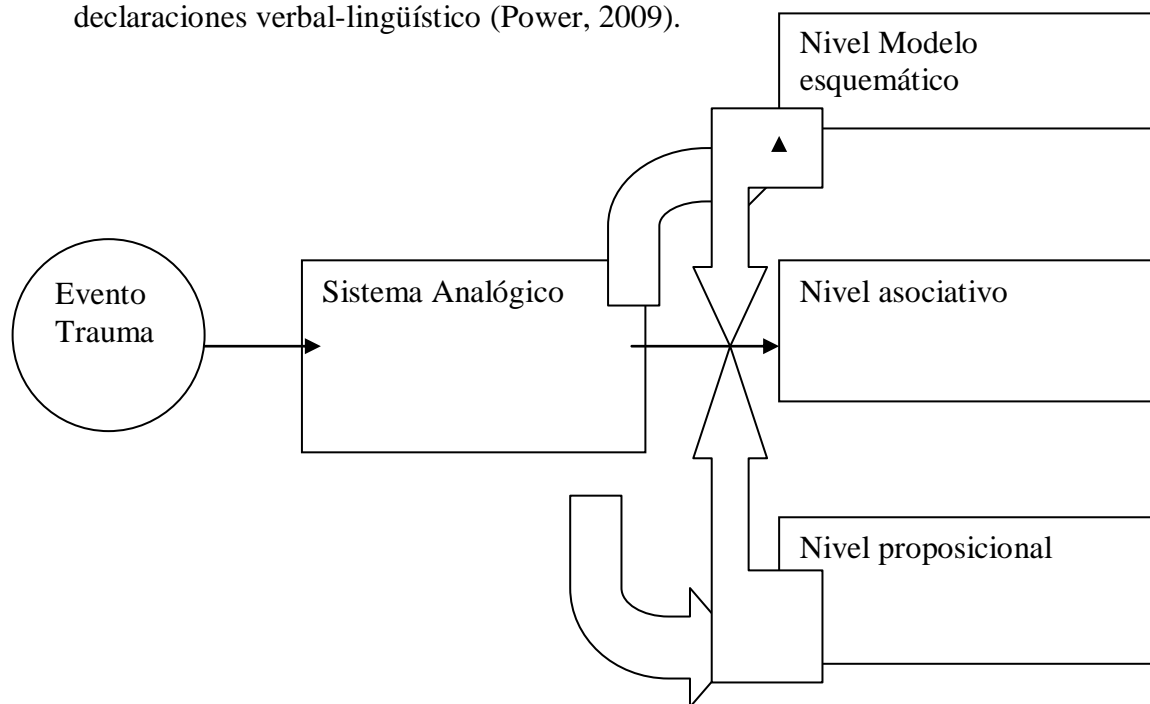


Figura 1 Modelo de la emoción (SPAARS).



Nota Fuente: Power, 2009. Cognitive psychopathology: The role of emotion. *Análise Psicológica*, 2 (XXVII): 127-141

Los modelos esquemáticos existentes acerca de sí mismo y del mundo intentarán asimilar la información de la experiencia traumática, pero debido a la discrepancia provocará la reactivación constante del módulo de miedo, lo que se traduce en los síntomas de reexperimentación. Los síntomas de evitación se deben a que el individuo desarrolla un gran número de mecanismos protectores para enfrentarse con los fenómenos intrusivos, tiende a evitar cualquier recuerdo del trauma.

Dos factores producen la activación: a) El módulo de miedo está activándose continuamente, por lo que la persona se encuentra en un estado de alarma y sobresalto permanente, y b) la mayoría de los recursos cognitivos disponibles están siendo utilizados para valorar la información no integrada, por lo que no se utilizan en la mediación de otras emociones, como por ejemplo, cólera o irritación, de ahí la presencia de explosiones de ira.

Los esquemas sobre sí mismo y el mundo son los que marcan la diferencia entre las personas a la hora de reaccionar al trauma. El proceso normal es integrar el suceso acontecido y que se supere en varias semanas o meses, al integrarse esa información con los esquemas previos del sujeto, pero los individuos que poseen un modelo esquemático rígido donde creen y se comportan como que el mundo es un lugar totalmente seguro y ellos son invulnerables, mostrarán una tendencia a desarrollar trastorno de estrés postraumático crónico, al mostrar resistencia la



rigidez de su modelo para integrar la nueva experiencia. La exposición sirve para disminuir los síntomas a través de dos mecanismos:

1) Permite al individuo en un contexto seguro (es decir, donde no se cuestionan sus creencias sobre el sí mismo y el mundo) reexperimentar de nuevo la información sobre el trauma pero sin sentir la amenaza real de lo vivido, produce que el sujeto pueda conceptualizar de forma diferente y concreta el acontecimiento anómalo, por lo que influirá en las propias creencias generando cambios sobre las mismas siendo más positivas y seguras sobre sí mismo y el mundo. y 2) debilitación de conexiones entre la información relativa al trauma y la vía automática de miedo, (representación asociativa), capacitando al individuo para integrar la información relacionada con el trauma en la memoria (Rincón, 2003).

Recientemente investigadores interesados en las emociones que suceden en el contexto y alrededor del evento traumático han utilizado este modelo pudiendo establecer que determinadas emociones son más indicadoras de determinados cluster de síntomas del trastorno de estrés posttraumático. Dewey, Schuldberg y Madathil (2014), tras realizar análisis de regresión múltiple consideró que la emoción de miedo predecía significativamente la evitación y que la rabia/ira predecía significativamente el hiperarousal, síntomas centrales del estrés posttraumático.

3.4 PERSPECTIVA NEUROBIOLÓGICA

a) Modelo Neurobiológico

Ha sido estudiado y es conocido a nivel científico que la exposición a un acontecimiento traumático va a provocar cambios a nivel neurofisiológico y neurobiológico.



La hiperactivación (hiperarousal) estaría dada por una señal de alarma mediada por el locus coeruleus que activaría el sistema simpático preparando al niño, para ejecutar una acción siendo un sistema de respuesta menos adaptativo en los niños que en los adultos, y posiblemente en niños pequeños esta activación tendería más bien a alertar a sus cuidadores. Otro sistema crítico en esta respuesta inicial es el núcleo ventro tegmental, que en conjunto con el locus coeruleus forma la sustancia reticular activadora. En caso de persistir la amenaza traumática sin contar el niño con ayuda, la respuesta se modifica pasando a un estado de inmovilización o congelamiento ("freezing") y, finalmente, a la disociación que es la respuesta de rendición o derrota en la que el menor presenta una ausencia de reactividad emocional, indiferencia al mundo externo acompañada de evitación, embotamiento, ensoñación diurna y fantasías (Pfefferbaum, 1997; Montt y Herмосilla, 2001; Perry y Pollard, 1998; Valdivia, 2002).

A nivel de neurotransmisores y neuromoduladores la respuesta al estrés produce una masiva liberación de catecolaminas y otros neurotransmisores (noradrenalina, serotonina, dopamina, GABA) y del factor liberador de corticotropina con la consiguiente activación del eje hipotálamo- hipófisis- adrenal. Es reciente relativamente el conocimiento de los cambios que se producen en un niño y adolescente cuyos cerebros están en pleno desarrollo; por ejemplo, a través del daño irreversible de las neuronas piramidales del hipocampo con cambios estructurales y funcionales que podrían explicar las secuelas a largo plazo del trauma psicológico (March, Amaya - Jackson y Pynoos, 1997; Allen, Heston, Durbin y Pruitt, 1998; Márquez, 2000; Valdivia, 2002)



3.5 PERSPECTIVA INTEGRADORA

a) Modelo Integrador Bifactorial de Everly (1995).

Dentro de este modelo lo más destacado es que pretende ser un enfoque integrador desde la perspectiva psicológica y la perspectiva neurobiológica para dar explicación a lo que sucede en el estrés postraumático. Everly (1995), plantea un modelo que pretende fundamentar psicofisiológicamente los tres grupos sintomáticos característicos del TEPT según el DSM IV: (1) embotamiento, entumecimiento o desapego emocional, (2) los síntomas de arousal y, (3) la reexperimentación. La interpretación afectiva y cognitiva se produce por la activación de los núcleos límbicos e hipotalámicos se hiperexcitan y activan una interpretación a dos niveles: la afectiva a nivel del cíngulo y la cognitiva a nivel del córtex prefrontal.

Paralelamente se produce también la hiperactivación de la amígdala y los recuerdos intrusivos mediatizados por el hipocampo. Referida a esta estructura cerebral se ha comprobado que en estudios con animales la exposición a glucocorticoides, por situaciones de estrés crónico, daña las neuronas de la región CA3 del hipocampo. La hiperactivación de estas estructuras provocará la aparición de los fenómenos de aislamiento y embotamiento afectivo. La activación de la amígdala predispone al individuo a una “hipersensibilidad neurológica”, mientras que la activación hipocámpica produce una “hipersensibilidad psicológica”, definida como una incapacidad característica de individuos con TEPT, para acoplar o acomodar el evento traumático



en la percepción del mundo que le rodea, generando alteraciones en su percepción y creencias de seguridad, autoestima y autoeficacia (Miguel-Tobal et al., 2000).

3.6. CONCLUSIONES

A pesar de que el estudio de las teorías por las que se produce el estrés postraumático no ha dejado de proliferar hasta la fecha, los modelos teóricos propuestos se han mostrado insuficientes para explicar los numerosos aspectos de los que se compone este trastorno.

Podríamos decir que la evolución de las teorías se han ido produciendo en paralelo, si bien el origen más exhaustivo se podría situar en las teorías del aprendizaje a nivel psicológico, seguirían las teorías cognitivas y paralelamente las teorías neurobiológicas. Cada una de ellas enriquece aspectos del TEPT y es valiosa de cara al tratamiento, pero sería interesante la integración de las teorías más destacadas. Si bien la teoría de Horowitz (1986) que postulaba las fases de adaptación al trauma, (protesta, negación, repetición intrusiva, procesamiento del acontecimiento experimentado y fase de cierre), no dan respuesta a todo lo que Dalgleish (1999) considera necesario para ser una teoría válida, su aportación ha sido significativa.

Dalgleish (1999), definió que una buena teoría del trastorno de estrés postraumático necesita dar cuenta satisfactoriamente de las siguientes condiciones:

1. Explicar las tres constelaciones de síntomas del trastorno de estrés postraumático: reexperimentación, evitación y aumento de la activación.



2. Dar cuenta del rango de reacciones individuales al trauma: ausencia de secuelas emocionales aparentes, trastorno de estrés postraumático agudo, trastorno de estrés postraumático crónico y trastorno de estrés postraumático de inicio demorado.
3. Explicar los efectos de diversas variables, como la historia previa de problemas psicológicos, apoyo social, estilo atribucional y actitudes hacia la expresión emocional.
4. Dar cuenta de la eficacia de los tratamientos de exposición para el trastorno de estrés postraumático.
5. Generar un modelo coherente dentro del cual las condiciones anteriores puedan ser comprendidas.

Según Rincón (2003), tanto la teoría de los sistemas representacionales esquemático, proposicional, asociativo y analógico, como la teoría de la representación dual, son capaces de dar cuenta de las cinco condiciones que se plantean como requisito de una buena teoría en el área. Sin embargo, la teoría de la representación dual integra elementos de otras teorías ya investigados, y conocimientos de las estructuras neuroanatómicas relacionadas con las emociones (específicamente la base del miedo y su relación con la memoria) según la investigación sobre cognición y emoción.

No obstante han aparecido nuevas propuestas en los últimos años sobre modelos que intentan explicar los componentes de los síntomas descritos en las distintas clasificaciones diagnósticas como es el modelo de Weston (2014), estableciendo los mecanismos neurales y estructuras neuroanatómicas responsables de 20 de los síntomas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª edición. De hecho, la amígdala es considerada



multifuncional y no sólo responsable de la hiperactivación disfuncional dentro del TEPT. El autor habla de hiperactivación disfuncional porque se produce a la vez que los recuerdos traumáticos de forma automática, incontrolable, involuntaria y severa incluso cuando ya no hay un peligro real. La amígdala es también la que modula la actividad de múltiples regiones cerebrales, generando así más síntomas descritos en la DSM-5.

Como establecieron Brewin y Holmes (2003), los modelos de Ehlers y Clark's, la teoría del procesamiento emocional y la teoría de la representación dual, presentan un alto grado de superposición pudiendo ser capaces de incorporar la codificación emocional, evaluación del evento, estrategias y estilos cognitivos y la importancia de las experiencias previas ante la exposición del trauma. La más importante área en las que difieren es en cómo el trauma incide en la memoria, qué procesos ocurren, que cambios se producen y cómo estos cambios suceden en la recuperación.

Actualmente como se ha deducido de la exposición de las diferentes teorías, parece que se prefieren los modelos de tipo integrador, con la inclusión de factores neurobiológicos, con una alteración del procesamiento de la información y del afrontamiento adaptativo (Yehuda y McFarlene, 1997; Marshall, Miles y Stewart, 2010).



Capítulo 4

El Trastorno por Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia.

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Capítulo 4

El Trastorno por estrés postraumático en infancia y adolescencia.

En el presente capítulo se centra en una aproximación histórica al trastorno de estrés postraumático en infancia y adolescencia, desarrollando una descripción sobre la comorbilidad y la prevalencia. También se desarrolla una aproximación de las consecuencias a largo plazo que tiene el haber sido expuesto o sometido a algún evento traumático, y sus repercusiones a nivel de salud y enfermedad.

4. 1.APROXIMACIÓN HISTÓRICA

Las primeras descripciones sobre las reacciones de los niños ante catástrofes naturales eran descritas como leves y transitorias, por lo que la investigación científica se centró en primer lugar en seguir profundizando en el TEPT del adulto y otros trastornos mentales. No obstante empezaron a aparecer estudios que le daban una entidad más grave al trastorno en la infancia y adolescencia. Tras el diagnóstico específico del TEPT en 1980 en el DSM III. Fue el hecho de tomar el examen directo de los niños como fuente primordial de su estudio, junto al informe de los padres lo que contribuyó a realizar un mayor acercamiento a los niños en cuanto al estrés postraumático y sus consecuencias. Pero fue tras el secuestro de veintiséis niños en el autobús del colegio en Chowchilla, California en 1979 cuando Terr (1979,1983), hizo la descripción de las reacciones postraumáticas de estos niños. Los niños y el conductor fueron retenidos durante 27 horas. Terr entrevistó a los niños y al menos uno de los progenitores de cada niño durante un periodo de cinco a trece meses a partir del secuestro, encontrando que todos los niños tenían

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



síntomas de TEPT, de los cuales el 73% manifestaba reacciones de moderadas a graves. Tras dos y cinco años después, realizó otras evaluaciones encontrando que todos los niños presentaban síntomas TEPT, incluidos los miedos (Wick-Nelson y Israel, 2003).

Es el DSM III-R cuando se incluyen algunos síntomas específicos para niños. En el DSM IV el diagnóstico en niños requiere que el sujeto haya estado en contacto con un acontecimiento traumático en el que haya habido amenaza de muerte, de la integridad física de sí mismo y de otros, heridas graves y el sujeto ha respondido con miedo, impotencia u horror. Los niños pueden expresar en lugar de eso una conducta agitada o desorganizada.

La investigación de las reacciones de los niños y adolescente al trauma estudia la presencia de estos tres grupos de síntomas y a partir del DSM-5 (2013), de los cuatro grupos sintomáticos. Si bien los niños pueden mostrar una sintomatología similar a la del adulto la expresión de la misma puede resultar diferente. Esto es debido a que los niños no disponen de un material verbal que les permita expresar sus estados disfóricos y ponerles nombre a sus procesos emocionales, apareciendo unos síntomas más atípicos como trastornos del sueño con o sin pesadillas traumáticas, ansiedad ante las separaciones, comportamiento "pegajoso", reticencia para ir a la escuela, fobia a los estímulos que recuerdan el acontecimiento traumático, trastornos del comportamiento en la escuela o en la casa, tendencia al repliegue y comportamientos de juego en los que reproducen la situación traumática. Cuando se entrevista por separado al niño de sus padres, éste (niño) se centra en el grado de malestar emocional, mientras que los padres se quejan y preocupan por las conductas externalizantes, el comportamiento evitativo o el detrimento en su rendimiento académico (Medina, 2001).



La expresividad de los síntomas depende del nivel madurativo del niño. La reexperimentación traumática ocupa un lugar central, como en el adulto, y puede expresarse por intrusión de imágenes, palabras, sensaciones, o incluso en los adolescentes episodios de “flashbacks”. Puede producirse a menudo una reescenificación de diversos aspectos de la catástrofe durante el juego. Con frecuencia expresa estas imágenes o temas traumáticos de forma simbólica (dibujos, juegos, sueños). Son también frecuentes las conductas de evitación y de embotamiento que lleva a la restricción afectiva y social. También puede experimentar sensaciones de extrañamiento, distanciamiento afectivo con los demás (incluidos los padres). Estos síntomas repercuten en la maduración y adquisición de conocimientos, de ahí la importancia de su detección precoz y tratamiento. También pueden darse conductas dependientes, como negativa a ir al colegio o el deseo de dormir con los padres. Los problemas de sueño están muy descritos pudiendo darse problemas de conciliación, pesadillas o sueños relacionados con el trauma. Puede experimentarse una sensación de vulnerabilidad y la pérdida de fe en el futuro. Esto en adolescentes es muy importante de cara a su proyecto personal y profesional. El bajo rendimiento escolar es también una consecuencia. Otros síntomas que pueden encontrarse en niños y adolescentes son el estado de ánimo deprimido, pérdida de interés en los que antes le resultaba gratificante, irritabilidad y ataques de ira o agresividad (Wick-Nelson y Israel, 2003). Este último síntoma ha sido incluido explícitamente en el DSM-5 (2013), siendo un síntoma del criterio E (comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos). También presentan hiperactivación fisiológica que se traduce en ansiedad, alteraciones del sueño y bajo rendimiento



cognitivo (concentración y aprendizaje). Como en el adulto presentan una respuesta de alarma exagerada y actitudes de hipervigilancia y búsqueda de protección (Minkowski, Marciano, Hureau, Cukier y Guillaumet, 1993; Pynoos, 1993). Asociados a estos síntomas pueden darse culpa, irritabilidad o depresión (Pynoos, 1993). Los trastornos comórbidos que se han apuntado en los estudios se refieren a depresión, déficit de atención y fobias (McNally, 1992). Lo que también se ha demostrado es que a los niños también les afecta de forma indirecta los acontecimientos traumáticos de sus padres. El "síndrome de la segunda generación" fue estudiado entre los descendientes de los deportados judíos de los campos de concentración. En estos casos, además a la deportación se añadió el exilio, con las dificultades de integración en un nuevo país y es difícil separar la parte que corresponde a uno u otro traumatismo (Yehuda, Schmeidler, Wainberg, Binder-Brynes y Duvdevani, 1998; Medina, 2001). Sin embargo estas manifestaciones parecen actualmente prolongarse en un "Síndrome de la tercera generación". Esta transmisión de la carga traumática parental no es de hecho una reproducción de los síntomas de los padres en los hijos. Resulta de un ambiente familiar marcado por una "conspiración de silencio" recíproca (imposibilidad de los padres de hablar de su experiencia y de los niños para preguntarla), se traduce por los síntomas clásicos tales como manifestaciones depresivas en la adolescencia, o trastornos de conducta de tipo autoagresivo (Stern, 1990; Medina, 2001).



4.2 CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DEL TRAUMA EN LA INFANCIA

Sin tratamiento, el trastorno de estrés postraumático parcial y completo conlleva un curso crónico existiendo poca probabilidad de su resolución espontánea y necesitando un buen diagnóstico y tratamiento. Las secuelas emocionales, conductuales, cognitivas y sociales residuales del trauma en la infancia persisten y parecen contribuir a una serie de problemas neuropsiquiátricos durante toda la vida. El estrés traumático en la infancia aumenta el riesgo de problemas de apego, trastornos de la alimentación, depresión, conducta suicida, ansiedad, alcoholismo, conductas violentas, trastornos del estado de ánimo, el TEPT entre otros.

El estrés traumático también afecta otros aspectos de la salud física durante toda la vida. Los adultos víctimas de abuso sexual en la infancia tienen más probabilidades de tener dificultades en el parto, una variedad de trastornos gastrointestinales y ginecológicos y otros problemas somáticos como dolor crónico, dolores de cabeza y fatiga. El estudio de las experiencias adversas en la infancia (Adverse Childhood Experiences), examinó la exposición a siete categorías de eventos adversos durante la niñez (por ejemplo, abuso sexual, abuso físico, presenciar violencia en el hogar: eventos asociados con el aumento de riesgo de trastorno de estrés postraumático). Este estudio encontró que a mayor número de eventos adversos en la niñez los resultados obtenidos en la salud y enfermedad de los adultos examinados era peor (por ejemplo, enfermedades del corazón, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, y las conductas de riesgo). Con cuatro o más eventos adversos de la infancia, el riesgo de varias condiciones



médicas aumentó de 4 a 12 veces (Perry, 2014). En cuanto al abuso emocional el entorno familiar de la niñez demostró tener un efecto significativo sobre la salud mental de los adultos.

Las prevalencias de abuso sexual, abuso físico, y presenciar violencia en el hogar fueron de 21.6%, 20.6% y 14.0% respectivamente. Entre los encuestados un 34.6% informó de más de un tipo de maltrato. Menores puntuaciones en salud mental se asociaron a un mayor número de categorías de abuso. Un entorno familiar emocionalmente abusivo y su interacción con algún tipo de maltrato tuvieron un efecto significativo en puntuaciones de salud mental (Edwards, Holden, Felitti y Anda, 2003). Van der Kolk et al. (1996); Briere et al. (1997), sugieren que el trauma tiene una mayor repercusión cuando se inicia en la infancia temprana y provoca un daño mayor que cuando el comienzo es posterior. Esto es debido a que la víctima es física y psicológicamente inmadura quedando su desarrollo seriamente comprometido por el abuso repetido y la respuesta inadecuada por parte de algunos adultos cercanos (López-Soler, 2008).

Es conocido por parte de la comunidad científica la devastadora experiencia que supone el maltrato y/o negligencia, físico, sexual, abandono en la infancia, y todas las repercusiones a nivel de psicopatología y de patología orgánica que se produce. Cuando hablamos de violencia intrafamiliar la escalada de consecuencias perturbadoras se multiplica y sobretodo cuando las víctimas son personas que se encuentran, en pleno desarrollo evolutivo. Mesa y Moya (2011) hacen una revisión sobre las consecuencias a nivel neurobiológico que se produce cuando las personas se ven sometidas a maltrato en la infancia y/o adolescencia.

El maltrato hace referencia tanto a la falta de atención adecuada (negligencia y/o abandono), como a las circunstancias que hieren al niño y/o adolescente a nivel físico (maltrato



físico o abuso sexual), y a su vez todas las conductas verbales y no verbales que provocan en el menor alteración en el normal y adecuado desarrollo de su salud mental (maltrato psicológico).

Paris (1994), pensaba que el temperamento podía predisponer a cada niño a una serie de dificultades, pero que el temperamento unido a factores de riesgo psicológico, como el trauma, las pérdidas o los errores parentales, podían amplificarse. Gran parte de la investigación indica que un trauma es una condición necesaria aunque insuficiente para que se desarrolle un TEPT (Paris, 2002).

El maltrato físico, sexual y la negligencia son incluidos dentro de la APA (DSM-IV-Texto Revisado (2000), en el epígrafe “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”.

El trauma puede llevar a muchas otras consecuencias además de TEPT. Estas pueden ir desde simples trastornos hasta una amplia variedad de trastornos mentales (Paris, 2002). Van der Kolk se manifiesta a favor de que el TEPT, la disociación, las somatizaciones y la desregulación de las emociones se encuentran altamente relacionados, sugiriendo que son un continuo clínico que acordaron llamar TEPT Complejo o Trastorno por Estrés Extremo, cuadro clínico que daría cuenta del Trastorno desencadenado a partir de haber sufrido exposición a situaciones traumáticas de violencia interpersonal.

En los adultos, la traumatización implica una pérdida de la estructura de la personalidad previa al trauma, e interfiere con el desarrollo de una estructura de personalidad unidad y coherente en los niños. La traumatización consiste, en otras palabras, en un cierto grado de división de la personalidad. Allport (1961) define la personalidad de la siguiente manera: “La



organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofisiológicos que determinan sus conductas y pensamientos característicos”. Sobre la base de la psicología evolutiva, la etología, la teoría de los vínculos afectivos, la neurociencia afectiva y cognitiva, se ha propuesto que estos sistemas psicofisiológicos de la personalidad constituyen el fundamento de la disociación estructural de la personalidad relacionada con el trauma (Van der Hart, Nijenhuis, y Steele, 2005).

Las definiciones más importantes de cara a entender el fenómeno de violencia dentro del contexto familiar son:

- Maltrato físico. Se define como toda acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo ponga en riesgo de padecerlos.
- Abuso sexual. Es cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad.
- Maltrato emocional o psicológico. Se refiere a formas de hostilidad verbal crónica como insultos, desprecios, críticas o amenazas de abandono, así como al constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro) por parte de cualquier adulto del grupo familiar, e incluye formas de humillación o rechazo a los menores.
- Negligencia. Se refiere al maltrato por omisión, cuyo caso extremo es el abandono. Consiste en el fracaso de los cuidadores en salvaguardar la salud, seguridad y bienestar del niño, a nivel físico, a nivel educacional, a nivel de cuidados médicos necesarios (Mesa y Moya, 2011).

Un dato realmente dramático, es que el maltrato infantil provoca, entre otros efectos, una alta mortalidad y morbilidad, ya que se calcula que mas de un 10% de los casos de niños que



padecen retraso mental o parálisis cerebral se debe al maltrato (Giménez, Pérez, Dujovni y Díaz, 2007). Más específicamente centrándonos en los efectos que la violencia doméstica e intrafamiliar encontramos a Kitzmann (2005) que reflexiona sobre los mecanismos mediante los cuales ser testigo de violencia doméstica altera el desarrollo. Para esta autora, la exposición a formas menos severas de agresión puede afectar a los niños mediante el mismo proceso identificado en las investigaciones sobre conflictos familiares en general, incluyendo los efectos directos debido a desregulaciones conductuales y emocionales de los niños, así como efectos indirectos debidos a alteraciones parentales (Cummings, 1998; Owen, Thompson y Kaslow, 2006). Es posible que las agresiones más severas sean más traumáticas para los niños, y como tal, sus efectos pueden ser más parecidos a los identificados en investigaciones sobre maltrato infantil y negligencia, que aquéllos identificados en investigaciones sobre conflictos familiares (Kitzmann, 2005).

El estudio de Mesa y Moya (2011) resalta la importancia de establecer en la infancia y adolescencia ciertos controles que favorezcan la protección de los niños debido al alto riesgo que supone sufrir maltrato de cualquier tipo. Si a su vez, este es intrafamiliar y crónico, es decir que de forma imprevisible va a producirse un acontecimiento negativo de forma aleatoria, va a predisponer a una merma en el funcionamiento cognitivo, del desarrollo, afectivo y educativo de los menores. Prueba de ello lo encontramos en distintas estructuras cerebrales y en factores como la plasticidad neuronal y la mielinización que a su vez se ve obstaculizada en su desarrollo como consecuencia del maltrato. Las estructuras cerebrales implicadas en los diversos estudios relacionados con el maltrato son:

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Hipocampo: El estrés temprano parece prevenir la sobreproducción normal de sinapsis en las zonas hipocampales CA1 y CA3 en las etapas periadolescentes, pero no previene de la poda neural, lo cual conduce a un déficit permanente de la densidad sináptica de forma generalizada (Teicher et al. 2003).

Amígdala: Algunos estudios de neuroimagen sugieren que las regiones mediales prefrontales son hiporresponsivas y que la amígdala es hiperresponsiva en adultos con TEPT secundario a abuso infantil (De Bellis, 2005).

Donegan et al. (2003) investigaron la actividad de la amígdala mediante Resonancia Magnética Funcional frente a la presencia de estímulos faciales. Encontraron que las personas que padecían trastorno límite de personalidad (TLP) presentaban hiperactividad de la amígdala frente a expresiones faciales que reflejaban contenidos emocionales ya sea de miedo, alegría o tristeza. Consideraban, también, la expresión facial neutra como amenazante. Los autores concluyeron que existe mayor actividad de la amígdala izquierda en los pacientes con TLP si se los compara con el grupo control, equivalente a la que ocurre en la depresión y los trastornos por ansiedad.

Estructuras cerebelares: el vermis cerebelar se desarrolla considerablemente en el periodo posnatal y esta implicado en algunas funciones cerebrales como la integración multisensorial y la activación límbica. Dada su alta densidad de receptores de glucocorticoides, también resulta especialmente vulnerable a los efectos del estrés temprano (Grassi-Oliveira, Ashy, y Stein, 2008). El cerebelo desempeña un papel importante en la atención, el lenguaje, la cognición y el afecto. En cuanto a las manifestaciones funcionales relacionadas con cambios en las estructuras



cerebelares cabe destacar que las lesiones en estas áreas y del vermis se relacionan con alteraciones cognitivas, lingüísticas, sociales, conductuales y emocionales. Las alteraciones del vermis cerebelar pueden estar relacionadas con el desarrollo de algunas psicopatologías como la esquizofrenia, el autismo, el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, la depresión unipolar y bipolar y el abuso de drogas (Teicher et al., 2003; Anderson, Teicher, Polcari y Renshaw, 2002).

Cuerpo calloso: El cuerpo calloso comprende un haz de fibras mielinizadas que permiten la conexión interhemisférica. Diversos estudios muestran que el tamaño del cuerpo calloso se ve afectado por las experiencias de estrés temprano. La primera evidencia se obtuvo tras la observación de una marcada reducción de esta estructura en niños con historia de maltrato o abandono (Teicher et al., 1997). La reducción del tamaño del cuerpo calloso se ha asociado con la disminución de la comunicación entre los hemisferios cerebrales. Los adultos con historia de malos tratos durante la infancia muestran diferencias importantes en la activación hemisférica durante la recuperación de memorias de tipo neutral o ante recuerdos inquietantes, además de una marcada lateralización en el procesamiento hemisférico (Schiffer, Teicher y Papanicolaou, 1995).

Córtex cerebral: Los altos niveles de estrés temprano tienen efectos sobre el desarrollo cortical, principalmente en la maduración prefrontal y la lateralización hemisférica (Teicher et al. 2003). El córtex prefrontal se encarga entre muchos más aspectos de la formulación de planes y estrategias, la toma de decisiones, la memoria de trabajo y la atención. En cuanto a la diferenciación hemisférica en niños maltratados, las medidas obtenidas demostraron que el hemisferio derecho de los niños maltratados se había desarrollado en el mismo grado que el de



los controles, mientras que el hemisferio izquierdo estaba significativamente menos desarrollado (Teicher et al., 2007). La tabla 2 presenta las distintas investigaciones relacionadas con el maltrato, el TEPT y las estructuras cerebrales.

Tabla 2

Resumen de las distintas estructuras cerebrales afectadas por trauma

| Área cerebral afectada | Estudio | Muestra | Grupos | Resultados |
|------------------------|-------------------------|---------|--|--|
| Hipocampo | Bremer, et al. (2003). | Mujeres | <ol style="list-style-type: none"> 1. Historia de abusos sexuales con TEPT. 2. Hª A. Sexual sin TEPT 3. Control | Grupo 1 mostraron un volumen hipocampal izquierdo un 16% menor que las mujeres del grupo 2 y un 19% menor que las del grupo 3. |
| Hipocampo | Driessen et al. (2000). | Mujeres | <ol style="list-style-type: none"> 1. T.Límite de Personalidad+ Hª Maltrato infantil 2. 2.Control | Disminución bilateral del volumen hipocampal en mujeres del grupo 1. |
| Hipocampo | DeBellis, et al. (1999) | Niños | <ol style="list-style-type: none"> 1. TEPT+ maltrato 2. Control | No significativos |
| Hipocampo | Teicher, et al. (2003). | Jóvenes | <ol style="list-style-type: none"> 1. Abusos sexuales 2. Control | No significativos |
| Amígdala | Bremer, et al. (2005). | Mujeres | <ol style="list-style-type: none"> 1. TEPT secundario abuso sexual infancia. 2. Control | Paradigma de adquisición del miedo: Grupo 1: mayor activación de la parte izda de la amígdala durante la adquisición y menor en el córtex cingulado durante la extinción |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



| | | | | | |
|---|-------------------------|---------|---------|--|--|
| Amígdala | De Bellis et al. (2001) | et al. | Niños | 1. TEPT secundario a maltrato. 2. Control | No significativo |
| Estructuras cerebelares | Anderson al.(2003) | et | Adultos | 1. Abusos sexuales infancia. 2. Control | El grupo 1 mostró daños en la actividad del Vermis cerebelar similares a los observados en jóvenes consumidores de sustancias. Disminución en el volumen del cerebelo en niños maltratados. |
| Estructuras cerebelares | De Bellis,et al.(2006) | et | Niños | 1. TEPT secundario a maltrato. 2. T. ansiedad 3. control | Correlación positiva entre el volumen cerebelar y la edad de inicio del trauma y correlación negativa con la duración de este. |
| Cuerpo Calloso e Integración interhemisférica | Teicher,et al.(1997) | et | Niños | 1. Maltrato físico y abusos sexuales. 2. Control | Grupo 1, disminución significativa del tamaños del cuerpo calloso |
| Cuerpo Calloso e Integración interhemisférica | Teicher, al.(2004) | et | Niños | 1. Hospitalizados con maltrato 2. Hospitalizados sin maltrato 3. Control | Disminución significativa del volumen del cuerpo calloso de niños del grupo 1 .Niños: menor cuerpo calloso producido por abandono Niñas: Menor cuerpo calloso producido por abusos sexuales |
| Córtex cerebral | Teicher,et al., | et al., | Niños | 1. Maltratados | H.derecho:igual |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



| | | | | | |
|-----------------|------------------------|----------------------|---|--|---|
| | 1997 | | diestros | | nivel de desarrollo en ambos grupos. H.I: los maltratados mostraron menor desarrollo. |
| | | | 2. Controles diestros | | |
| Córtex cerebral | Carrión et al., 2001 | Niños | 1. TEPT+maltrato 2. Control | | Grupol: atenuación de la asimetría del lóbulo frontal y menor volumen cerebral. Estructuras cerebrales más vulnerables al estrés en niños que en niñas |
| Córtex cerebral | De Bellis et al., 2005 | Niños y Adolescentes | 1. TEPT secundario a maltrato 2. Control | | Grupol: menor volumen intracraneal(7%) y volumen total del cerebro(8%). Correlación negativa entre el volumen intracraneal y la duración del abuso. Correlación positiva entre el volumen cerebral y edad de inicio del maltrato. |

Nota Fuente: Mesa, P., y Moya, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el 'ciclo de la violencia'. Rev Neurol, 52 (8), 489-503.

En el estudio de Alcántara, López-Soler, Castro, y López (2013) los datos que obtuvieron confirmaron la magnitud y gravedad de las consecuencias de la exposición de los menores a

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



violencia contra sus madres por parte de su pareja; en la mayoría de los síndromes analizados, la prevalencia clínica de éstos fue cinco veces superior a la registrada en población normal, y en algún síndrome hasta 10 veces superior (retraimiento). Como indican los autores, se puede considerar que la violencia de género es un tipo de maltrato y supone para hijos e hijas vivir en "zona de guerra" (Lemmy et al., 2001).

Niños crónicamente traumatizados muestran además de signos de TEPT, otras alteraciones psíquicas asociadas como el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad, depresión mayor, trastornos disociativos, trastornos de conducta, desafiante-oposicionista, trastornos de ansiedad (Bremner et al., 1999; Perry y Azad, 1999), trastornos de la alimentación, abuso de alcohol y sustancias (Dube et al., 2003; Hall, 1996; Simons, 2001). Se ha demostrado mayor incidencia de tabaquismo, conductas compulsivas y purgativas (Diaz, Simatov y Rickert, 2000; Hall, 1996).



Capítulo 5

Epidemiología del

Trastorno por estrés

postraumático

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Capítulo 5

Epidemiología del Trastorno por estrés postraumático

Se inicia el capítulo con una descripción sobre la prevalencia del TEPT en Europa y USA. A su vez se profundiza en los factores de riesgo de desarrollar TEPT y los factores descritos de protección como las capacidades resilientes. Se describe las comorbilidad del trastorno dentro del escenario psicopatológico y el desarrollo del mismo, teniendo en cuenta desde cuando se puede desarrollar basándonos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). Para finalizar se realiza una descripción de la sintomatología del trastorno de estrés postraumático complejo o extremo y se concluye con las características similares del trastorno límite de la personalidad y la exposición al trauma.

5.1. PREVALENCIA DEL TEPT

Según el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD), la prevalencia en población general en España respecto al trastorno de estrés postraumático a lo largo de la vida es del 1.95% (IC del 95%: 1.18-2.73), (Haro, Palacin, Vilagut, Martinez, Bernal y Luque, 2006) y del 1.9% en Europa (Alonso et al., 2004).

La prevalencia del TEPT tras la exposición a un suceso traumático se sitúa entre el 15% y el 24% en la población general (Bobes, Bousoño, Calcedo y González, 2000; Breslau, 2001), aunque este porcentaje varía mucho según el tipo de trauma. En el National Comorbidity Survey, un estudio epidemiológico llevado a cabo a nivel nacional en Estados Unidos con 5.877 personas de 15 a 54 años y siguiendo criterios DSM-III-R, la prevalencia vital del TEPT fue del 7,8% este



porcentaje fue del 8.1% para los varones y 20.4% para las mujeres (Bados, 2005). La prevalencia del TEPT en personas que han experimentado ciertos traumas, según diversos estudios encontrados ha sido la siguiente:

Violación: La prevalencia vital del TEPT suele ser del 50% o superior en las víctimas de violación (Bados, 2005).

Malos tratos físicos y/o psicológicos: En una muestra española la prevalencia vital del TEPT ha sido del 51%; el porcentaje fue del 48% entre las mujeres maltratadas física y psicológicamente y del 54% entre las maltratadas sólo psicológicamente (Zubizarreta et al., 1994). En el caso de los malos tratos físicos en la infancia, la prevalencia vital ha sido del 22% en varones y 49% en mujeres según el Nacional Comorbidity Survey (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995).

Asalto con violencia: La prevalencia vital del TEPT es al menos del 21% (Breslau et al., 1998).

Ser amenazado con un arma o secuestrado: La prevalencia vital del TEPT ha sido del 1.9% en varones y 32.6% en mujeres según el Nacional Comorbidity Survey (Kessler et al., 1995).

Accidentes de tráfico: La prevalencia vital del TEPT es del 10-20% (amplitud 8-39%) (Gidron et al., 2001).

Desastres naturales: La prevalencia vital del TEPT ha oscilado entre 3.5% y 16% tras desastres como incendios, terremotos y erupciones volcánicas (Yehuda, Marshall y Giller, 1998).



Muerte inesperada y repentina de un ser querido: La prevalencia vital del TEPT es del 14% (Breslau et al., 1998).

Presenciar una agresión grave o un asesinato. La prevalencia vital del TEPT ha sido del 6.4% en varones y 7.5% en mujeres según The Nacional Comorbidity Survey (Kessler et al., 1995).

Ex-combatientes del Vietnam: La prevalencia vital del TEPT fue 3.5% si no habían sido heridos, 20-40% si fueron heridos y cerca del 50% si fueron hechos prisioneros (Keane, Gerardi, Quinn y Litz, 1992; Bados, 2005).

A pesar de los múltiples estudios sobre prevalencia del TEPT en población general como en población de riesgo, en las últimas dos décadas, las cifras de prevalencia son difíciles de establecer porque están sujetas a muchas variables como por ejemplo el tipo de estresor a que estén referidos, y el tipo de población del estudio, como establecen Fairbank, Schlenger, Saigh y Davidson (1995) observándose una alta variabilidad en los porcentajes de prevalencia con rangos que varían entre el 1% y el 12.3% en la población general, y entre el 6.3% y 30.9% en veteranos del Vietnam (Miguel-Tobal et al., 2000).

En cuanto a la población infantojuvenil estudios controlados documentan que entre el 15 y el 90% de los niños expuestos a eventos traumáticos desarrollan el TEPT. Las tasas de niños que desarrollan trastorno de estrés postraumático después de eventos traumáticos son más altas que las encontradas en adultos. Esto es consistente con el creciente reconocimiento de que los niños son más vulnerables a las experiencias traumáticas que los adultos (Perry, 2014). El 35 % de una muestra de adolescentes diagnosticados con cáncer cumplió los criterios para TEPT para



toda la vida. El 15 % de los niños que sobreviven al cáncer tenían de moderado a severo TEPT. Noventa y tres por ciento de una muestra de niños que presencian violencia doméstica presentaba TEPT (Perry, 2014).

5.2 FACTORES DE RIESGO

En Suiza, recientemente en 2014 y tras evaluar una muestra de 6.734 personas, utilizando la entrevista semiestructurada diagnóstica de estudios genéticos, los investigadores establecieron que la prevalencia de la exposición al trauma fue de 21%, siendo el doble la prevalencia en mujeres que en hombres a pesar que la probabilidad de exposición fue similar en ambos sexos. En cuanto a las conclusiones más destacadas del estudio, se encuentra que el abuso sexual implica el mayor riesgo para el desarrollo del TEPT. Por otra parte los factores de riesgo más fuertemente asociados con padecer TEPT fueron: abuso sexual seguido de la preexistencia de trastorno bipolar, dependencia de alcohol, personalidad antisocial, trastorno de ansiedad de separación en la infancia, ser víctima de un crimen, ser testigo de violencia, neuroticismo y estrategias de afrontamiento centradas en el problema. Como conclusiones generales del estudio, el riesgo para el desarrollo de TEPT después de la exposición a eventos traumáticos se asocia con varios factores incluyendo el tipo de exposición, la psicopatología preexistente, las características de personalidad y estrategias de afrontamiento que contribuyen de manera independiente a la vulnerabilidad del TEPT (Perrin et al., 2014). A pesar de considerables diferencias metodológicas realizadas en estos estudios, la prevalencia encontrada por Perrin et al. (2014), a la exposición a



eventos traumáticos, fueron consistentes con dos estudios realizados en Alemania (Perkonigg, Kessler, Storz y Wittchen, 2000; Hapke, Schumann , Rumpf, John y Meyer, 2006; Hepp et al., 2006). Comparado con estudios llevados a cabo en la mayoría de otros países europeos o fuera de Europa, la prevalencia de vida de exposición a eventos traumáticos establecidas en Alemania y Suiza es relativamente baja.

En otro estudio realizado en viviendas tuteladas a 84 jóvenes en edad de transición, 79 (94%) informaron de una historia de trauma, de los cuales 30 (36%) tenían TEPT. El abuso sexual se asoció significativamente con un diagnóstico de TEPT ($r = .47$) y el predictor único de trastorno de estrés postraumático. Los jóvenes en edad de transición en materia de vivienda tutelada por la comunidad tuvo mayores tasas de exposición al trauma y trastorno de estrés postraumático que la población adolescente en general, lo que sugiere la necesidad de una evaluación y tratamiento más específico del trastorno de estrés postraumático en esta población (Frounfelker, Klodnick, Mueser y Todd, 2013), siendo necesario y sin olvidar los factores de riesgo descritos en la literatura científica del TEPT, realizar un screening general de los síntomas subclínicos del TEPT.

Prácticamente la mayoría de los trabajos epidemiológicos se centran en los grupos de alto riesgo de desarrollar el trastorno de estrés postraumático generalmente personal militar y otras poblaciones que han estado expuestas a traumas mayores o en regiones que han sufrido desastres naturales o guerras. En cambio los estudios epidemiológicos sobre TEPT en población general son relativamente escasos (Frissa et al., 2013). The South East London Community Health (SELCoH), es un estudio comunitario de psiquiatría y morbilidad física realizado a 1.698 adultos,



a partir de los 16 años. Los autores estudiaron el TEPT dentro de ésta comunidad londinense, mediante un estudio comunitario con un instrumento de screening de atención primaria para el PTSD (PC-PTSD). Dicho instrumento presentaba una adecuada consistencia interna en su muestra analizada, y está basado en los cuatro factores estudiados en el TEPT: reexperimentación, evitación, hiperarousal y embotamiento. La prevalencia de los síntomas encontrados fue de 5.5%. Las mujeres eran más proclives a ser positivas en el screening (6.4%) que los hombres (3.6%), y los síntomas de TEPT más altos encontrados correspondieron a los desempleados (12.5%), los que no trabajaban por problemas de salud (18.2%) y los que percibían el nivel más bajo de ingresos económicos (14.8%). La mayoría (78.2%) de la población de estudio tenía trauma y más de un tercio (39.7%) informó de algún trauma infantil. Hubo una asociación entre los eventos traumáticos acumulados y la probabilidad de informar síntomas del trastorno de estrés postraumático (OR 1.8; IC del 95% (1.06 a 2.01). Como conclusión general los autores destacan una mayor prevalencia de síntomas y experiencias de trauma en la comunidad del sudeste de Londres en comparación de los datos nacionales y el efecto acumulativo sobre los síntomas actuales de trastorno de estrés postraumático (Frissa et al., 2013).

En un metaanálisis realizado por Alisic et al. (2014), se analizó la prevalencia del TEPT. Estos investigadores encontraron que la tasa de trastorno de estrés postraumático después de un trauma no interpersonal era del 9.7%, mientras que después de un trauma interpersonal los datos ascendían a un 25.2%. Los niños desarrollaron significativamente menos estrés postraumático 11.1%, que las niñas 20.8%. Los niños expuestos a un trauma no interpersonal mostraron las menores tasas de TEPT 8.4%, mientras que las niñas expuestas a un trauma interpersonal



mostraron las tasas más altas un 32.9%. No hubo diferencias significativas en las tasas de TEPT relacionados con el informante o la entrevista de diagnóstico utilizada para la evaluación.

5.3 FACTORES DE PROTECCIÓN

En los últimos años han ido aumentando los estudios que demuestran con evidencia científica que una gran parte de las personas resisten los acontecimientos adversos de la vida con una gran fortaleza y con escasas repercusiones a nivel de funcionamiento y de salud mental (Avia y Vazquez, 1998; Bonnano, 2004; Vazquez, 2005).

Los factores que pueden disminuir el riesgo y a su vez el impacto del evento traumático y poder desarrollar un TEPT, incluye la resiliencia, la fortaleza, la regulación emocional, la extraversión, identidad propia, procesamiento adecuado de los acontecimientos difíciles, apego seguro, madurez del sistema biológico, avanzado desarrollo lingüístico y cognitivo, buenas estrategias de afrontamiento y habilidades sociales y variables más contextuales como la cultura (Buka, Sstichick, Birdthistle y Earls, 2001; De Bellis y Van Dillen, 2005; Elliot y Carnes, 2001; Fletcher, 1996; Herman, 2004; Kaplow et al., 2005; Koenen, 2006; Scott, Wolfe y Wekerle, 2003; Van der Kolk, 2007 ; Vernberg y Varela, 2001; Weitzman, 2005; Castro, 2011).

Wolak y Finkelhor (1998) informan que existen tres categorías de factores de resistencia a la adversidad:



Factores personales de la víctima: autoestima positiva, adaptabilidad, optimismo, capacidad de relacionarse, creatividad, grado de desarrollo, inteligencia, resultados académicos, talento, intereses especiales, etc. (Aguilar, 2008; Lazenback, 2010).

Factores familiares: existencia de un vínculo afectivo y apego seguro con al menos un adulto que le proporciones al niño o la niña el cuidado necesario (Aguilar , 2008).

Factores extrafamiliares: Apoyo de iguales, profesores u otros adultos e involucrarse en actividades de su entorno próximo (vecindario, barrio), (Aguilar, 2008; Wolak y Finkelhor, 1998).

5.4 COMORBILIDAD

El cuadro clínico que estudiamos se encuentra fuertemente relacionado con otros trastornos psicopatológicos siendo uno de los más altos a nivel de comorbilidad dentro del escenario psicopatológico, por lo que es necesario establecer un adecuado diagnóstico diferencial, de cara a poder realizar una adecuada intervención clínica. De hecho en los veteranos del Vietnam se ha llegado a encontrar que un 66% presentaba algún cuadro de ansiedad o afectivo y un 39% presentaban abuso o dependencia de alcohol según el estudio realizado en 1988 por el Centro de control de enfermedades de Vietnam.

Según el DSM-5 los individuos con TEPT son un 80% más propensos a presentar síntomas que cumplen los criterios diagnósticos para, al menos, otro trastorno mental (p.ej.,



depresión, trastorno bipolar, ansiedad o trastorno por consumo de sustancias) que aquellos sin trastorno de estrés postraumático.

Según la encuesta sobre comorbilidad nacional realizada y dirigida por Kessler et al. (1995), se encontró que el TEPT se asociaba con otro diagnóstico en el 17% de las mujeres y en el 12% de los hombres; sin embargo, había tres o más diagnósticos en el 44% de las mujeres y en el 59% de los hombres. El TEPT se asoció con abuso de alcohol en hombres (51,9%), depresión mayor (48%), trastornos de conducta en hombres (43,3%), fobia simple (30%), fobia social (28%), abuso de alcohol en mujeres (27,9%) y agorafobia en mujeres (22,4%); los otros diagnósticos tuvieron menores frecuencias de presentación (Kessler, et al., 1995). Los síntomas depresivos, que en ocasiones pueden estar en primer plano del TEPT, pueden llevar a un diagnóstico equivocado de depresión.

Pero a veces el antecedente de la situación traumática está distante en el tiempo y dependiendo de lo consolidado que puedan estar los síntomas invasores, de evitación y el estado de hiperalerta el diagnóstico diferencial debe plantearse entre un posible TEPT de aparición retardada y una depresión. De estar claramente sobrepuestos los síntomas de TEPT y de depresión cabe el doble diagnóstico. En clínica debe ponerse especial atención a la investigación de antecedentes de trauma en el pasado y a su correcta evaluación para así no subdiagnosticar el TEPT (Carvajal, 2002).

En refugiados que han sufrido situaciones traumáticas severas se ha encontrado una comorbilidad entre TEPT y suicidio que alcanza al 95%, y los pacientes con comorbilidad TEPT-depresión presentan mayor ideación suicida que aquellos con TEPT sin depresión. El diagnóstico



exclusivo de TEPT constituye en sí mismo un alto riesgo para intentos suicidas (Ferrada-Noli, Asberg, Ormstad, Lundin y Sundbom, 1998).

En cuanto a la comorbilidad en población infantojuvenil existen altas tasas de prevalencia de TEPT. El TEPT ocurre con frecuencia con depresión, ansiedad, dificultades en el apego, déficit en habilidades sociales, agresividad, dificultades en el control de los impulsos, somatizaciones y uso de sustancias (AACAP, 1998; APA, 1994; Kessler, Borges y Walters, 1999; March, Amaya-Jackson y Pynoos, 1997).

En el estudio de Carrión, Weems, Ray y Reiss (2002), en los que evaluaron a menores expuestos a trauma interpersonal y derivados de servicios sociales y de Centros de Salud Mental los trastornos comórbidos más frecuentes fueron: trastorno depresivo no especificado (12%), trastorno depresivo mayor (11%), TDAH (11%), fobia específica (9%), ansiedad de separación (7%) y fobia social (7%).

Una investigación realizada por Green et al. (1991) sobre los informes psiquiátricos de 179 niños de 2 a 15 años expuestos a la caída de una presa en Buffalo Creek, con la consiguiente inundación (donde una población de 5.000 personas, 125 murieron, 1.121 resultaron heridos, y más de 4000 se quedaron sin hogar, 507 casas fueron destruidas, y 30 empresas), fueron diagnosticados de la presencia de síntomas de TEPT dos años después del desastre. Los resultados mostraron menor número de síntomas en el grupo de jóvenes de menor edad, en cambio las niñas mostraron más síntomas que los niños. Aproximadamente el 37% de los niños se les dio un diagnóstico “probable” de trastorno de estrés postraumático. El análisis de regresión múltiple mostró que la amenaza a la vida, el sexo, la psicopatología de los padres, y un irritable



y/o ambiente familiar deprimido contribuyeron a la predicción de síntomas de trastorno de estrés postraumático en los niños.

5.5 DESARROLLO DEL TEPT

Según el DSM-5 el TEPT puede desarrollarse desde el primer año de vida. Dentro de los 3 primeros meses desde la exposición al trauma los síntomas suelen manifestarse, pudiendo llegar incluso a varios años antes de que se cumplan los criterios para el trastorno. De hecho en el DSM IV TR hay que especificar si es de “inicio retardado” y en la nueva clasificación diagnóstica se denomina de “expresión retardada”. Puede existir variedad en cuanto a los síntomas que se manifiesten al igual que en la aparición y duración del mismo.

En cuanto a la recuperación del trastorno existen factores que pueden influir en el mismo, se ha descrito que puede darse una recuperación completa a los 3 meses en la mitad de los adultos estudiados, y otras personas pueden permanecer con síntomas 12 meses después del evento traumático e incluso podría permanecer durante más de 50 años. También se puede producir una intensificación de los síntomas en forma de recuerdos del trauma, frente estresores vitales o por enfrentarse a nuevos acontecimientos traumáticos. Las personas mayores, cuando empieza el deterioro de la salud, cierta alteración de la función cognitiva y el aislamiento social puede exacerbar los síntomas del TEPT (DSM-5, 2013).

A nivel de la población infantojuvenil que es el tema objeto de estudio, la reexperimentación puede ocurrir de formas diversas dependiendo de distintas etapas del



desarrollo. Los más pequeños pueden hablar de sueños terroríficos sin contenido explícito del evento traumático. Antes de los 6 años (niños en edad preescolar), los niños son más propensos a reexperimentar los síntomas a través del juego, pudiendo estar directa o indirectamente el contenido del trauma en el mismo. Aunque es importante conocer que pueden no manifestar expresiones de miedo en el momento de la exposición al trauma o durante la reexperimentación. Los padres pueden comunicar una gran gama de cambios comportamentales y emocionales en los niños más pequeños. Debido a las limitaciones de los niños para expresar los pensamientos o clasificar las emociones, las alteraciones negativas del estado de ánimo o de la cognición tienden a manifestarse como cambios de humor. Los niños si se encuentran expuestos de forma repetitiva al trauma dentro del ambiente familiar (p.ej., el abuso físico, ser testigos de violencia doméstica), y si es de forma crónica, pueden no ser capaces de identificar el inicio de los síntomas. En los niños pequeños la conducta de evitación se suele asociar a restricciones del juego o las conductas exploratorias; en los niños de edad escolar con una participación reducida en actividades nuevas, y en los adolescentes, con resistencia a buscar nuevas experiencias que redundarían en nuevas formas de desarrollo. Según el DSM-5, los niños y los adolescentes suelen juzgarse como cobardes. Es importante detectar y conocer que los adolescentes pueden sentir que no son socialmente deseables y pensar que no encajan con el resto de grupos, influyendo en sus planes de futuro. También la agresividad que no es bien vista a nivel social, puede hacer que sus compañeros del colegio y/ o sus amigos se alejen de ellos, perpetuando el problema. En los adultos de mayor edad y que continúan experimentando TEPT pueden expresar menos síntomas



de hiperexcitación, evitación, de cogniciones y estado de ánimo negativo en comparación con los adultos más jóvenes con TEPT (DSM -5, 2013).

En cuanto al riesgo de suicidio es necesario señalar que los eventos traumáticos como el abuso infantil aumentan el riesgo de suicidio. El TEPT se asocia con ideación autolítica e intentos de suicidio (DSM 5, 2013).

En los niños y adolescentes, se ha sugerido que los síntomas de evitación son más importantes que el diagnóstico de reexperimentación e hiperactivación. La culpa puede ser un síntoma significativo asociado con los jóvenes expuestos al trauma como indican Blom y Oberink (2012). Los niños pueden recrear la experiencia traumática con juegos repetitivos sin alegría o tener sueños aterradores sin contenido reconocible, a veces se presenta como la alteración del sueño. Ellos pueden tener otros problemas de comportamiento.

5.6. TRASTORNO POSTRAUMÁTICO COMPLEJO O EXTREMO

Las alteraciones psicopatológicas que actualmente pueden diagnosticarse en el Trastorno por Estrés Postraumático No Especificado (DESNOS), y que formaran parte del nuevo diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático Complejo, se han establecido en base a las propuestas independientes de Herman y Van der Kolk (1987), en Boston, y de Spitzer, Kaplan y Pelcovitz (1989), en Nueva York. Aunque el procedimiento fue diferente, en ambos casos se basaron en el análisis de los síntomas que sistemáticamente mostraban personas que habían

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



sufrido exposición prolongada a situaciones potencialmente traumáticas y habían desarrollado reacciones postraumáticas graves (López-Soler, 2008). En la tabla 3 quedan descritos los distintos síntomas del TEPT complejo.

Según establece Herman (1992), las alteraciones básicas del trastorno de estrés postraumático complejo son:

- 1) Alteraciones en la regulación de los impulsos afectivos. Incluye dificultad para modular la rabia y las conductas autodestructivas.
- 2) Alteraciones en la atención y la consciencia, tales como embotamiento, lentitud procesamiento, dificultades atención y concentración, amnesias, episodios disociativos y despersonalización.
- 3) Alteraciones en la autopercepción, así como un sentido crónico de culpabilidad y de responsabilidad personal, que cursa con sentimientos de intensa vergüenza.
- 4) Alteraciones en la percepción del maltratador. Incluye aceptación, dependencia e incorporación de su sistema de creencias.
- 5) Alteraciones en las relaciones con los otros. Dificultades para confiar e intimar, desarrollo de fuerte sensación de vulnerabilidad y peligro cuando inician nuevas relaciones afectivas en la medida que se hacen más intensas e íntimas.
- 6) Somatización y/o problemas médicos.
- 7) Alteraciones en el sistema de significados. Los individuos abusados crónicamente, a menudo sienten una gran desesperanza acerca del mundo y del futuro. Así mismo creen que no encontrarán a nadie que les entienda o entienda su sufrimiento (López-Soler, 2008).



Tabla 3 *Síntomas del trastorno de estrés postraumático complejo*

| Áreas | Síntomas específicos |
|-----------------------------|--|
| AFECTOS E IMPULSOS: | Regulación Afecto Modulación Ira Autodestructividad Preocupación suicida Dificultad modulación sexualidad Conductas de riesgo |
| ATENCIÓN Y CONSCIENCIA: | Amnesia Episodios disociativos transitorios Despersonalización |
| AUTOPERCEPCIÓN: | Ineficacia Culpa y responsabilidad Vergüenza Incomprensión Minimización personal |
| RELACIONES INTERPERSONALES: | Inhabilidad para relaciones íntimas Revictimización Victimizar otros |
| SOMATIZACIONES: | Sistema digestivo Dolor crónico Síntomas cardiopulmonares Síntomas conversión Sistema reproductor |
| SISTEMA DE SIGNIFICADOS: | Desesperanza Infelicidad Pérdida sistema previo creencias |

Nota Fuente: López- Soler, C. (2008).



Cook, et el. (2005) analizó los dominios deteriorados en los menores expuestos a trauma complejo, existiendo una fuerte solapamiento entre el TEPT, el TEPT complejo y TLP. La tabla 4. muestra el amplio deterioro que sufren los menores sometidos a trauma interpersonal.

Tabla 4 *Dominios deteriorados en el TEPT complejo*

| I.APEGO | IV. DISOCIACIÓN | VI. COGNICIÓN |
|--|--|---|
| Incertidumbre acerca de la fiabilidad y la previsibilidad del mundo. | Distintas alteraciones en los estados de conciencia. Amnesia. | Dificultades con la regulación de la atención y el funcionamiento ejecutivo. |
| Desconfianza y sospecha. | Despersonalización y desrealización. | Curiosidad fluctuante, problemas con el procesamiento de la información nueva. |
| Aislamiento social. | Dos o más estados distintos de conciencia, con problemas de memoria para los sucesos basados en los estados. | Problemas para completar tareas, y focalizar, de planificación y anticipación, con la constancia de los objetos, para comprender su contribución a lo que les sucede. |
| Dificultades interpersonales. | | Dificultades de aprendizaje. |
| Dificultades para armonizar con los estados emocionales de otras personas. | | Problemas con el desarrollo del lenguaje y con la orientación del tiempo y el espacio, percepción visula, acústica y reconocimiento de patrones. |
| Dificultad para tomar otras perspectivas. | | |
| Dificultades para recabar aliados. | | |



II. BIOLOGÍA

V. CONTROL

VII. AUTOCONCEPTO

COMPORTAMENTAL

| | | |
|--|--|--|
| Problemas de desarrollo sensoriomotor. | Pobre modulación de los impulsos. Comportamiento autodestructivo. | Falta de un coherente, continuo y previsible sentido del self. |
| Hipersensibilidad al contacto físico. | Agresión hacia los otros. | Pobre sentido de la separación. |
| Analgesia | Comportamientos autoconsoladores patológicos. | Dificultades con la imagen corporal. |
| Problemas de coordinación, equilibrio y tono del cuerpo. | Trastornos del sueño. | Baja autoestima |
| Somatización. | Trastornos de la alimentación. | |
| Incremento de problemas médicos de un amplio espectro (p.e., dolor pélvico, asma, problemas de piel, trastornos autoinmunes). | Abuso de sustancias tóxicas. Excesiva complacencia | |

III. REGULACIÓN DEL AFECTO

Dificultad con la autoregulación emocional.

Dificultad para entender los sentimientos, para comunicar deseos y necesidades, para describir y describir los estados internos

Nota Fuente: Cook, et al. (2005)

Centrándonos en la diferenciación del TEPT y el TEPT complejo hablaríamos de un tratamiento más extenso en el tiempo y más complicado para el TEPT complejo, donde el

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



tratamiento incluiría resolver un mayor número y tipos de problemas y hacer frente a un deterioro funcional más grave. Existen varias terapias que se han desarrollado y probado por los síntomas de TEPT complejos definidos anteriormente o variaciones de las mismas y que incluiría intervenciones dirigidas hacia las dificultades desregulación, dificultades relacionales y sociales, y directa o indirectamente participar en ejercicios para apoyar la reorganización de un mejor autoconcepto positivo y compasivo (Cloitre et al., 2012). Los beneficios son relativos más a corto plazo, en comparación con las terapias de más larga duración, tanto para el TEPT como para el trastorno de estrés postraumático complejo.

Algunos investigadores han expresado preocupación acerca de la superposición de los síntomas que se produce entre la sintomatología del TEPT y TLP a la hora de establecer los diagnósticos por ejemplo, Resick et al. (2012). Desde una perspectiva de utilidad clínica, los trastornos son bastante distintos. El TEPT complejo se centra en los efectos del trauma, presenta síntomas de TEPT como un elemento central de la enfermedad, y se asocia con un plan de tratamiento que incluye el tratamiento relativamente rápido de los síntomas de TEPT a través de intervenciones centradas en el trauma. Puede ser que la distinción entre TLP y trastorno de estrés postraumático sea una cuestión de grado, medida por el tipo, la gravedad y la duración de las experiencias traumáticas (Lewis y Grenyer, 2009). Siguiendo a estos autores también se ha sugerido que las personas que están expuestas a las formas más graves y de larga duración del trauma, son más propensos a desarrollar los síntomas que se convierten en un sistema integrado de la personalidad (Landecker, 1992). Estudios sobre las distintas formas de abuso sugieren que



determinados tipos de abuso tienen peores repercusiones que otros; por ejemplo, el abuso sexual es de los que peores efectos presenta (Cole y Putnam, 1992).

El estudio de Cloitre et al. (2013), proporciona evidencia preliminar de la validez de la propuesta de la CIE-11 para los diagnósticos relacionados de trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés postraumático complejo. Sin embargo, hay varias limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, el estudio es preliminar, ya que utiliza los datos de archivo desde el que construir el diagnóstico. Los análisis actuales no incluyen artículos centrados en la disociación y la dificultad en experimentar afecto positivo, los cuales no estaban disponibles en su base de datos. El estudio se completó en una clínica especializada en violencia interpersonal y la muestra fue predominantemente femenina (Cloitre et al, 2013). Otro objetivo que se plantearon estos autores fue demostrar empíricamente que el abuso crónico era mayor predictor de TEPT complejo que el acceso aislado a un trauma grave. En el análisis estadístico realizado encontraron que la odds-ratio fue (OR = 2.11 IC 95%: 1.11, 3.99) indicando que los individuos que informaron de abuso infantil como su peor trauma presentaban el doble de probabilidad de tener TEPT complejo en comparación con el trastorno de estrés postraumático. Por el contrario, la identificación de los participantes del 9/11 (11 de septiembre en New York City) como su peor trauma fue un predictor significativo de TEPT en comparación con TEPT complejo. El odds-ratio en el antiguo análisis (OR = 4,05, IC 95%: 1,92, 8,52) indica que los individuos que informaron 9/11 como su peor trauma tenían cuatro veces más probabilidades de tener TEPT en comparación con TEPT complejo. En cuanto al deterioro funcional, después de controlar por edad y sexo, los síntomas de TEPT fueron predictivos de deterioro funcional ($T(278) = 7.34, p <.001$) y el



modelo en su conjunto fue significativo ($F(3, 278) = 20.48, p < .001$) con un total de 18.1% varianza explicada. La adición de los tres factores únicos para el TEPT complejo (es decir, la desregulación afectiva, autoconcepto negativo y problemas interpersonales) contribuyó con un adicional de 21.2% de la varianza explicada y mejoró el modelo con un total de 39,3% de la varianza explicada ($F(6, 275) = 29.66, p < .001$).

Por otra parte y según establece Ford (2015), los criterios diagnósticos del DSM-5 (2013) se realizaron en base a una revisión de la investigación exhaustiva ampliándose sustancialmente, para incluir síntomas compatibles con cada dominio del TEPT complejo. Específicamente en la desregulación de la emoción (una amplia gama de emociones negativas persistentes, autolesiones, despersonalización, desrealización), el comportamiento interpersonal (comportamiento imprudente y/o agresivo), y uno mismo (es decir, autopercepciones negativas persistentes). Según Ford (2015), la definición de TEPT complejo propuesto para la CIE 11, se incorpora en gran medida en el DSM-5 aunque se ve incompleta la desregulación afectiva e interpersonal. La investigación es necesaria para probar y refinar la definición operativa del TEPT complejo que se puede encontrar en los criterios del TEPT del adulto que ha experimentado en la infancia graves traumas y para determinar la validez de constructo en relación con los trastornos de personalidad que involucran características similares (Dorrepaal et al., 2014; Ford y Courtois, 2014).

El grupo de trabajo de la red de Estrés traumático US National Child (www.nctsn.org), las adaptaciones del desarrollo del TEPT complejo (para niños y adolescentes) se ha incorporado a un síndrome denominado “Trastorno de Trauma del Desarrollo” (DTD). Para poder profundizar en éste nuevo síndrome, se realizó una encuesta internacional por parte del personal sanitario que



evaluaba a los niños y se indicó que los criterios del DTD tenían utilidad clínica y que discriminaban los síntomas y/ o trastornos internalizantes (incluyendo el TEPT) y los diagnósticos psiquiátricos externalizantes (Ford et al., 2013). Si bien en otro estudio realizado por Jakšić, Brajković, Ivezić, Topić y Jakovljević (2012), encontraron tras analizar los rasgos de personalidad de personas que padecían TEPT que los rasgos que parecían relativamente consistentes fue que el TEPT se relacionaba positivamente con la emocionalidad negativa, neuroticismo, evitación del daño, búsqueda de sensaciones y auto-trascendencia, así como rasgo de hostilidad / ira y la ansiedad rasgo. Por otra parte, los síntomas de TEPT se asocian negativamente con la extraversión, la autodirección, la resistencia y optimismo. Por otra parte, una serie de estudios han confirmado la existencia de tres subtipos basados en rasgos de personalidad distintos del trastorno de estrés postraumático, que serían el tipo internalización, externalización y el de baja patología TEPT.

Siguiendo con Ford, et al. (2013), además de los síntomas, se observan características que representan la desregulación en la infancia en tres dominios diferentes a los propuestos para el TEPT en el adulto como (la emoción/ fisiología, la cognición/comportamiento, y las auto/ relaciones). Los encuestados calificaron sus respuestas en una combinación de polivictimización traumática y la interrupción del apego como una característica del DTD, y que era altamente discriminable de los diagnósticos del DSM-IV (incluyendo el TEPT) y de utilidad clínica distinta. Los autores concluyen que la investigación es prioritaria de cara a establecer la validez de constructo de la DTD y su relación con la polivictimización.



Según la nueva propuesta del TEPT complejo de la OMS, se ubicaría dentro de los “Trastornos específicamente relacionados con el estrés” y que acompañaría al trastorno de adaptación, junto con el Trastorno de duelo prolongado.

5.7 TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD Y TRAUMA.

El estudio sistemático del TLP, comenzó hacia finales de la década de 1930 con los trabajos de los psicoanalistas y fue Stern (1986) el primero en utilizar el término *borderline*, y junto a Knight (1986), observaron un grupo de pacientes con cierta tendencia a la desorganización en situaciones no estructuradas que, en un corte transversal, se semejaban con los cuadros de naturaleza psicótica (Gunderson, 2009).

A lo largo de los últimos 15 años ha proliferado la búsqueda empírica sobre la etiología del TLP. En una revisión sistemática realizada por Mosquera, González y Van der Hart (2011), sobre aspectos relacionados con el TLP y el trauma, y la génesis del mismo, se encontraban los factores heredados genéticamente como determinados rasgos de personalidad (Siever, Torgersen, Gunderson, Livesley, y Kendler, 2002) y su papel como factores de riesgo o protectores respecto a ser más o menos sensible al contexto (Steele y Siever, 2010).

Otro campo de investigación sobre la etiología del TLP se han centrado en las relaciones de apego temprano (Barone, 2003; Buchheim, George, Liebl, Moser y Benecke, 2007; Grover et al, 2007; Bakermans-Kranenburg y Van IJzendoorn, 2009; Newman, Harris y Allen, 2010). Centrándonos en el aspecto del trauma varias investigaciones han señalado que el haber estado



expuestos a un trauma temprano, grave y crónico entre los pacientes borderline adultos, era frecuente (Horesh et al 2008; Tyrka et al, 2009; Ball & Links, 2009). (Zanarini, 2000; Zanarini, Yong, Frankenburg et al, 2002) refieren una prevalencia elevada de eventos traumatizantes (Mosquera et al., 2011).

Distintos estudios han descrito una comorbilidad frecuente entre TEPT y TLP (Driessen et al, 2002; McLean y Gallop, 2003; Harned, Rizvi, y Linehan 2010; Pagura et al, 2010; Pietrzak, Goldstein, Southwick y Grant, 2010). Otros encuentran una relación entre TLP y abuso emocional (Kingdon et al, 2010) y distintos tipos de abuso (Grover, 2007; Tyrka, Wyche, Kelly, Price y Carpenter, 2009). Por otra parte se ha descrito que padecer un trauma en la infancia predice un mal pronóstico en pacientes borderline (Gunderson, 2006; Mosquera et al., 2011).

Graybar y Boutilier (2002), revisaron la literatura empírica sobre TLP y varios traumas infantiles. Concluyeron que las tasas referidas de abuso sexual, maltrato físico y verbal y negligencia entre los pacientes borderline iban del 60 al 80%.

Ball y Links (2009) revisaron la literatura sobre trauma y TLP en el contexto de los criterios clásicos de Hill (1965), para demostrar causalidad (fuerza, consistencia, especificidad, temporalidad, gradiente biológico, plausibilidad, coherencia, evidencia experimental y analogía). Estos autores demostraron que el trauma puede ser considerado un factor causal en el desarrollo del TLP, como parte de un modelo etiológico multifactorial (Mosquera et al., 2011) (tabla 5).

Tabla 5 *Estudios sobre trauma en la infancia en el TLP*

| Autores | Estudios |
|---------|----------|
|---------|----------|



| | |
|---|--|
| Estudios | Trauma en la infancia en el TLP |
| Zanarini (2000b) | 40-70% of abuso sexual en la infancia en el TLP |
| Battle, Shea, Johnson et al, 2004; Cohen, Crawford, Johnson & Kasen, 2005; Rogosch & Chiccetti, 2005; Yen, Shea, Battle et al, 2002 | Relación positiva en estudios prospectivos de abuso sexual y maltrato físico en la infancia y TLP |
| Silk, Lee, Hill & Lohr, 1995; Zanarini, Yong, Frankenburg et al, 2002; Sansone et al, 2002 | Relación positiva entre severidad del abuso sexual, severidad de los síntomas borderline y conducta auto-destructiva. |
| Johnson, Cohen, P; Brown, et al.(1999) | Las personas con abuso sexual o negligencia documentados tienen 4 veces mayor probabilidad de ser diagnosticados como TP |
| Battle, Shea, Johnson, DM et al. (2004) | 73% abuso sexual en la infancia 82% negligencia |
| Graybar & Boutilier (2002) | Maltrato físico y verbal, abuso sexual y negligencia 60-80% |
| Laporte & Guttman (1996) | El TLP tiene múltiples episodios y más de un tipo de abuso |
| Goodman & Yehuda (2002) | Abuso sexual en la infancia entre 40- 70% |
| Golier et al (2003) | 52,8% de maltrato físico en la I/Adolescencia |
| Fossati, Madeddu, & Maffei (1999) | Metaanálisis encontrando evidencia para un efecto moderado del abuso sexual en la infancia |

Nota Fuente Mosquera, D., González, A. y Van der Hart, O. (2011).



Algunos autores consideran que las tendencias suicidas, las conductas de riesgo, la revictimización, la labilidad emocional, la impulsividad y la inestabilidad afectiva, generada como respuesta al estrés grave, coinciden con las características del trastorno límite de la personalidad, por ello se ha establecido un gran y adecuado debate sobre las relaciones entre estos trastornos del eje I y II. Algunos autores consideran que personas que han recibido el diagnóstico TEPT crónico (una de las denominaciones de las reacciones traumáticas graves, complejas y/o extremas), presentan a partir de la adolescencia trastorno límite de la personalidad (Hodges, 2003).

Allen, Hunton y Evans (1999), aplicaron a mujeres con trastornos postraumáticos graves, el Inventario Clínico Multiaxial de Millón y hallaron cinco cluster que denominaron alienación, agresividad, retraimiento, victimización y adaptación. Los dos primeros, de tipo externalizante, se caracterizan por altas puntuaciones en las escalas de agresividad, trastornos de la personalidad antisocial y límite, consumo de alcohol y drogas, y manía. Los cluster retraimiento y victimización, de tipo internalizante, agrupan las escalas trastornos de la personalidad depresivo, evitativo y esquizoide, con puntuaciones altas, y con bajas puntuaciones en trastornos de la personalidad histriónico y narcisista. El quinto cluster, adaptación, se caracteriza por bajas puntuaciones en trastornos de la personalidad y síndromes clínicos, caracterizándose por sintomatología postraumática simple. Estos hallazgos coinciden con los obtenidos en las investigaciones de Millar (Millar, Greif y Smith, 2003; Millar, Kaluepek, Dillon y Keane, 2004; Millar, y Ressik, 2007; López-Soler, 2008).



Las características más sobresalientes y clínicamente relevantes del TLP son el alto riesgo de suicidio, intentos de suicidio y conductas autolesivas y el diagnóstico y el tratamiento eficaz se ha organizado en torno a estas cuestiones (Linehan, 1993). Además, la naturaleza del autoconcepto y dificultades interpersonales en el TLP destacan problemas como la falta de un concepto de sí mismo y los temores de abandono. En contraste, trastorno de estrés postraumático complejo se define por la presencia de un autoconcepto negativo estable y la evitación de las relaciones. Estas diferencias tienen importantes implicaciones para el tratamiento. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad es probable que requieran un curso más largo del tratamiento y un especial cuidado cuando la terapia está llegando a su fin. Sin embargo, una prueba importante de la discriminabilidad de los dos trastornos es si, de hecho, los síntomas de los trastornos describen diferentes y distintas clases de individuos. Los investigadores encontraron que el Análisis de Clase latente (LPA) similares a los utilizados en este estudio, se podía aplicar para determinar si los perfiles complejos de síntomas de TEPT y TLP describen las diferentes clases de pacientes (Cloitre et al, 2013).

Cloitre et al. (2013), en su estudio diferenciador del TEPT y el TEPT complejo quisieron también analizar el TLP como entidad diagnóstica a veces solapada sintomatológicamente, ya que genera confusión entre los clínicos, a la hora de determinar su etiología. Formaron tres grupos: un 42.8% (n= 166) de los participantes fueron clasificados en el grupo TEPT complejo, el 29.1% (n= 113) en grupo de TEPT, y el 28.1% (n= 109) en grupo de baja sintomatología. La proporción de individuos con TLP dentro de cada clase era: 33.7% en el TEPT Complejo, 15.0% en el grupo TEPT, y el 11.9% en el de baja sintomatología. Los factores sociodemográficos, las



frecuencias para tipos de trauma de historia gravedad de los síntomas y características de cada una de las clases resultantes de dos LPA no difieren. También se llevaron a cabo ANOVAs para evaluar las diferencias en la gravedad de los síntomas a través de las tres clases. Los valores de significación y el patrón de resultados de las pruebas de comparación por pares fueron idénticos. Con la excepción de que los síntomas de evitación fueron significativamente mayores en el grupo de TEPT complejo en comparación al de TEPT, mientras que en el LPA original, esto no fue una diferencia significativa. Aun así, los dos grupos no difieren en la gravedad total de síntomas de TEPT. Cloitre et al. (2014) se han interesado en establecer la diferenciación entre el TEPT, TEPT complejo y TLP, mediante la realización de un análisis del perfil latente. El mismo reveló cuatro clases diferentes de individuos: 1) una de baja sintomatología, caracterizada por bajos niveles de todos los síntomas; 2) una de TEPT caracterizada por síntomas elevados de TEPT pero apenas síntomas que definen los diagnósticos de TEPT complejo y TLP; 3) una clase de TEPT complejo caracterizada por síntomas elevados de TEPT y síntomas de autoorganización que definen el diagnóstico de TEPT complejo, pero con pocos síntomas de TLP; 4) y una clase de TLP caracterizada por alto número de síntomas TLP. Se encontraron cuatro síntomas de TLP que aumentaban las posibilidades de estar en la clase de TLP en comparación con la clase de TEPT complejo: esfuerzos frenéticos de evitar el abandono, sentido inestable del yo, relaciones interpersonales inestables e intensas e impulsividad.

Un estudio que realizó Numhauser (1999) sobre mujeres en Chiloé (Chile) obtuvo en sus resultados un alto nivel de somatización y habló de "personalidad fracturada desde la infancia por traumas precoces y duelos nunca elaborados, que sólo aprendieron a quejarse dentro de su



alexitimia con dolores corporales". Se aplicó como tamizaje el cuestionario de Marshall para trauma a 159 mujeres. De las 159 pacientes encuestadas sólo 54 (34%) no presentaban ningún antecedente de experiencia traumática durante la niñez, el 63.1% referían al menos un suceso traumático, un 40.1% al menos dos, y un 22.9% tres o más acontecimientos traumáticos. La experiencia traumática más frecuentemente recordada fue la separación traumática de alguno de los padres (34%), seguida de castigos físicos (27%). En 8.8% hubo secuela física secundaria al acontecimiento traumático. Un 7% de los 64 pacientes cumplieron los criterios diagnósticos del DSM-IV para trastorno límite de personalidad. El 66% cumplió con los criterios para trastorno de somatización, siendo las cefaleas el síntoma más frecuente. Se encontró, finalmente, una correlación estadísticamente significativa entre frecuencia de trauma y el trastorno de somatización (Florenzano et al., 2002).

El aspecto disociativo tanto en los trastornos relacionados con el estrés (y más extremadamente con el TEPT complejo y en el TLP), está siendo sometido a profunda investigación.

Siguiendo a Sar (2011), ni el cuerpo actual de conocimientos, ni la estructura existente de categorización permite una conceptualización completamente integrada, para convertirse en un punto de referencia oficial para todas las partes que estudian diversas consecuencias clínicas del trauma del desarrollo (Sar, 2011).

Un aspecto que describe una alternativa sobre la etiología del TLP es el modelo de *diátesis-estrés* propuesto por Stone en 1980, que describe que cuanto más vulnerable es una



persona a desarrollar el TLP, menor presión ambiental será necesaria para desarrollar el trastorno. Y a la inversa, cuanto menos vulnerabilidad innata tenga la persona, mayor presión ambiental tendrá que darse para desarrollar el trastorno. Sin embargo, otros autores (Zanarini et al., 1994; Zanarini et al., 1997) sugieren que cualquier modelo debería ser de naturaleza multifactorial (Caballo y Camacho, 2000).

Goodman y Yehuda (2002), después de haber criticado las propuestas sobre la etiología del trastorno límite de la personalidad formulada por Herman y van der Kolk como simplista, después de varios años sugieren una nueva propuesta postulando que en ciertos individuos, la alteración rígida de la personalidad podría ser el resultado de la interacción de un trauma con una vulnerabilidad biológica. Estos supuestos son consistentes con la teoría biosocial de Linehan, (1993), aunque el modelo biosocial supone que un ambiente invalidante (trauma) suele ser importante, pero no supone que sea suficiente para el desarrollo de TLP (Linehan, 1993).

Mosquera et al. (2011), consideran el grupo borderline como la combinación de un factor traumático (que es lo que provoca disociación estructural) y un factor biológico. De forma didáctica el grupo borderline lo clasifican en tres subgrupos: en un extremo se ubicarían los pacientes más disociativos (con trauma más grave y a veces con disrupciones del apego), en el otro extremo estarían los pacientes con más base biológica (bipolar, esquizofrénico, TDAH, lesiones cerebrales, etc.) en el centro se situarían las personas con problemas de apego. En la figura 2 se desarrolla el modelo biosocial.



En cuanto a la cuestión de si el TEPT complejo y el TLP se trata de un mismo origen o si son trastornos basados en un mismo continuo, podemos mencionar los casos de remisión del TLP, como en el estudio de seguimiento realizado por Paris y Zweig-Frank (2002), esto podría ser un argumento en contra en las teorías más biologicistas sobre el TLP y un argumento a favor del continuo TEPT complejo-TLP. Si bien es cierto que a veces se puede desarrollar un TLP sin un componente traumático en los antecedentes previos, como hemos mencionado en capítulos anteriores. a experiencia de abuso aparece frecuentemente en la historia de los pacientes con TLP, pero no es necesaria ni suficiente para el desarrollo del trastorno (Crowell et al., 2009).



Modelo biosocial de desarrollo de TLP

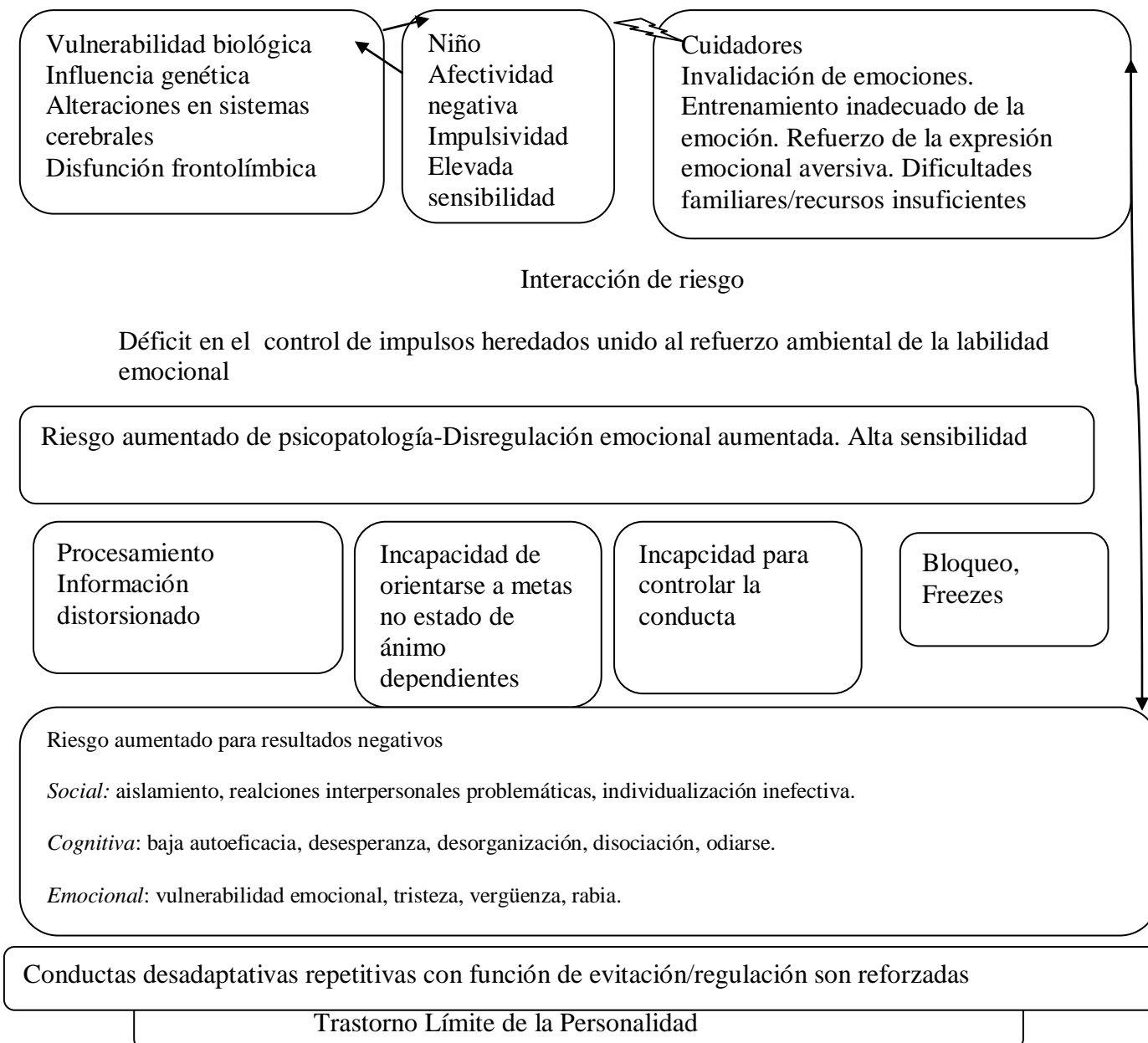


Figura 2. Modelo biosocial de desarrollo de TLP. Tomado de (Soler, 2010).



Circunstancias ambientales menos extremas pueden contribuir y generar el mismo resultado, especialmente en casos en los que el niño está predispuesto por una elevada vulnerabilidad biológica (McMain et al., 2001). No obstante se ha comenzado a asociar el estudio del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) con los antecedentes traumáticos en la etiología del TLP, por consiguiente algunos consideran al TLP como una forma compleja de TEPT (Gunderson et al., 1993a y 1993b; Zimmerman et al., 2009). Si bien, los contextos familiares caracterizados por desatención o abandono, abuso físico, emocional o sexual son extremadamente invalidantes (McMain et al., 2001; Wagner y Linehan, 1994). Algunos trabajos han presentado evidencias del elevado porcentaje de pacientes con TLP que presentan historias de abandono (92%), abuso físico (25%-73%) y/o abuso sexual (40%-76%) (Crowell et al., 2009).

Se necesita seguir buscando los factores etiológicos que pueden estar implicados en estos trastornos, y a su vez buscar herramientas de cara a poder diferenciar el tipo de patología que representan, de cara a darle al paciente una respuesta acorde con su sufrimiento.

Un ejemplo de esto lo encontramos en el estudio realizado por Zanarinni et al. (1998) sobre los estados disfóricos en el TLP. Aplicaron la escala de Afectos Disfóricos a 146 pacientes diagnosticados de TLP. Estos estados se pueden agrupar en cuatro grupos: 1.- sentimientos extremos; 2.- destructividad o autodestructividad; 3.- fragmentación o sentimiento de falta de identidad; 4.- victimización. Además tres de los estados más específicos, que son “sentirse traicionado”, “deseo de autoagredirse” y “estar completamente fuera de control”, cuando ocurren simultáneamente, están fuertemente asociados al diagnóstico de TLP. Los autores encontraron que la Escala de Afectos Disfóricos distingue el TLP de otros tipos de trastornos en un 84% de



los sujetos. Explican que de estos veinticinco estados disfóricos, nueve estaban descritos como propios del TLP en la literatura sobre investigaciones previas. Estos estados son: depresión, sentimiento crónico de indefensión, desesperanza, falta de valía, culpa, ira, ansiedad, soledad y vacío. No obstante los autores destacaron que los otros dieciséis estados, aunque no era frecuentes que se presentaran en las personas con TLP según anteriores investigaciones sin embargo en esta investigación encontraron que los pacientes con TLP los experimentaban frecuentemente y durante una cantidad de tiempo significativamente más alta que los pacientes del grupo control. Estos estados disfóricos son: sentimiento de infelicidad, tristeza, miedo, sentirse dañado, incomprendido, totalmente solo, con terrible dolor, como un completo fracaso, mala persona, completamente frustrado, lleno de vergüenza, como si el dolor nunca va a terminar, completamente entumecido, nadie cuida de mi, desesperado y abrumado.

El TLP ha sido considerado como refractario y crónico, aunque estudios de seguimiento más recientes han señalado una clara tendencia a la mejoría y en algunos casos remisión con el paso de tiempo. En un estudio de seguimiento de 27 años se observó que sólo un 7.8% de los pacientes mantenían el diagnóstico de TLP (Paris y Zweig-Frank, 2001; Soler, 2010). Si nos centramos en las teorías más biologicistas sobre el TLP esto sería un argumento que iría a favor del continuo TEPT complejo-TLP.

Zanarini et al. (2006), esta remisión se situaría en un 39% a los 2 años de evolución, y alcanzaría hasta un 88%, a los 10 años del diagnóstico inicial. En este mismo trabajo, los autores señalan un subgrupo de variables que se asociaron a un buen pronóstico en los 290 pacientes con TLP que inicialmente se incluyeron en el estudio. Estas variables fueron en el ámbito



demográfico, el ser joven, en cuanto a antecedentes históricos, la ausencia de abuso sexual y de trastornos adictivos familiares, en el ámbito del funcionamiento psicosocial, los buenos resultados académicos y en otros aspectos de la personalidad, un bajo neuroticismo, elevada agradabilidad y la ausencia de comorbilidad con el cluster C. El estudio de Zweig-Frank y Paris (2002) sugiere que los niveles de funcionamiento a los 15 años de evolución son más útiles como predictores del funcionamiento posterior que otras variables psicológicas basales, como serían las experiencias de infancia o factores demográficos (Soler, 2010).

Sigue existiendo controversia en torno a la naturaleza de la relación entre el trastorno límite de la personalidad y trastorno de estrés postraumático, con argumentos de peso que sería más exacto y menos estigmatizante para el primero ser considerado un trastorno del espectro trauma (Lewis y Grenyer, 2009).



Capítulo 6

Evaluación Psicológica del Trastorno por estrés postraumático en infancia y adolescencia

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Capítulo 6

Evaluación Psicológica del

Trastorno por estrés postraumático en infancia y adolescencia

En el presente capítulo hacemos una descripción de los instrumentos más utilizados en la evaluación infantil, específicamente en aquellos relacionados con la detección de los síntomas del TEPT.

La creciente investigación sobre los criterios diagnósticos actuales para el Trastorno de Estrés postraumático, nos orienta hacia la falta de instrumentos sensibles para detectar casos en niños de edad preescolar (Scheeringa, Peebles, Cook y Zeanah, 2001) e incluso en niños en edad preadolescente.

El diagnóstico de TEPT entraña cierta complejidad debido a las diferentes manifestaciones que cada uno experimenta. Unas veces puede aparecer sintomatología internalizante y otra externalizante. Unas veces puede confundirse con TDAH.

Centrarnos en un aspecto específico de la evaluación psicológica en el TEPT es algo carente de sentido debido a que como se ha demostrado empíricamente, existe múltiple sintomatología que puede aparecer en el niño o en el adolescente. Si bien los niños pequeños con menor capacidad de conceptualización y menor capacidad verbal expresarán el evento a través de conductas (juegos), más que a través del contenido verbal hecho muy bien recogido por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª edición.

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Una buena evaluación a un niño en edad infantojuvenil debe abordar los distintos problemas que empíricamente se ha validado a nivel comórbido. Así Osofky (1995), informó que los niños en edad escolar y que están expuestos a algún tipo de violencia muestran síntomas de ansiedad, depresión, conducta agresiva y estrés postraumático, y otros problemas asociados como las dificultades para dormir, concentrarse y afrontar las actividades de su vida diaria. Sus actitudes, su competencia social y su funcionamiento escolar se ven afectados y a medida que crecen, aumenta su probabilidad de presentar fracaso escolar, cometer actos vandálicos y presentar psicopatología, incluyendo abuso de sustancias. Siguiendo la línea de este autor hemos querido realizar una descripción de los instrumentos más utilizados de cara a un diagnóstico eficaz sin olvidar la importancia del diagnóstico clínico que facilita la próxima versión de la CIE 11.

6.1 ENTREVISTAS DIAGNÓSTICAS ESTRUCTURADAS

a) Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes. Diagnostic Interview for Children and Adolescents DICA (Herjani y Reich, 1982; Reich, 2000). Adaptado al castellano por De la Osa, Ezpeleta, Doménech, Navarro y Losilla (1997).

Es una entrevista diagnóstica que sigue los criterios de las clasificaciones DSM. Los trabajos de adaptación de la entrevista se iniciaron con la versión Revisada (DICA-R; Reich, Shayka y Taibleson, 1991). La versión en español de la entrevista se llama Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (EDNA-IV). La EDNA-IV es la adaptación de la DICA-R y de la Missouri Assessment of Genetics Interview for Children (Reich, 2000; Todd, Joyner, Heath, Neuman, y Reich, 2003).



- b) Entrevista infantil para Síndromes Psiquiátricos. Children's Interview for Psychiatric Syndroms (Weller, Weller, Rooney y Fridstd, 1999) Adaptada al castellano por Molina, Zaldívar, Gómez y Moreno (2006).

Ambas entrevistas diagnósticas permiten realizar diagnósticos según criterios DSM-IV (APA, 2001). Son apropiadas para niños de 8 a 18 años.

6.2 ESPECIFICIDAD DE LOS INSTRUMENTOS SOBRE EL TEPT

- a) Lista de chequeo de síntomas traumáticos para niños (Trauma Symptoms Checklist for Children, TSSC; Briere, 1996).

Es una escala de auto-informe de 54 ítems que mide el estrés postraumático y la sintomatología psicológica relacionada. Se compone de dos escalas de validez (que indican sobre y sub-registro de los síntomas) y seis escalas clínicas (ansiedad, depresión, estrés postraumático, problemas sexuales, disociación, e ira). Al niño se le presenta una lista de los pensamientos, sentimientos y comportamientos, y se le pide que marque la frecuencia con que le sucede cada uno de ellos. Está escrito para un nivel de lectura de ocho años, y se ha normativizado para niños y niñas entre las edades de ocho y 16 años, de diferentes contextos sociales y demográficos. Es útil en la evaluación de los niños que han sufrido eventos traumáticos, incluyendo abuso físico y sexual, victimización por parte de sus compañeros, pérdidas, el ser testigo expuesto a hechos violentos y a desastres naturales (Briere, 1996). Tiene un nivel de fiabilidad de (.82 a .89) para



cinco de las seis escalas. La escala clínica restante, SC, cuenta con una fiabilidad de .77 (Briere, 1996).

b) Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (CPSS).

The Child PTSD Symptom Scale

La CPSS es un instrumento desarrollado para evaluar la presencia de síntomas del trastorno de estrés postraumático en niños/as y adolescentes de 8 a 18 años de edad. Está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se compone de 17 ítems con respuesta tipo Likert referidos a la frecuencia de manifestación de síntomas de este trastorno. Este instrumento puede ser utilizado como autoinforme o como entrevista clínica estructurada (Foa, Johnson, Feeny y Treadwell, 2001). La CPSS se compone de 3 subescalas: Reexperimentación (5 ítems), Evitación (7 ítems) y Aumento de la Activación (5 ítems). Proporciona una escala de la gravedad de los síntomas. Al igual que otras medidas de auto informe es un instrumento que requiere fácil manejo clínico y es breve por lo que se hace útil a la hora de ser administrado en otros contextos como escuela, comunidad y en otras investigaciones donde puedan haber niños expuestos a traumas. Para su validación inicial, setenta y cinco niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 8 y los 15 años, participaron para la estandarización del CPSS (Foa et al., 2001).

Contiene una pregunta para cada uno de los 17 síntomas del DSM-IV de TEPT para determinar su frecuencia en el último mes.

Las propiedades psicométricas de la versión original de la CPSS indican niveles aceptables de fiabilidad por consistencia interna, presentando coeficientes alfa de Cronbach de .89 para la escala total, y para las subescalas de síntomas .80 para Reexperimentación, .73 para



Evitación y .70 para Hiperactivación. Presenta a su vez buena fiabilidad test retest mostrando para la escala total una fiabilidad de .84 y para las subescalas de reexperimentación .85, escala de evitación .63 y escala de hiperactivación .76 (Foa et al., 2001). La escala de evitación fue la que menor estabilidad temporal consiguió. El CPSS discriminó con éxito entre los niños que fueron clasificados como de altas o bajas reacciones postraumáticas según the Child Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index (CPTSD-RI) por lo que parece mostrar buena validez convergente (Foa et al., 2001).

El equipo del Grupo Universitario de Investigación en Infancia y Adolescencia-Psicología Clínica(GUIIA-PC) llevó a cabo un estudio en 2011 (no publicado), en una muestra de menores tutelados, con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas de algunos instrumentos que evalúan síntomas de estrés postraumático con el fin de elegir el más adecuado para el diagnóstico TEPT. Las pruebas que se aplicaron fueron: CPSS (Foa et al., 2001), The Children's Impact of Traumatic Events Scale (CITES-R) (Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas y Wolfe, 1991); Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders-Revised (SCARED-R) (Muris, 1997); e Impact of Event Scale (IES) (Horowitz, Wilner y Alvarez, 1979). Los datos obtenidos reflejaron una buena convergencia en la medida entre los diferentes tests utilizados para evaluar el TEPT. Frente a las demás escalas, el CPSS presentó la consistencia interna más elevada, tanto para la escala total .91 como para las subescalas Evitación (.81) e Hiperarousal (.79). Además, se obtuvo la correlación más significativa entre las subescalas Pensamientos Intrusivos y Evitación (.678) a un nivel de significación del 0.01, así como en la subescala Evitación con la misma subescala del test CITES-R (.567), y presentó en general altas



correlaciones con el resto de su escalas y grupos sintomáticos, lo que indica una buena validez convergente. Por todo ello se seleccionó el CPSS para la evaluación del TEPT en infancia y adolescencia.

Jaycox et al. (2002, 2009; Kataoka et al. 2003, 2011) utilizando criterios del DSM-IV-TR, evaluaron el trastorno de estrés postraumático en la infancia con el CPSS. El coeficiente de la escala global del α de Cronbach fue en población latina inmigrante de (.89) (Jaycox et al. 2002).

Teniendo en cuenta la puntuación de la escala total, los autores determinan que se puede valorar la gravedad de los síntomas según las siguientes puntuaciones y criterios: 1) Una puntuación igual o superior a 11 en la escala del CPSS es indicador de TEPT leve; 2) Puntuación igual o superior a 14 es indicador de sintomatología moderada de TEPT y 3) una puntuación igual o superior 18 puntos es evidencia de una sintomatología grave.

En población española, Fernández-Fernández (2014), con una muestra de 86 menores de (6 a 17 años), tutelados por la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia por haber sufrido varias situaciones de maltrato a nivel familiar, realizó un Análisis Factorial Exploratorio basándose en los primeros 17 ítems con el método de extracción de Ejes Principales y rotación oblicua mediante Promax. A nivel de consistencia interna se obtuvo para la escala total un coeficiente de α de Cronbach de (.88) y en las subescalas de reexperimentación, evitación e hiperactivación (.78, .73, .68) respectivamente.

En una reciente revisión y análisis de las propiedades psicométricas del Child PTSD Symptom Scale, sobre la versión inglesa y la versión española, estas demostraron dentro de la



escala de síntomas totales una excelente consistencia interna en ambas versiones (versión española: $\alpha = .88$ y la inglesa: $\alpha = .89$). La consistencia interna fue moderadamente buena en las categorías de las subescalas (reexperimentación, evitación e hiperactivación) para ambas medidas versión española e inglesa (rango $.71-.84$). Los actuales hallazgos e investigaciones previas confirman que el CPSS para niños y adolescentes angloparlantes con lesiones orgánicas, muestra medidas fiables y de validez de constructo que puede ser extendida a los hallazgos con niños y adolescentes Latinos. Los dos modelos que demostraron el mejor ajuste fueron el modelo de la disforia y el del embotamiento, ambos consistentes con las propuestas del DSM-5 (Meyer, Gold, Beas, Young y Adams, 2015).

Otro estudio fue el realizado con población infantojuvenil tras el seísmo de Lorca, donde se aplicó el CPSS, encontrando una consistencia interna de (.88), para la escala global y para las subescalas de reexperimentación, evitación e hiperactivación (.79, .70 y .73), respectivamente (López-García y López-Soler, 2014).

En población infantil Chilena se realizó otra validación de la escala CPSS, en 75 niños/as y adolescentes que habían sufrido violencia sexual. Respecto al tipo de abuso, el 64% de los participantes había vivido abuso sexual y el 36%, violación. El agresor se encontraba un 63% en el núcleo intrafamiliar, seguido del agresor sexual extrafamiliar conocido (25%) y, por último, el agresor extrafamiliar desconocido (12%). Los coeficientes alfa de Cronbach oscilaron entre .78 y .92, siendo muy similares a los señalados respecto del instrumento original (Foa et al., 2001). Los autores concluyeron que el instrumento adaptado presenta un aceptable nivel de fiabilidad por consistencia interna. Todos los ítems del instrumento presentaron correlaciones directas y



significativas ($p < .022$) con los puntajes del criterio externo de validación (Bustos, Rincón y Aedo, 2009).

- c) Children's Posttraumatic Stress Scale-Self Report (CPSS-SR). Elaborado Pynoos, Steinberg, y Goenjian (1996).

Es una versión de la escala diagnóstica del Trastorno de estrés postraumático con medida de autoinforme que se utiliza para determinar la severidad de los síntomas en niños y adolescentes. Contiene 24 ítems, 17 corresponde a los criterios del DSM-IV-TR y los 7 restantes se utilizan para la entrevista sobre el deterioro funcional. Mientras que el CPSS ha sido utilizado en un gran número de estudios incluidos las investigaciones sobre los tratamientos del TEPT (Nixon, Sterk, y Pearce, 2012; Smith et al., 2007), sorprendentemente se han analizado modestamente sus propiedades psicométricas (Nixon et al., 2013).

Estos mismos autores, Nixon et al. (2013), realizaron un estudio con dos muestras de niños y adolescentes. La primera muestra estuvo constituida por 185 sujetos (con edades de 6 a 17 años) que acudieron al servicio de pediatría en el medio hospitalario, tras haber sufrido accidentes, asaltos y/o accidentes de tráfico. La mitad de esta muestra provenía de Australia y la otra mitad del Reino Unido, después de 6 meses de haber sucedido el evento traumático. La segunda muestra $n= 68$ que habían sido diagnosticados de TEPT (también sufrieron varios traumatismos) y estaban recibiendo tratamiento psicoterapéutico en las clínicas de los investigadores de edades comprendidas entre los 6 y los 17 años, datos que se obtuvieron también de forma uniforme desde Australia y Reino Unido. La consistencia interna que midieron a través



del alfa de Cronbach fue buena en las dos muestras estudiadas. Muestra 1: Puntuación total (.90); reexperimentación (.84); evitación (.78) y arousal (.79). En la segunda muestra la consistencia fue más baja pero se situó dentro de los límites adecuados Puntuación global:(.83); reexperimentación (.78) evitación (.87) y arousal (.83). El total de la medida obtenida por el CPSS correlacionó de forma elevada con cada subescala (reexperimentación: .75; evitación: .87 y arousal: .83). El rango de la intercorrelación de las subescalas fue de (.42 a .64). Por lo tanto en ambas muestras las propiedades psicométricas fueron en general de buena a muy buena consistencia interna para las puntuaciones totales CPSS (.83 y .90, respectivamente). La correlación biserial puntual CPSS para personas diagnosticadas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) derivado de entrevista clínica estructurada fue .51, y según lo que se preveía, los niños con trastorno de estrés postraumático informaron de síntomas significativamente más altos que los niños no diagnosticados de TEPT. En este estudio de Nixon et al, (2013), se ha demostrado que el CPSS es aplicable para ser utilizado como una medida de diagnóstico, lo que demuestra la sensibilidad de 84% y especificidad del 72%.

Según estos autores la fortaleza del estudio es el haber obtenido puntuaciones elevadas frente a las largas entrevistas clínicas estructuradas pudiendo constituir un instrumento valioso de cara a obtener un diagnóstico rápido del TEPT. Lo importante del CPSS es que según las correlaciones estudiadas, los autores recomiendan un punto de corte para el diagnóstico de 16, frente a los 11 puntos que establece Foa et al., (2001) en sus estudio.

Otro estudio que quiso comprobar la fiabilidad y validez del CPSS con otro tipo de muestra estudiada fue el de Gillihan, Aderka, Conklin, Capaldi y Foa (2013) en mujeres jóvenes que



habían sufrido abusos sexuales y con TEPT presente. Para ello analizaron la entrevista (CPSS-I) y el autoinforme (CPSS-SR). Las dos medidas mostraron una muy buena consistencia interna. Para la escala CPSS-I se obtuvo una consistencia medida a través del coeficiente alfa de Cronbach de (.81) y para las subescalas se obtuvo (.74), (.67), (.50) para las escalas de reexperimentación, evitación y arousal respectivamente. En cuanto al CPSS-SR obtuvo una consistencia interna global de (.83) y las subescalas de (.74), (.71) y (.58). Se analizó la correlación entre ambas escalas obteniendo los siguientes resultados (.82), (.86) y (.77). La fiabilidad test retest fue medida a la semana cuyo resultado fue ($r = .86$) para el CPSS-SR y para el CPSS-I fue de ($r = .87$). También obtuvieron buena validez convergente con el módulo analizado del TEPT de la Lista de Trastornos Afectivos y Esquizofrenia para niños de edad escolar- revisado (K-SADS; Kaufman, Birmaher, Brent, y Rao, 1997) con una puntuación de 74.5 a 76.5%. Los autores concluyen que el CPSS debido a sus potentes propiedades psicométricas resulta un instrumento muy adecuado para evaluar la gravedad de los síntomas y para utilizarlo como screening en el diagnóstico del TEPT.

Rachmin, Helpman, Foa, Aderka, y Gilboa-Schechtman (2011), realizaron un estudio para analizar la versión hebrea del CPSS-SR en 156 menores de 8 a 18 años que habían estado expuestos a diversos acontecimientos traumáticos. El nivel de consistencia interna que se obtuvo para esta versión fue de (.91) para la escala total y en las subescalas se obtuvo (.77) para pensamientos intrusivos, (.67) evitación y (.72) para hiperarousal. En una submuestra de 45 menores se obtuvo también la fiabilidad test retest a la semana, obteniendo un valor de ($r = .81$), lo que indicó una adecuada fiabilidad.



d) Child Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index (CPTSD-RI).

El CPTSD-RI es un cuestionario de autoinforme compuesto de 20 ítems, para evaluar las reacciones de estrés postraumáticas en niños y adolescentes en edad escolar. Ha sido uno de los cuestionarios más extensamente utilizado como medida en niños y adolescentes (Pynoos, y Nader, 1992; Pynoos, Steinberg, y Goenjian, 1996).

El CPTSD-RI está diseñado específicamente para medir los síntomas de TEPT en niños y adolescentes (la versión autoinforme se puede administrar a niños a partir de 8 años. Se corresponde con los criterios DSM-IV. El CPTS-RI se puede administrar a través de autoinforme y ha sido traducido a varios idiomas, entre ellos Armenian y Cambodian (Duarte, Bordin, Green y Hoven, 2011).

e) Impact of Event Scale (IES) de Horowitz, Wilner y Alvarez (1979).

Escala utilizada para evaluar la frecuencia de fenómenos intrusivos y evitativos asociados con la experiencia de un evento particular. Comprende 15 ítems y sus dos subescalas, Pensamientos Intrusivos (7 ítems) y Evitación (8 ítems) reflejan la visión de Horowitz sobre las reacciones de estrés traumático. Las alternativas de respuesta son: «nunca», «raramente», «algunas veces», «a menudo», «siempre».

f) Stressful Life Events Questionnaire (SLESQ),(Goodman, Coorcoran, Turner, Yuan y Green, 1998).

Es un autoinforme que sirve de medida de screening sobre el criterio A del TEPT de la DSM IV y el resto de los ítems.

g) PTSD Symptom Scale- Self Report (PSS).

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Es un cuestionario de 17 ítems basado en el DSM IV con repuesta tipo Likert, que comprende 5 tipos de respuesta (0: Nunca) (1: 1 vez por semana), (2: 2-4 veces por semana), (3:5 o más veces por semana, mucho, casi siempre) (Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993).



Capítulo 7

Trastorno de estrés postraumático completo vs parcial

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Capítulo 7

Trastorno de estrés postraumático completo vs parcial

El presente capítulo consiste en una descripción sobre los distintos criterios diagnósticos que se necesitan para cumplir con el diagnóstico de TEPT en las distintas clasificaciones. Se presentan investigaciones que se han basado en criterios más flexibles viendo que existe una población que sin cumplir todos los criterios diagnósticos cumplen una serie de sintomatología bastante próxima al TEPT.

7. 1.Trastorno de estrés postraumático completo vs parcial

Desde las últimas dos décadas existe cierta controversia a la hora de diagnosticar o de contemplar a aquellas personas que sin presentar un TEPT cumpliendo todos los criterios establecidos por las distintas clasificaciones internacionales diagnósticas, se ven expuestas a

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



determinados síntomas psicopatológicos relacionados con los eventos traumáticos, que necesitan por parte de los clínicos una respuesta que se ajuste a la realidad que experimentan. Algunos investigadores plantearon que las reacciones postraumáticas caían en un continuo, describiendo el llamado Estrés Postraumático Parcial, Estrés Postraumático Subclínico o Subsíndrome de Estrés Postraumático, en el que los individuos cumplirían el criterio B establecido en el DSM-IV, es decir, tendrían por lo menos un síntoma de reexperimentación, y el Criterio C (síntomas de evitación) o el D (síntomas de hiperactivación), pero no ambos (Blanchard et al., 1995, 1996, 1998; Hickling y Blanchard, 1992; Schnurr, Friedman y Bernardy, 2002). Sin embargo, hasta la fecha, no hay acuerdo respecto a la utilización y definición de este subsíndrome (McMillen, North y Smith, 2000).

El TEPT parcial se ha definido como la presencia de 2 de los 3 grupos de síntomas exigidos en el DSM-IV. Según Hickling y Blanchard (1992) y Schnurr et al. (2002), el TEPT parcial estaría compuesto por un síntoma por lo menos del criterio de Reexperimentación (B) y el criterio de Evitación (C) o el criterio de Hiperarousal (D), pero no ambos, aunque Boyer et al. (1999) también añade el síntoma de deterioro dentro del criterio F, es decir para estos autores se necesitarían 3 de los 4 criterios para cumplir con un TEPT parcial (Castro, 2011).

Los criterios de Stein et al. (1997) sería de al menos 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos, 1 síntomas de Evitación y 1 síntoma de Hiperarousal.

Para Asmundson, Norton, Allerdings, Norton, y Lausen (1998), los criterios serían de 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos y 1 de evitación o 1 síntoma de Pensamientos Intrusivos y 1 síntoma de Hiperarousal, o 1 síntoma de evitación y 1 de hiperarousal. Scheeringa et al., (2003,



2010) proponen los siguientes criterios para el diagnóstico de TEPT parcial: un síntoma en pensamientos intrusivos, uno en evitación y dos en hiperarousal.

Cohen y Scheeringa (2009) y Terr (1991), establecían que antes de la aparición del nuevo manual de la APA (DSM-5,2013), si se utilizaban los criterios previos del DSM-IV y texto revisado (1980,2000), los niños no podían ser diagnosticados y las tasas de prevalencia resultarían bajas. Siguiendo a Castro (2011), en su revisión del tema establece que el hecho de que no se diagnostique TEPT no demuestra que los trastornos por trauma no estén presentes (Castro, 2011). No obstante, como plantea Báguena et al. (2001), la idea de un TEPT parcial o de un subsíndrome del TEPT reconoce la existencia de un grupo de personas, que sufren deterioro en su funcionamiento habitual debido a cierta sintomatología postraumática, por lo que necesitarían ayuda psicológica.

Numerosos estudios a partir de la década de los 90, empezaron a mostrar a la comunidad científica que existían poblaciones no atendidas psicológicamente por no cumplir todos los criterios diagnósticos del DSM IV, siendo más críticos con el número de criterios de evitación que tenía que presentar el sujeto para que pudiera considerarse una persona con la psicopatología de TEPT. De hecho el porcentaje encontrado en las investigaciones empíricas realizadas es mucho mayor para los criterios de reexperimentación, como de hiperactivación, siendo menor el criterio de evitación (Schutzwohl y Maercker, 1999). En el estudio realizado por estos autores en Alemania, se centraron en investigar el efecto de éste régimen político, a largo plazo sobre la salud mental en excarcelados de la República Democrática Alemana. Las muestras consistieron en un grupo no clínico de ex prisioneros políticos (n=146) frente a un grupo control no



traumatizado (n=45). Los diagnósticos que encontraron fueron los siguientes: el 88% de los pacientes cumplieron criterios de reexperimentación, el 34% de evitación y el 61% de hiperarousal. Ahora bien, cumplieron criterios para el TEPT parcial un 29% (n=43).

Según la definición planteada por Blanchard et al. (1994) basándose en el estudio que realizaron evaluando a 134 víctimas de accidentes graves de motor, y realizando un estudio longitudinal al mes y a los 4 meses después del accidente encontrando que el 39.2% cumplían criterios de TEPT completo y 28.5% cumplía criterios parciales siendo definido como el cumplimiento de dos de los tres requisitos para encajar con el planteamiento categorial del DSM-IV y DSM-IV-TR.

Scheeringa, Zeanah, Myers y Putnam (2003), establecieron la necesidad de crear criterios por separado para los niños de edad preescolar y población infantil por las distintas formas de interpretación del trauma, la manifestación de los síntomas y la expresión del afecto.

En un estudio realizado a 9.358 individuos, con el motivo del día nacional sobre screening de trastornos de ansiedad (USA) (personas de la comunidad que se reúnen para recibir información sobre los trastornos de ansiedad), se encontró que de todos los sujetos estudiados, 2.608 (27.9%) informaron de al menos un síntoma de TEPT persistente al menos 1 mes después de un evento traumático. Entre el grupo de estudio total, 844 individuos (9.0%) cumplieron criterios de selección completo para el TEPT y 1764 (18.9%) reportaron síntomas subliminales entre uno y tres síntomas (Marshall et al., 2001). Los síntomas de TEPT subliminales se asociaron con aumentos graduales en grado de deterioro, el número de trastornos de ansiedad comórbidos, tasa de trastorno depresivo mayor, y la tasa de ideación suicida actual. En



comparación con la prevalencia de vida de 7.8% que se encuentra en la Encuesta Nacional de Comorbilidad, el grupo de estudio era más sintomático, en consonancia con el hecho de que los sujetos buscaban tratamiento. El estudio de Marshall et al. (2001), sugiere que la comorbilidad es común y es un factor importante en la comprensión de deterioro clínico en el TEPT subliminal. El TEPT parcial también contribuyó de forma independiente al nivel de deterioro. EL TEPT parcial se asoció con un aumento significativo de .15 en la escala de deterioro (Marshall et al., 2001). Según estos autores, una consecuencia de la confianza en el modelo categorial de los trastornos psiquiátricos, que hemos estado desarrollando hasta la actualidad incluso con la aparición del DSM-5, es que se ha prestado relativamente poca atención a la discapacidad en las personas con síntomas de TEPT que no llegan a cumplir con todos los criterios. El TEPT parcial puede ser consecuencia de la recuperación parcial del síndrome completo o del desarrollo de los síntomas parciales después de un trauma. Por razones metodológicas, ensayos clínicos y estudios epidemiológicos raramente se examinan síntomas subliminales (Pincus, Davis y McQueen, 1999). El Estudio Nacional de Comorbilidad fue incapaz de abordar la cuestión del TEPT parcial o subliminal, porque el módulo de diagnóstico de TEPT fue abandonado si en algún momento de la entrevista el individuo no cumplía los criterios para la agrupación sintomatológica particular que se estaba evaluando. Los autores concluyeron que TEPT parcial se define de varias maneras diferentes, es casi tan común como el TEPT completo, y se asocia con un deterioro sustancial. En el Estudio Nacional de Comorbilidad (Kessler et al., 1995), el 88.3% de los hombres y el 79% de las mujeres con una historia de vida del TEPT cumplieron los criterios para al menos otro trastorno. En el estudio de Castro (2011), realizado en una muestra que habían sufrido maltrato en



el ámbito familiar, y teniendo en cuenta el TEPT Parcial (reunir 2 de los 3 criterios marcados por el DSM-IV-TR y con una puntuación de igual o superior a 2 veces a la semana (según respondieron al CPSS) hallaron una prevalencia de 25.5% en la muestra total.

Un grupo de investigadores analizaron los cuatro grupos subsindrómicos descritos de TEPT (Blanchard et al., 1994; Marshall et al., 2001; Schnurr et al., 1993 y Stein et al., 1997). Los datos fueron recogidos de un estudio epidemiológico de los veteranos atendidos en Centros de Atención Primaria del Estado de Carolina, en 815 pacientes.

Los investigadores han examinado los niveles de deterioro psicosocial y calidad de vida en los veteranos con TEPT parcial (Marshall et al., 2001; Stein et al., 1997) y han demostrado que los individuos con TEPT subliminal presentaban niveles intermedios de deterioro psicosocial en relación con las personas con y sin trastorno de estrés postraumático. Cada definición subumbral y/o subsindrómica fue capaz de capturar una población única y discriminar individuos subliminales de los que no presentaban TEPT. El análisis de regresión determinó que los individuos cumplieron con los criterios para cada una de las cuatro definiciones de TEPT subumbral teniendo peor funcionamiento de la salud mental y física y un mayor trastorno de estrés postraumático con puntuaciones elevadas de los síntomas frente a las personas que no presentaban TEPT cuando controlaron a nivel estadístico las variables por sexo y edad (Kasckow, Yeager y Magruder, 2015).

Para considerar que se ha producido un TEPT (completo) se necesitan según el DSM IV TR, un síntoma de reexperimentación, tres de evitación y dos de hiperactivación. No obstante en la población infantojuvenil parecen ser criterios demasiado elevados, por lo que también se



considera el TEPT parcial como la combinación de reexperimentación más uno de los otros dos criterios (Stein et al., 1997; López-García y López-Soler, 2014). Siguiendo a Stein et al. (1997) y tras numerosos estudios se ha detectado que las tasas de trastorno de estrés postraumático en muestras no clínicas y en población general son más altas de lo que habríamos esperado hace unas dos décadas. Estos autores analizaron la prevalencia de exposición al trauma en una muestra de hombres y mujeres en población general de una ciudad canadiense, encontrando que la estimación de prevalencia de exposición al trauma un 74.2% de las mujeres (n =389) y el 81.3% de los hombre (n= 389), informaron al menos de un evento traumático (odds ratio= .66; intervalo de confianza del 95%= .49 – .89). Muchas personas de las estudiadas habían sufrido dos o más eventos traumáticos. Las tasas de prevalencia de múltiples eventos traumáticos fueron 45.8% para las mujeres (n= 240) y el 55.4% para los hombres (n = 265) (Stein et al., 1997).

Un estudio basado en población infantil tutelada que había sufrido múltiples traumas realizada por Oswald, Fergert y Goldberck (2010), obtuvieron una prevalencia de TEPT basada en los criterios diagnósticos del DSM IV del 15%, mientras que si los criterios para el diagnóstico pasaban a ser dos de tres grupos sintomáticos por ejemplo (PI-EV, PI-HI o EV-HI) de los 20 niños, 9 de ellos tenían síntomas de TEPT según sus cuidadores (45%).

Siendo en Estados Unidos la ratio de exposición vital al trauma que podría potencialmente derivar en TEPT bastante alta (resultando el 60% en hombres y el 40% en mujeres), y la media de la prevalencia del TEPT en USA es de 6.8%, según la encuesta de nacional de comorbilidad (Kessler et al., 1995), es necesario establecer las diferencias entre el TEPT y el TEPT subclínico (síntomas subclínicos de estrés postraumático). En un estudio de



corte transversal realizado en Montana, en ambiente rural, los autores encontraron diferencias en cuanto a los factores de protección y de riesgo en el TEPT y en el PTSS. El estudio concluye que existen diferencias entre las comunidades urbanas y rurales y que se necesitaría más atención de cara a seguir investigando en ambientes rurales (Erickson, Hedges, Call y Bair, 2013).

Schmidt (2015), destaca la proporción de pacientes que sufren diagnósticos subclínicos, como el TEPT parcial, que se presenta en la práctica clínica y cómo el uso de los diagnósticos tradicionales en la investigación psicopatológica no promueve lo suficiente una comprensión integradora de los trastornos mentales a través de múltiples unidades de análisis de comportamiento. Esta autora se acerca a la metodología RDoc y sugiere enriquecer este enfoque con una orientación centrada a su vez en los síntomas (Olf, 2015).

Debido a que los niños y adolescentes se encuentran expuestos en nuestra sociedad y comunidad a diversas formas de trauma, esto puede repercutir en la aparición subclínica de síntomas del TEPT. Necesitamos explorar en la práctica clínica los componentes del TEPT, incluso si no existe un trauma evidente, de cara a poder darles soporte y ayuda psicoterapéutica en estas edades tan vulnerables.

La idea de TEPT parcial expresa el reconocimiento de un conjunto de personas que sufren deterioro en su funcionamiento socio-personal, debido a cierta sintomatología postraumática que requeriría ayuda psicológica (Báguena et al., 2001).

Cohen y Sheeringa (2009), ponían de relieve que el TEPT en infancia y adolescencia se solía solapar con desórdenes internalizantes. Llamaban la atención sobre cuatro criterios diagnósticos del TEPT (disminución de intereses y actividades, alteraciones en el sueño,



afectividad restringida y disminución en la concentración) que se solapan con el trastorno depresivo mayor. Tres síntomas (disminución de la concentración, dificultades del sueño e irritabilidad) también se solapan con síntomas del trastorno de ansiedad generalizada. En este sentido se ha comprobado que los clínicos suelen establecer diagnósticos fiables a pesar de que ciertos síntomas se solapen. Como señalan los autores el hecho de que históricamente no se hayan encontrado criterios válidos para los niños que han sufrido de forma crónica abusos, han sido traumatizados y/o descuidados, no se debe a una falta de especificidad sino a una falta de sensibilidad al respecto (Cohen y Scheeringa, 2009). Hay que dar respuesta a los problemas de estos niños que quedan sin diagnosticar, ya que no se puede poner en marcha un tratamiento psicoterapéutico adecuado sin este reconocimiento previo de la respuesta traumática, con las consiguientes repercusiones a nivel de psicopatología que ya se han descrito y que justifican la prevención y la intervención psicológica precoz.



Capítulo 8

Estudios Empíricos sobre la Estructura del Trastorno de Estrés Postraumático

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Capítulo 8.

Estudios Empíricos sobre la estructura del Trastorno de Estrés Postraumático

En el presente capítulo se analizan los distintos modelos que han ido surgiendo basándose en el estudio de la estructura latente a través de los Análisis factoriales exploratorios (AFE) y confirmatorios (AFC). Se realiza una descripción de los modelos desde el modelo de tres factores de la propuesta de APA (2000) hasta un modelo híbrido de 7 factores para la descripción del TEPT. Se analizan diferentes investigaciones con distintas poblaciones y diferentes edades.

8. ESTUDIOS EMPÍRICOS SOBRE LA ESTRUCTURA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

8.1 Investigación sobre la estructura factorial de la sintomatología del TEPT en la infancia y la adolescencia. Estudios recientes

Desde 1990 muchas de las investigaciones basadas en el análisis factorial han demostrado que el sistema de clasificación DSM IV (modelo tripartito: reexperimentación, evitación-embotamiento e hiperarousal) puede no ser la estructura más adecuada para la descripción del TEPT (Asmundson, Stapleton y Taylor, 2004; Elhai et al. 2011).

La estructura que propone la DSM-IV no se ha mostrado estable a través de las diferentes investigaciones mediante análisis factorial, sino que por el contrario se han encontrado un considerable número de modelos alternativos para agrupar los síntomas del TEPT, obteniéndose soluciones factoriales diversas que han ido desde dos (Taylor, Kuch, Koch, Crockett, y Passey, 1998), a seis factores (Davidson et al., 1997) (Dongil, 2010). La denominación de los grupos de



síntomas también varía considerablemente de una investigación a otra y tanto los estudios de AFC como los estudios de AFE no han logrado apoyo suficiente para los tres grupos de síntomas tal y como se definen en la DSM-IV (Dongil, 2010).

Echeburúa, De Corral, Amor, Zubizarreta, y Sarasua (1997), analizaron las propiedades psicométricas de la Escala de gravedad de los Síntomas del TEPT, con Análisis Factorial de Componentes Principales y rotación Varimax, para estudiar la validez y los factores presentes en una población de mujeres maltratadas ya diagnosticadas de TEPT cuya edad media fue de 33.5 (*D.T*:12.7). Compararon a 175 pacientes con una muestra normativa de 463. Realizaron la extracción de los distintos factores del cuestionario (Escala de Gravedad de los Síntomas del TEPT). En la definición de cada factor sólo se tomaron en cuenta aquellos ítems que saturaban igual o por encima de .40. Con estos criterios obtuvieron dos factores: Un factor que abarca 9 ítems que representa una dimensión general de ansiedad, es el más global y explicaba un 44.9 % de la varianza, el segundo factor que comprendía 7 ítems, y reflejaba una dimensión de depresión, explicando el 8.2% de la varianza. Los investigadores consideran que el Análisis Factorial es una técnica adecuada para analizar las agrupaciones de síntomas.

El Análisis Factorial (en adelante AF) es un modelo estadístico que representa las asociaciones entre variables, planteando relaciones que pueden explicar unos constructos no observables denominados factores y generalmente es menor el número de factores que de variables (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010).

El AFE de ítems es una de las técnicas más aplicadas en estudios relacionados con el desarrollo y validación de tests, y se utiliza para explorar el conjunto de variables latentes o



factores comunes que explican las respuestas a los ítems de un test (Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás, 2014). En un análisis exploratorio se pretende analizar un conjunto de datos sin tener ninguna hipótesis previa y los resultados proporcionan la información. En el AFC los investigadores habrían planteado una serie de hipótesis, un modelo, que pondría a prueba y evaluaría el ajuste del modelo (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010).

Elhai y Palmieri (2011), fueron los primeros en describir específicamente la pertinencia de esta línea de investigación destacando cuatro puntos clave: primero, este procedimiento posibilita reconocer las agrupaciones principales, que conforman el trastorno de estrés postraumático. En segundo lugar destacan la pertinencia del estudio del factor latente, y que conjuntos de síntomas de TEPT resultantes tienen implicaciones para los algoritmos de diagnóstico. Los algoritmos de diagnóstico indican que es necesario un determinado número de ítems de cada uno de los conjuntos síntoma de un trastorno dado. Por lo tanto, si el tipo y/o número de síntomas dentro de un trastorno dado se alteran, también se altera el algoritmo de diagnóstico correspondiente. En última instancia, esto puede afectar a la prevalencia de un trastorno dentro de la población, dado que diferentes personas pueden o no presentar todos los criterios. Investigar modelos AFC de estructura latente de TEPT ayudará en la identificación de la cantidad correcta y la composición de los conjuntos de síntomas de TEPT y, por lo tanto, en el establecimiento del algoritmo diagnóstico correcto para al TEPT. En tercer lugar, Elhai y Palmieri (2011), consideran que la información obtenida de los estudios AFC puede mejorar los conocimientos relacionados con la etiología y el mantenimiento del trastorno de estrés



postraumático. En cuarto lugar señalan que la identificación y evaluación de conjuntos de síntomas permitirán la aplicación de tratamientos específicos (Armour, 2015).

Los análisis actuales sobre los modelos se basan fundamentalmente en el sistema de clasificación de los cluster sintomáticos DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). Este sistema de clasificación incluye 17 síntomas para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático, los cuales son categorizados dentro de tres cluster: intrusión (Criterio B), evitación y embotamiento emocional (Criterio C) e hiperarousal (Criterio D). Este modelo ha recibido muchas críticas por el escaso apoyo empírico, y numerosos AFC han mostrado dos variaciones para un modelo de 4 factores: el modelo de embotamiento, que comprende síntomas de los criterios de intrusión (síntomas B1 a B5), evitación (C1 y C2), embotamiento emocional (C3 a C7) e hiperarousal (D1 a D5); y el modelo de disforia que incluiría intrusión (B1 al B5), dos síntomas de evitación (C1 y C2), y el factor disforia que ahora englobaría ocho síntomas (C3 a C7 y D1 a D3), dejando el factor de hiperarousal compuesto por los dos síntomas (D4 y D5). Ambos modelos de cuatro factores han ido ganado evidencia a partir de estudios mediante los AFCs (Liu et al., 2014).

Podríamos resumir los modelos encontrados en los siguientes:

1) Modelo de tres factores DSM- IV (APA, 1994).

Un estudio realizado en Turquía, con una muestra de 479 niños y adolescentes, a los 18 meses de haber sufrido un gran terremoto, aplicó el Children's Posttraumatic Stress Scale-Self Report (CPSS-SR) y Child Post-Traumatic Stress Disorder Reaction Index (CPSS-RI). Su objetivo fue realizar un AFC para validar la estructura de los tres factores basada en el DSM IV.



El AFC mostró la existencia de tres factores intercorrelacionados. Los índices de bondad del ajuste confirmaron la estructura original de los tres factores mediante CPSS (Tayyib, Boysan, Ceylan y Ceri, 2014).

2) Modelo de cuatro factores: Modelo de embotamiento (King, Leskin, King y Weathers, 1998).

El primer modelo fue el estudiado por King et al. (1998) clasificando los síntomas del DSM IV en cuatro cluster sintomáticos (reexperimentación, evitación, embotamiento e hiperactivación). Dentro de todos los síntomas del criterio C de evitación hace dos grupos, estableciendo sólo dos síntomas para el cluster de evitación y el resto de los 5 síntomas los engloba en un nuevo factor denominado embotamiento. El resto de los criterios según DSM IV se conservan igual. Estos autores utilizaron el AFC para estudiar la dimensionalidad del constructo TEPT. Utilizaron la escala CAPS (Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico) Blake et al. (1998), recogiendo los datos de 525 veteranos militares. En el estudio de King et al.(1998) analizaron 4 modelos diferentes: 1) un modelo basado en la intercorrelación de los cuatro factores (reexperimentación, evitación, embotamiento e hiperexcitación); 2) un modelo jerárquico de dos factores de segundo orden (reexperimentación/evitación y embotamiento/hiperexcitación); 3) un nuevo modelo jerárquico de cuatro factores pero incluido en un factor general de TEPT, y 4) otro modelo de unidimensional (un solo factor) donde los 17 síntomas cargaban en un factor de TEPT general. Los autores concluyeron que el modelo de cuatro factores intercorrelacionados era el que mejor se ajustaba a los datos (Asmundson et al., 2000). Según Dongil (2010) hasta esta fecha este fue el modelo que más evidencia había obtenido.



3) Modelo de cuatro factores: Modelo la disforia (Simms, Watson, y Doebbellling, 2002).

El otro modelo que ha sido también muy estudiado ha sido el de la disforia desarrollado por Simms, Watson y Doebbeling (2002), compuesto por nuevas reagrupaciones sintomáticas, reexperimentación, evitación, disforia e hiperactivación. El objetivo de los autores fue analizar seis tipos de modelos diferentes. El primer modelo que analizaron fue el de un solo factor que aunque no ha obtenido suficiente evidencia en estudios anteriores lo incluyeron debido a la magnitud de intercorrelaciones factoriales informadas en estudios anteriores. El segundo modelo fue de dos factores en los cuales los ítems de intrusión (ítems B1 a B5), y de evitación (C1 y C2) se combinaron como un solo factor y el hiperarousal (ítems de D1 a D5), y el embotamiento emocional (de C3 a C7) se combinaban para formar una segunda dimensión. También incluyeron dos modelos de tres factores. El primero de ellos representaba la estructura de DSM-IV (Cordova et al., 2000), y el otro modelo de tres factores fue el identificado por Anthony et al. (1999), a partir de los resultados de AFC sobre los síntomas del TEPT. También analizaron dos de los modelos de 4 factores, basado en los estudios de Asmundson et al. (2000), y King et al. (1998), con los cuatro grupos sintomáticos descritos (intrusión, evitación, hiperarousal y embotamiento), frente al otro modelo de cuatro factores que no había sido evaluado anteriormente. Simms et al. (2002), atraen la atención hacia los síntomas del criterio D donde los estudios anteriores habían arrojado resultados inconsistentes (alteración del sueño, irritabilidad, y trastornos de la concentración y la división de hipervigilancia y la respuesta de sobresalto exagerada (D5). Simms et al. (2002) establecen la homogeneidad de los síntomas D1, D2 y D3 que se asemejan a los síntomas de disforia/malestar general, y son similares a los habitualmente asociados a



embotamiento emocional (es decir, síntomas C3 a C7). Los síntomas D5 y D4, representarían más la parte específica del factor hiperexcitación.

Por lo tanto, construyeron un modelo de cuatro factores donde los síntomas D4 y D5 de hiperexcitación formaron un solo factor y C3, C4, C5, C6 y C7 más D1, D2 y D3 formaron un factor más amplio que el de embotamiento emocional, factor denominado disforia.

Los criterios de inclusión del estudio fueron: (1) servicio activo en la Guardia Nacional o la Reserva del Ejército de Estados Unidos durante la guerra del Golfo Pérsico el 2 de agosto de 1990 y el 31 de julio de 1991, y (2) el estado de Iowa aparece como el domicilio registrado en alistamiento. La muestra estuvo compuesta por 4.886 participantes. Las entrevistas se realizaron finalmente en 3.695 participantes (participación del 76%). Aproximadamente la mitad de los participantes (n= 1,896) estuvieron desplegados en el Golfo, y la otra mitad (n=1,799), no se desplegaron.

La mayoría de los participantes (91%) eran hombres y caucásicos. Entre las escalas que pasaron se encuentran PTSD Checklist-Militar Version (PCL; Weathers et al., 1993). Esta escala sirve para evaluar la sintomatología TEPT de los 17 síntomas basado en el DSM IV en la versión militar. La escala es tipo Likert de 5 puntos que van desde 1 (nada) a 5 (extremadamente). Los participantes fueron instruidos para responder a los temas de PCL en relación con sus experiencias militares en general. También aplicaron escalas suplementarias y el índice de exposición severo. En cuanto al AFC realizado, el modelo de mejor ajuste fue el de disforia (Simms et al., 2002).



4) Modelo de cuatro factores: Modelo intrusión (Rasmussen, Smith, y Keller, 2007).

Este modelo surgió del estudio realizado en población africana, aplicando el Cuestionario de Trauma de Harvard Mollica et al.(1992) y desarrollando un AFC con pacientes que habían sido sometidos a tortura. El modelo que más evidencia obtuvo a nivel factorial fue el de los cuatro factores compuesto por un factor de intrusión/arousal compuesto por los 5 síntomas del criterio B y D1 (alteraciones del sueño) y D3 dificultades de concentración. El segundo factor fue el de embotamiento (de C3 a C7), el tercer factor fue el de evitación (C1 y C2) y la hipervigilancia quedó constituido por D2 (irritabilidad), D4 (hiperalerta) y D5 (Respuesta de sobresalto aumentada).

5) Modelo de cinco factores: Modelo de arousal disforia (Elhai y Palmieri, 2011).

Estos autores propusieron y apoyaron un modelo de cinco factores denominado arousal disforia. Los datos fueron recogidos de dos muestras separadas: una fue constituida por veteranos de guerra y la otra muestra estuvo formada por pacientes de Atención Primaria. Los tres modelos (el modelo de King et al., 1998, el modelo de Simms et al., 2002, y el modelo arousal disforia), se compararon y los factores resultantes del modelo arousal disforia fueron validados. El modelo de arousal disforia presentó significativamente mejor ajuste que los modelos de embotamiento y de disforia. Al diferenciar entre factores, los resultados actuales apoyan la idea de que la parte de disforia constituida por la hiperexcitación puede diferenciarse de la parte ansiosa, pero no del embotamiento emocional cuando correlaciona con depresión. Como conclusión estos autores consideran que el modelo disforia puede ser una representación más parsimoniosa de la estructura latente de TEPT en estas poblaciones traumatizadas, a pesar de un ajuste superior del modelo



arousal disforia (Armour et al., 2012). En la tabla 6 quedan descritos los grupos sintomáticos de los modelos de tres, cuatro y cinco factores.

Tabla 6

Grupos sintomáticos de los modelos de TEPT

| TEPTSíntomas | DSM-IV | King | Simms | 5-Factor |
|---|--------|------|-------|----------|
| B1 Recuerdos intrusivos | R | R | R | R |
| B2 Sueños intrusivos | R | R | R | R |
| B3 Flashbacks” | R | R | R | R |
| B4 Malestar psicológico | R | R | R | R |
| B5 Activación fisiológica | R | R | R | R |
| C1 Evitar pensar, sentir | A/N | A | A | A |
| C2 Evitar actividades lugares | A/N | A | A | A |
| C3 Amnesia | A/N | N | D | N |
| C4 Pérdida de interés en actividades significativas | A/N | N | D | N |
| C5 Sensación de desapego | A/N | N | D | N |
| C6 Restricción de la vida afectiva | A/N | N | D | N |
| C7 Sensación de un futuro desolador | A/N | N | D | N |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



| | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|----|
| D1.Insomnio | H | H | D | DA |
| D2.Irritabilidad | H | H | D | DA |
| D3.Dificultades de concentración | H | H | D | DA |
| D4.Hipervigilancia | H | H | H | AA |
| D5 Respuesta de sobresalto | H | H | H | AA |

Nota R, reexperimentación; A, evitación; N, embotamiento; H hyperarousal; D, disforia: DA, arousal disforia; AA ansiedad arousal.Fuente: Elhai, et al. (2011).

6) Modelo de seis factores: Modelo de anhedonia (Liu et al., 2014).

El presente modelo emerge de un estudio realizado tras el terremoto de China de 2008, en la ciudad de Mianzhu. Esta ciudad fue prácticamente destrozada y más de 5000 personas murieron. La muestra estuvo formada por 1196 personas. Se realizó una entrevista tras 5 meses y medio año después del terremoto. Los criterios de selección fueron los siguientes: a) de las casas de acogida sólo fue seleccionado un miembro de la familia, b) mayores de 16 años y que hubieran tenido experiencia personal del desastre, c) excluyeron pacientes con psicosis y posible retraso mental, y d) se incluyó a las personas cuyos cumpleaños se situaban cerca de la fecha de la investigación (Wang et al., 2009). Del total de las 1196 personas de la muestra, 810 fueron mujeres y 386 fueron hombres. La media de edad fue de 47.9 años. La etnia predominante de la investigación fue la Han (1191). El instrumento de evaluación psicológica que utilizaron fue el PTSD Checklist para el DSM 5 (PCL-5, Bleving, Weathers, Witte, y Davis, 2012). Constituye



una medida de autoinforme que está adaptada del original PCL a los criterios diagnósticos de la DSM-5. Se compone de una escala Likert para indicar la severidad de los síntomas: 0 (nada) a 5 (extremadamente). Utilizaron la versión china del PCL y que presentó una adecuada validez y fiabilidad. En cuanto a los resultados obtenidos del total de la muestra $n=165$ (13.8%) fueron probables casos de TEPT. El AFC de los síntomas indica que el modelo de seis factores es el adecuado (intrusión, evitación, afecto negativo, anhedonia, arousal disforia, y ansiedad arousal) ya que encajaron significativamente mejor que otros modelos. Los autores subrayan el cambio producido del DSM IV TR al modelo DSM-5 creando un único factor de arousal disforia representado por irritabilidad, comportamiento imprudente, dificultad de concentración, problemas el sueño. Esto fue incluido en el presente estudio. Estos autores querían analizar varios modelos que competían entre sí, incluyendo el del DSM-5 de cuatro factores, el de arousal disforia, el modelo de disforia y un modelo de seis factores denominado modelo de anhedonia. Este modelo estuvo comprendido por los siguientes factores: intrusión, evitación, afecto negativo, anhedonia, la excitación disfórica y la excitación ansiosa. Por lo que supone una nueva variación al modelo de los cuatro factores del DSM-5 debido a la separación del aspecto de hiperexcitación del modelo de arousal disforia y la separación de las alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo y la anhedonia.

En la muestra estudiada se destacó la fuerte correlación encontrada entre el factor ansiedad arousal y el factor arousal disforia. Otros resultados destacables del estudio es que los AFC realizados mostraron modelos diferenciados de afecto negativo y factores de anhedonia que encajan significativamente mejor que los modelos sin diferenciar, por lo que sugieren que el



afecto negativo y la anhedonia son dos grupos de síntomas distintos dentro de la definición de TEPT. De todos los modelos que evaluaron el modelo anhedonia se consideró óptimo (Armour, 2015).

Otro aspecto destacado del estudio es que las conductas externalizantes y la amnesia del episodio traumático mostraron unas cargas factoriales bajas según lo estimado con el análisis factorial confirmatorio sugiriendo que estos síntomas podrían no ser buenos marcadores del TEPT.

7) Modelo de seis factores de conductas externalizantes (Tsai et al., 2015).

Este modelo se deriva del modelo de arousal disforia, aislándose un factor de comportamientos externalizantes (irritabilidad, comportamiento agresivo, comportamiento imprudente y/o autodestructivo) del factor arousal disforia (dificultad para concentrarse, problemas de sueño). Al eliminar de la agrupación sintomática de hiperarousal los síntomas más relacionados con alteraciones cognitivas, D1, D2, D3, el factor de ansiedad quedó constituido por síntomas más relacionados con la excitación (respuesta de sobresalto exagerada, hipervigilancia). Este modelo de seis factores con las conductas de externalización proporciona significativamente mejor ajuste a los datos (a través de tres muestras) que un modelo de disforia de cinco factores y del modelo DSM-5 de cuatro factores (Konecky, Meyer, Kimbrel y Morissette, 2015).

8) Modelo Híbrido: Modelo de conductas externalizantes y anhedonia; (Armour et al., 2015).

En una revisión sistemática realizada por (Armour et al., en prensa) detalla 97 estudios con 126 muestras y analiza un grupo de modelos diferentes basados en el DSM-IV de TEPT. Lo



frecuente fueron las comparaciones entre el modelo de tres factores DSM-IV con el modelo embotamiento emocional (n= 75) y el modelo de disforia (n= 64), ambos de cuatro factores y directamente entre el modelo de embotamiento emocional y el modelo de disforia (n= 105). En general, tanto los modelos de cuatro factores superaron el modelo de tres factores, y el modelo de disforia superó el modelo embotamiento emocional. En un estudio meta-analítico previa evaluación de 40 conjuntos de datos de TEPT el modelo de cuatro factores de disforia se consideró el modelo de ajuste óptimo (Yufik y Simms, 2010).

Pero como señala Armour (2015), las fluctuaciones en la evidencia entre el modelo de King et al.(1998) y el modelo de Simms et al.(2002) han hecho que los autores cuestionen diferentes variables que pueden afectar a la configuración de los distintos modelos como por ejemplo el género y la edad, (Biehn et al., 2012), la aprobación del criterio A2 de trastorno de estrés postraumático (miedo, desamparo, horror) (Armour et al., 2011), que se sufra un único pero devastador trauma frente a una historia de trauma global (Elhai et al., 2009), que sean hispanos o angloparlantes (Marshall, 2004), el tipo de etnia (Hoyt y Yeater, 2010), entre otros aspectos, han influido en qué modelo se considera preferente. Los resultados pueden estar influidos por muchos factores.

A demás, Palmieri et al. (2007) informaron que el modelo embotamiento proporciona un ajuste superior si la escala que se aplicaba era la escala Administrada por el Clínico (CAPS) (Clinician-Administered PTSD Scale -CAPS) desarrollada por Blake et al. (1995), mientras que el modelo disforia proporciona un ajuste superior utilizando “la lista de verificación de auto-informe de TEPT” (PCL). Armour et al. (2011) encuentra en su estudio que el género influye en el TEPT y



Krause, Kaltman, Goodman y Dutton (2007), proporcionan evidencia de que el modelo de disforia permanece estable en el tiempo.

A pesar de la proliferación de estudios basado en los análisis factoriales sobre los distintos cluster sintomáticos adecuados para poder establecer un diagnóstico de TEPT fiable y válido, son menos los estudios que se han basado en población infanto juvenil, y es precisamente este aspecto el que supone un desafío para los psicólogos clínicos que deben garantizar al máximo una evaluación psicológica adecuada y un tratamiento precoz de los síntomas y del TEPT en su totalidad.

Según Dongil (2010), el modelo de embotamiento ha sido el que más apoyo empírico ha recibido desde su publicación. En éste modelo los síntomas del TEPT se englobarían en cuatro factores (reexperimentación, embotamiento, evitación, hiperactivación). Desdobla los siete síntomas de evitación/ embotamiento de la DSM-IV en dos factores diferentes (los dos primeros de evitación y los cinco últimos de embotamiento). No obstante Simms et al. (2002), debatieron sobre varios síntomas del TEPT estableciendo que son ejemplos comunes del distress emocional general de otros trastornos de ansiedad y del humor. Estos autores propusieron separar los síntomas de hiperactivación D1-D2-D3 del modelo de embotamiento emocional y combinarlos con los cinco síntomas de evitación C3-C4-C5-C6 y C7 para formar los 8 ítems del modelo de disforia siendo el factor que refleja el constructo distress/disforia (Elhai et al., 2011). Este modelo ha recibido apoyo empírico en varias muestras expuestas al trauma de adultos y en adolescentes (Elhai, Ford, Ruggiero y Frueh, 2009).



En cuanto a la disforia a pesar de ser frecuente en el TEPT, aparece en algunas muestras de pacientes en el que además de presentar un cuadro de TEPT, también tiene asociado de forma comórbida un trastorno depresivo mayor.

En la revisión llevada a cabo por Dongil (2010) solamente dos estudios obtuvieron mayor apoyo para el modelo de disforia que para el modelo de embotamiento (Krause et al, 2007; Shevlin, McBride, Armour y Adamson, 2009).

Recientemente se ha publicado una investigación realizada a 258 veteranos de la Guerra de Iraq/ Afganistán. Se administró un autoinforme basado en los síntomas del TEPT y el PTSD Checklist-Military version (PCL-M; Weathers, Litz, Herman, Huska, y Keane, 1993). Las cargas factoriales en este estudio de veteranos de Irak / Afganistán, tanto para la amnesia (.67) como para el comportamiento autodestructivo (.79) fueron los más bajos comparados con el resto de síntomas, aunque eran sustancialmente más alto que en los estudios anteriores de ambos veteranos y civiles (.41 a .54)(Liu et al., 2014; Miller et al., 2012). Se realizó un AFC que reveló que el modelo de los seis factores era el que mejor se ajustaba y los síntomas que más peso tenían se situaban en los factores de intrusión, evitación, afecto negativo, anhedonia, hiperactivación disfórica y ansiedad arousal (Konecky et al., 2015).

Como describe Liu et al. (2014), la modificación del DSM-5 que separa a las alteraciones en la cognición y el estado de ánimo negativo en dos grupos sintomáticos diferentes (debido a que anteriormente se encontraban unidos evitación y embotamiento como criterio C) se basó en las investigaciones que indicaban que el afecto positivo y negativo forman dos factores distintos (Watson, Clark, y Stasik, 2011; Konecky et al. 2015).



Tay, Rees, Chen, Kareth y Silove (2015), han analizado la validez del constructo del TEPT y el trauma complejo entre diversas culturas realizado con refugiados de Papúa Occidental en Papúa Nueva Guinea (PNG). Los investigadores tuvieron como objetivo examinar la estructura factorial del TEPT basado en sintomatología del DSM-IV, DSM-5, la CIE 10 y CIE 11 en cuanto a sus definiciones y el TEPT Complejo según la propuesta y criterios de la CIE 11. La muestra estuvo comprendida por 230 adultos del Oeste de Papúa con una media de edad de 37 años. De ellos, 107 (46,5%) procedían de Papúa Occidental y 123 (52,4%) habían nacido en PNG. Los participantes nacidos en Papúa Occidental habían vivido en PNG durante una media de 27 años. La mitad de los participantes residía en dos asentamientos. Se evaluó la exposición a eventos traumáticos relacionados con el conflicto vivido con 22 ítems de respuestas dicotómicas (experimentado/ no experimentado) adaptado al contexto histórico y experiencias de los refugiados de Papúa Occidental en PNG. Esta muestra es de especial interés debido a que el prolongado periodo de represión que habían vivido los ciudadanos de Papúa Occidental había repercutido con un gran impacto en las familias, la comunidad y el sentido de identidad de estos ciudadanos. El asesinato en masa, las desapariciones de miembros de la familia, la quema de aldeas, la dispersión de comunidades tradicionales etc, habían supuesto una amenaza a una sociedad tradicional que es la colectivista. Es en la década de 1980 cuando oleadas de refugiados cruzan la frontera hacia PNG para ubicarse en chabolas constituyendo una minoría en la actualidad. El modelo del AFC fue estimado usando el método Weighted Least Square Method (WLSMV), un procedimiento estadístico recomendado para variables dicotómicas. Evaluaron los tres factores del modelo del DSM-IV definido como reexperimentación, evitación/ embotamiento



e hiperarousal y el modelo del DSM-5 que se basa en un modelo de cuatro factores definido como reexperimentación, evitación, alteraciones negativas del humor y de la cognición e hiperarousal. Los autores basándose en el examen de la literatura reciente sobre la constelación de síntomas del DSM-5, analizaron una serie de soluciones factoriales incluyendo el quinto factor (disforia-arousal), el sexto factor (conductas externalizantes) y el séptimo factor (modelo híbrido de anhedonia y conductas externalizantes). En cuanto a la CIE-10, se analizó el modelo de tres factores (intrusión, evitación e hiperarousal) y el de la CIE 11 con su modelo de tres factores (basado en el menor número de síntomas para cada cluster sintomático) y dentro de la propuesta de la CIE 11, el modelo de los seis factores del TEPT complejo, definido por los tres cluster de intrusión, evitación e hiperarousal y los dominios adicionales de la desregulación del afecto, el autoconcepto negativo y los problemas interpersonales. Los investigadores pudieron demostrar un buen ajuste para la estructura factorial de primer orden. También examinaron factores de segundo orden en busca de una prueba unitaria de la estructura general. Como resultados del estudio en el AFC, el tercer y cuarto modelo de la DSM IV y DSM-5 respectivamente tuvieron un pobre ajuste. El quinto, sexto y séptimo factor del AFC, mostraron también un pobre ajuste del modelo. En contraste, el modelo de tres factores basado en el modelo del AFC de la CIE 10 y la propuesta de la CIE 11 mostraron un buen ajuste. Con cargas en los dominios de los síntomas de la CIE 10 y CIE 11. En relación con la CIE 10 (el modelo de los 3 factores), sueños angustiosos, pensamientos recurrentes, flashbacks, y las reacciones fisiológicas a los estímulos relacionados, exhibieron fuertes cargas relacionadas con sus dominios asociados (intrusión, evitación e hiperactivación) con un coeficiente global superior a .90. Las correlaciones factoriales



cruzadas entre los tres factores fueron .87 (evitación e hiperexcitación), .90 (intrusión -evitación) y .87 (intrusión- hiperexcitación). Según los autores de la investigación los tres factores latentes cargan en una estructura de orden superior demostrando un alto nivel que va de .85 a 1,00 (Tay et al., 2015). Como conclusión los autores establecen que su trabajo permite apoyar la construcción del TEPT de la CIE y su estructura en tres factores en una población transcultural estudiada de refugiados. Las experiencias traumáticas de ser testigo de un asesinato se encontraban relacionadas con un sentimiento de injusticia y a su vez relacionados con los cluster sintomáticos de evitación e intrusión. También concluyen que no encontraron un carácter unitario para el trauma complejo entre las distintas culturas por lo que es un aspecto que debe continuar en estudio. La nueva propuesta de la CIE 11 con respecto al TEPT lo define también por tres conjuntos y grupos sintomáticos, similar a la propuesta del DSM IV. La definición del TEPT sería un trastorno que se desarrolla tras la exposición a un evento extremadamente amenazante u horroroso que se caracterizan por: 1) volver a experimentar el evento traumático (s) en el presente en forma de recuerdos intrusivos vivos acompañada por el miedo o terror, flashbacks o pesadillas (el factor de Reexperimentación); 2) la evitación de pensamientos y recuerdos del evento (s), o la evitación de actividades o situaciones que recuerdan el evento (s)(el factor de evitación); y 3) un estado de percepción de amenaza actual en forma de hipervigilancia excesivo o reacciones de sobresalto mejoradas (factor de hipervigilancia). Los síntomas deben durar por lo menos varias semanas y provocar un deterioro significativo de la actividad (Maercker et al., 2013).

Zelazny y Simms (2015) examinaron la estructura factorial de los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT), según la propuesta del DSM-5. Este sistema de clasificación



introdujo notables cambios en los criterios de trastorno de estrés postraumático y el impacto de estos cambios no está claro, por lo que realizaron un AFC en dos tipos de muestra. La primera (n=310), compuesta por pacientes psiquiátricos ambulatorios parte de ellos informaron del criterio A y otros no presentaron el criterio A. por lo que se consideró muestra subumbral, que habían estado expuestos a algún acontecimiento vital estresante (n=284). Los resultados señalaron hacia un nuevo modelo de disforia de 6 factores y el modelo híbrido de siete factores, aunque los autores señalan que el modelo de 6 factores es más parsimonioso. Los resultados que fueron similares en ambas muestras estudiadas, por lo que sugieren que los síntomas surgen con o sin criterio A reconocido.

De los veinte síntomas de TEPT, trece fueron informados con mayor frecuencia en el grupo que presentaba el criterio A. Cabe destacar que siete síntomas no fueron significativamente diferentes entre los grupos, incluyendo algunos de los síntomas que podrían parecer patognomónicos del TEPT cuando se cumple el Criterio A a la exposición al trauma, como recuerdos intrusivos sobre el evento (B1), reacciones fisiológicas al evento (B5), e incapacidad para recordar aspectos de evento, (D1).

En el continente africano encontramos otra investigación realizada recientemente, basada en el genocidio Ruandés, encabezada por Fodor, Pozen, Ntaganira, Sezibera, y Neugebauer, (2015), en una muestra de 465 jóvenes ruandeses de 18 años de edad, expuestos al genocidio. Se aplicó la escala PCL-C (Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian), versión que se basa en los criterios diagnósticos del DSM IV y consta de 17 ítems. El modelo de embotamiento emocional, el modelo de disforia y el modelo de arousal disforia ganaron apoyo en el AFC,



obteniendo índices de ajuste del modelo muy similares. Además, los modelos de embotamiento y arousal disforia encontraron una buena validez de constructo.

Dentro de la población africana la estructura latente encontrada es similar a la encontrada en poblaciones americanas y europeas.

En el estudio reciente de Elhai et al. (2011), se ha considerado que tres síntomas representan el lado disfórico del arousal y los otros pertenecen a la ansiedad. Por lo tanto su trabajo propone un modelo de 5 factores: la intrusión, evitación, embotamiento, la excitación disfórica y la excitación ansiosa.

El estudio de Elhai et al, (2011) fue realizado con una muestra de mujeres que vivían en acogimiento por ser víctimas de violencia doméstica. Participaron 252 mujeres que vivían en “shelters” (casas de acogidas en EEUU). Un 54% de la muestra eran caucásicas, un 15.9% eran nativas afroamericanas, un 23.4% nativas americanas, e hispanas un 10.3%. Las medidas que se aplicaron y recogieron se basaron en una encuesta sociodemográfica, y en el Stressful Life Events Questionnaire (SLESQ) y PTSD Symptom Scale- Self Report (PSS). La media de edad de la muestra fue de 32 años y el rango de edades fue de 18 a 63 años. El Stressful Life Events Questionnaire (SLESQ) (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998), es un autoinforme de screening sobre los criterios del TEPT de la DSM IV y el resto de los ítems; y el PTSD Symptom Scale- Self Report (PSS) (Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993), es un cuestionario de 17 ítems basado en el DSM IV con respuesta tipo Likert, que comprende 5 tipos de respuesta (0: Nunca) (1: 1 vez por semana), (2: 2-4 veces por semana), (3: 5 o más veces por semana, mucho,



casi siempre). Tras la realización del AFC se comprobó que los problemas para dormir (D1), la irritabilidad (D2) y problemas de concentración (D3), representan tres síntomas con un único constructo latente. Las cargas factoriales por síntomas de los modelo de King et al. (1998), de Simms et al. (2002) y el modelo de cinco factores las describimos a continuación (tabla 7).

Tabla 7:

Cargas Factoriales Estandarizadas del modelo embotamiento emocional, disforia y modelo de 5 factores.

| TEPT Síntomas | Modelo de King | Modelo Simms | Modelo de 5 factores |
|---|-----------------------|---------------------|-----------------------------|
| 1.Pensamientos intrusivos B1 | .77 | .77 | .77 |
| 2. Pesadillas B2 | .76 | .76 | .76 |
| 3.Revivir el trauma B3 | .79 | .79 | .79 |
| 4.Reactividad emocional con claves B4 | .81 | .81 | .81 |
| 5.Reactividad fisiológica B5 | .68 | .68 | .68 |
| 6.Evitación de pensamientos C1 | .80 | .81 | .81 |
| 7. Evitación de recuerdos C2 | .87 | .87 | .87 |
| 8. Amnesia relativa al trauma C3 | .60 | .58 | .60 |
| 9. Pérdida de intereses C4 | .89 | .87 | .89 |
| 10.Sentimientos de desapego C5 | .84 | .82 | .84 |
| 11.Sentimiento de embotamiento C6 | .82 | .79 | .82 |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



| | | | |
|--|-----|-----|-----|
| 12.Desesperanza C7 | .74 | .71 | .74 |
| 13.Dificultades para dormir | .75 | .72 | .75 |
| D1 | | | |
| 14. Irritabilidad/ enojo D2 | .71 | .69 | .72 |
| 15.Dificultad para concentrarse D3 | .86 | .83 | .87 |
| 16.Hiperalerta D4 | .82 | .87 | .87 |
| 17. Respuesta de sobresalto elevada D5 | .87 | .94 | .94 |

Nota Fuente: Elhai et al .(2011).

8.2 Análisis Factorial en el Trastorno de Estrés Postraumático Infantil

Centrándonos más específicamente en población infanto-juvenil encontramos varios estudios que analizan la estructura factorial subyacente en el diagnóstico del TEPT, utilizando el Child PTSD Symptom Scale (CPSS).

Stewart, Ebesutani, Drescher, y Young (2015) realizaron un estudio sobre una muestra de 206 adolescentes escolares (estudiantes de 6° a 12° grado) en Mississippi. La media de edad fue de 14.46 años ($DT=1.91$) y el rango de edad estuvo comprendido entre los 11 y los 18 años.

Las distintas etnias fueron caucasianos (46.6%), afroamericanos (25.7%), latinos (21.8%), multiétnico (2.9%) y un 1.5% que no informaron sobre su etnia. El estudio que realizaron formaba parte de uno de los estudios más importante sobre las emociones negativas en



jóvenes de la Universidad de Mississippi. Las escuelas que participaron fueron informadas sobre la forma de proceder para informar a los padres de la investigación y a su vez solicitar los pertinentes consentimientos informados. El día de la recogida de datos el personal del proyecto se presentó en las aulas para entregar las pruebas diagnósticas y a su vez los profesores fueron entrenados para dar las instrucciones necesarias. Los escolares respondieron de forma anónima. Antes de realizar el AF la muestra total ($n=206$) fue dividida en dos submuestras de forma aleatoria para llevar a cabo el AFE y el AFC. Sólo utilizaron los 17 primeros ítems del CPSS para la realización del AFC y AFE, aunque también fueron recogidas las escalas de deterioro funcional. En cuanto a la consistencia interna, calculado para el total de la muestra el coeficiente α de Cronbach fue de .93 y .91, respectivamente. Para los grupos de edad, en la escuela media se obtuvo un $\alpha= .94$ y en la escuela secundaria $\alpha= .94$. y en cuanto a deterioro funcional los escolares más pequeños obtuvieron .92 y los de la escuela secundaria.91. Con respecto al género, el CPSS también evidenció una buena consistencia interna de la escala de gravedad de los síntomas (varones: $\alpha= .95$, niñas: $\alpha= .92$) y la escala de deterioro funcional (chicos: $\alpha = .91$, niñas: $\alpha =.91$). También analizaron la validez convergente y divergente de la CPSS. Para ello analizaron las correlaciones del CPSS con el Child's Reaction to Traumatic Events Scale– Revised (CRTES-R), (Jones, Fletcher y Ribbe, 2002) que es un cuestionario de 23 ítems de escala tipo Likert de autoinforme que evalúa la reacción a diferentes eventos estresantes en niños de edades comprendidas entre los 6 y los 18 años. Para establecer el diagnóstico del TEPT siguieron las recomendaciones de Foa et al. (2001) y el punto de corte para el diagnóstico de TEPT fue de 11 puntos en la escala total. El AFE y AFC apoyó una estructura de un solo factor,



siendo un planteamiento paradójico y contrario al modelo de los tres factores. Las puntuaciones que comprendieron esta estructura de un factor también se asociaron con una alta fiabilidad ($\alpha=.93$), y las pruebas de la validez concurrente y discriminante también resultaron ser fuertes (Stewart et al., 2015).

No encontraron diferencias significativas en edad cuando dividieron su muestra en dos rangos de edad, aunque si encontraron diferencias significativas en cuanto al género, obteniendo las niñas mayores puntuaciones a nivel de sintomatología y de puntuaciones totales del CPSS que los niños. En cuanto al diagnóstico del TEPT los resultados fueron diferentes en función de aplicar el punto de corte de 11 o el que aconsejaba the Society of Traumatic Stress Studies (2012), de 15 puntos en la escala total. Cuando se aplica el punto de corte de 11 (Foa et al., 2001), el 41.3% de la muestra presentó síntomas compatibles con un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, y cuando se aplicó como punto de corte el 15, sólo el 15,5% de la muestra cumplieron los criterios para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. Parece de gran interés establecer el número de síntomas criterio para el diagnóstico. Esta investigación de Stewart, Ebesutani, Drescher, y Young (2015), es orienta hacia el debate del diagnóstico de TEPT en la infancia, puesto que pone de manifiesto que no es importante los grupos sintomáticos si no presentar un grupo/número de síntomas TEPT. El establecer como criterio diagnóstico una puntuación total en sintomatología TEPT de 11 o 15, estaría valorando la gravedad del trastorno.

En la investigación realizada en población murciana en una muestra de 86 menores (6 a 17 años), que sufrieron maltrato intrafamiliar grave y crónico, evaluados mediante la adaptación española de la CPSS (Child PTSD Symptom Scale; Foa et al., 2001), se aplicó el AFE mediante el



método de extracción de Ejes Principales y rotación oblicua Promax. Se analizaron las soluciones de 2 y 3 factores. La evidencia fue hacia el primer modelo. El factor 1 estaba formado por (2 síntomas de reexperimentación, 5 de evitación y 5 de hiperactivación). El segundo factor estuvo compuesto por 3 síntomas de reexperimentación y 2 de evitación. (Fernández-Fernández ,2014) lo que no coincide con la estructura sintomática del DSM-IV y DSM-5, y está más cerca de los hallazgos de Stewart, Ebesutani, Drescher, y Young (2015), ya que el primer factor, que explicaba el mayor porcentaje de varianza, estaba formado por síntomas de los tres grupos sintomáticos (reexperimentación, evitación e hiperactivación).

En 1995 tuvo lugar un terremoto de 7.2 grados en la escala Richter en Kobe, Japón. Unas 5.502 personas murieron en el acto y 41.527 fueron heridos. Diecisiete años después un grupo de investigadores japoneses analizaron el estrés postraumático en una muestra de 8800 escolares en 32 escuelas primarias y 14 escuelas secundarias en las zonas del desastre, como la ciudad de Kobe y la ciudad de Nishinomiya, la encuesta fue realizada a los cuatro, seis meses, al año y a los dos años del terremoto. El grupo control fue de 1886 escolares de seis escuelas elementales y escuelas superiores lejanas al área afectada y fueron mínimamente afectados. El cuestionario que emplearon tenía un formato de autoinforme que incluía 10 ítems referidos al desastre, 22 sobre salud mental, un ítem era libre que permitía que los escolares pudieran escribir lo que quisieran. Con base en el DSM IV y en PTSD Reaction Index, el número de ítems recogidos fue el siguiente: sobre salud mental y síntomas físicos (4 ítems), síntomas de ansiedad (4 ítems), síntomas depresivos (3 ítems), síntomas de flashback (dos ítems), síntomas regresivos (1 ítems), autoestima (2 ítems) y sentimientos de culpa por haber sobrevivido (1 ítem). La entrevista fue



dirigida por el profesor de la clase, que previamente había recibido instrucciones sobre la misma y los investigadores le entregaban el manual elaborado por ellos. Para los escolares de tercero de primaria el profesor leía cada cuestión. En la primera entrevista los miembros que formaban parte de la investigación (pediatras, psicólogos y psiquiatras) estuvieron presentes para resolver cualquier cuestión y poder intervenir en caso de que fuera necesario. Tras la recogida de datos los investigadores realizaron un análisis factorial y obtuvieron tres factores principales. El factor 1 estuvo relacionado con la ansiedad y el miedo, el factor 2 con depresión y síntomas físicos y el factor 3 con la responsabilidad social. Estos factores diferían en base a la magnitud de la catástrofe que los niños experimentaron, el nivel de desarrollo que tenían, el sexo. A mayor daño sufrido a nivel de vivienda o de pérdidas o afectación importante de algún miembro de la familia, mayor severidad en cuanto al miedo experimentado, ansiedad, depresión, o síntomas físicos. Las puntuaciones obtenidas fueron significativamente más elevadas en tercer y quinto grado que en octavo grado y las niñas puntuaron más que los niños. Las niñas fueron especialmente vulnerables (Uemoto, Asakawa, Takamiya, Asakawa y Inu, 2012).

Un grupo de investigadores analizaron las propiedades psicométricas de la escala de Síntomas de TEPT para niños (CPSS) en población chilena afectada por el terremoto y Tsunami del 27 F de 2010 (Rincón et al., 2014). Para el análisis factorial del instrumento consideraron una amplia muestra de sujetos 1305 de niños y niñas de 10 a 14 años afectados por el terremoto-tsunami. El promedio de toda la población que evaluaron fue de 12.11 años de edad y el rango tuvo como edad mínima 9 años y la máxima de 13 años. Los investigadores emplearon una submuestra de 105, para realizar el análisis de la concordancia diagnóstica entre la CPSS y la



DISC-IV, siendo niños y niñas de otra área del territorio chileno que también se había visto afectada por el terremoto y tsunami del 27-F de 2010, (localidades de Columo) y de la Concepción, que sólo habían sido afectados por el terremoto. La edad promedio de estos niños fue de 11.62 años; 37 (35.2%) eran niñas y 68 (64.8%), eran niños. Fue utilizada la escala CPSS, basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV y para edades comprendidas de 8 a 18 años de edad. Se aplicó la adaptación española de Bustos, Rincón y Aedo (2009), aunque no incluyeron la escala complementaria desarrollada por Foa et al. (2001) para evaluar el impedimento asociado. También aplicaron el Diagnostic Interview Schedule for Children and Adolescent (DISC-IV) en su versión electrónica. Evalúa, siguiendo los criterios del DSM IV, la presencia de psicopatología del eje I en niños, niñas y adolescentes de 9 a 17 años. Presenta una gran estructuración por lo que puede ser aplicada con poca experiencia clínica. Tiene dos formatos para ser aplicado a los padres o cuidadores o para ser aplicado al niño. Este segundo formato fue el que se aplicó.

Los investigadores encontraron los siguientes resultados tras analizar los modelos propuestos según los distintos cluster sintomáticos que caracterizan el TEPT: La escala obtuvo una consistencia interna similar a la obtenida por el grupo de Foa et al, (2001). Teóricamente debería existir una correspondencia entre la sintomatología propuesta y la estructura factorial que los evalúa, según los investigadores. Para ello realizaron un AFE en base al método de Ejes Principales. Uno de los resultados encontrados al analizar las cargas factoriales de los ítems, observaron que el ítems 8 “Has sido incapaz de recordar una parte importante del evento traumático”, mostró la carga más baja (.11), muy inferior al resto de los otros ítems, por consiguiente consideraron adecuado eliminar el ítem 8 y rehacer el análisis de ejes principales.



Las cargas factoriales obtenidas tras este segundo análisis fue de .41 a .64. Estudios recientes con la CPSS corroboran que este ítems no se comporta apropiadamente (Kassam-Adams et al., 2010). Posteriormente realizaron un AFC donde analizaron la bondad del ajuste de ese modelo (modelo 1) frente a los otros tres modelos que han sido analizados en investigaciones anteriores: Modelo 2 de 3 factores del DSM IV: reexperimentación, evitación e hiperactivación (APA, 2001); modelo 3, de cuatro factores: reexperimentación, evitación, embotamiento e hiperactivación (King et al., 1998), y modelo 4, de cuatro factores: intrusión, disforia, evitación e hiperactivación (Simms et al., 2002). En su investigación tuvieron que eliminar los modelos 3 y 4 debido a la alta correlación entre sus factores, y compararon la bondad del ajuste del modelo 1 (un factor) y el modelo 2 (tres factores), obteniendo una valor de chi cuadrado= 16.157, $p < .01$, por lo que indicó que el modelo alternativo de tres factores presentaba mejor ajuste respecto al de un factor. Los autores del estudio realizaron la curva Receiver Operating Characteristic (ROC), para conseguir una puntuación de corte y evaluar si existía concordancia diagnóstica con el DISC-IV. El área bajo la curva fue de .85 (IC 95%: 0,73-0.98).El grado de concordancia obtenida fue de 88% (Rincón et al., 2014). Según estos autores, en relación a la estructura propuesta en el DSM-IV, la escala CPSS es útil porque sigue muy de cerca la conceptualización propuesta. Los resultados obtenidos según los autores, eran indicadores de que ningún modelo es claramente rechazable. Si bien por un lado estos autores eliminaron los modelos de cuatro factores porque se encontraban altamente correlacionados, en otro estudio también aplicando la CPSS, obtuvieron conclusiones semejantes aunque los modelos de cuatro factores tuvieron el mejor ajuste, (Kassam-Adams et al., 2010). Una dificultad añadida a su estudio fue el hecho de haber excluido



el ítem 8, por lo que el instrumento no pudo valorar uno de los criterios diagnósticos considerados en el DSM-IV. La evaluación de la memoria y la disociación en niños es particularmente difícil dado que se necesita una metacognición sobre los procesos de recuerdo. Se ha encontrado dificultades sobre los ítems de medición de la amnesia psicógena también en adultos (Foa, Riggs y Gershuny, 1995).

Otra investigación realizada sobre población escolar estadounidense expuesta a traumas basados en huracanes es la de Anthony et al. (2005) que consistió en un estudio seleccionando dos muestras de población escolar. La primera fue de 5664 estudiantes de 5° hasta 12° grado en el sur de Carolina, que fueron entrevistados y realizado el seguimiento a los tres meses del Huracán Hugo, en 1989. La otra muestra estuvo compuesta por 568 estudiantes en 3 y 5° grado en el Sur de Florida que fueron entrevistados y realizado el seguimiento a los tres meses del Huracán Andrew. Las dos muestras fueron dramáticamente diferentes en cuanto a la intensidad, severidad y duración de la experiencia traumática. El huracán Hugo tuvo una intensidad de 4 según (Escala Saffir-Simpson), con pérdidas materiales estimadas en 6 billones de dólares y 13 muertos, el Huracán Andrew fue de intensidad 5 (con vientos de 250 kilómetros por hora), con unas pérdidas materiales estimadas en 26,5 billones. Los niños completaron una versión modificada del RI que mide la frecuencia de los síntomas. Los 20 síntomas de autoinforme fueron adaptados a un lenguaje más infantil para facilitar la comprensión de los niños. En la factorización de niños y adolescentes Anthony et al. (2005), encontraron que el mejor ajuste lo proporcionaba una estructura trifactorial (intrusión, embotamiento e hiperactividad), donde la evitación activa se incluía dentro del primer cluster de intrusión y la evitación pasiva, en el



cluster de embotamiento. Estos autores encontraron que la anhedonia fue un mal indicador de estrés postraumático en ambas poblaciones, así como los problemas de atención. No obstante los problemas de aprendizaje y memoria fueron un mal indicador de estrés postraumático en la muestra del huracán Hugo, pero fue un indicador razonable en la muestra del huracán Andrew. Estos hallazgos sugieren que la anhedonia, problemas de atención, y tal vez problemas de aprendizaje/memoria no son centrales en cuanto a las reacciones de estrés postraumático. En cambio, son los síntomas más comunes y marcadores de la exposición al trauma pero poseen un menor valor predictivo sobre una estructura latente de Trastorno de estrés postraumático (Lonigan, Anthony y Shannon, 1998; Pynoos et al., 1993).

Encontramos en la literatura científica, un nuevo estudio sobre la validez del CPTS-RI (Índice de reacción de estrés postraumático infantil fiable y válida), cuyo objetivo por parte de los investigadores fue analizar si la medida era válida para escolares franceses. Analizaron tres tipos de muestras: una muestra estuvo compuesta por 106 niños con una media de edad de: 11,7 años, víctimas de una explosión de una industria química, la segunda muestra estuvo compuesta por 50 niños de 10,8 de media de años de edad que sufrieron cirugía ortopédica tras accidente y una tercera muestra de 106 niños con edad media de 11,7 niños ingresados de urgencias después de un accidente de tráfico. En cuanto a la consistencia interna encontrada para las tres muestras conjuntamente fue de (.87) alfa de Cronbach para CPTS-RI. y para cada una de ellas .91, .68 y .84, respectivamente. Como la mayoría de las escalas similares, el CPTS-RI probablemente debería ser utilizado para cuantificar la gravedad de los síntomas de TEPT, en lugar de establecer sólo la inclusión o no de la persona dentro de la categoría. En cuanto al análisis de datos del



estudio realizaron un AFE de Ejes Principales y de rotación Varimax. Los investigadores concluyeron que existían tres factores (Intrusión, evitación e hiperactivación), Olliac et al. (2014).

Los investigadores Gudiño y Rindlaud (2014), quisieron analizar la estructura factorial del CPSS en una muestra de 161 escolares latinos cuya media de edad fue 11,42 años y la $DT=.70$, que presentaban un alto riesgo de exposición a la violencia en la comunidad e intrafamiliar. Tras la realización del AFC mediante la estimación de máxima verosimilitud con errores estándar robustos (MLR), sugirió la existencia de un modelo de tres factores consistentes con la clasificación de la APA, DSM-IV-TR, ya que proporcionaba un mejor ajuste de los datos que un modelo de un factor, incluyendo síntomas de (reexperimentación, evitación e hiperactivación). Encontraron una consistencia interna alta de la escala total. Todas las puntuaciones del CPSS correlacionaron con la exposición a la violencia. Dentro de este estudio, la mayoría de estudiantes (91.9%) informaron de haber estado expuestos a varios tipos de violencia 6 meses antes de la entrevista y evaluación psicológica, siendo el promedio de los estudiantes que estuvieron expuestos de 3.58 ($DT=1,95$) en los últimos 6 meses. La puntuación media del TEPT total fue de 12.11 ($DT=9,56$) y el 52.8% alcanzó o superó el punto de corte de 11 establecido por Foa et al. (2001). Si se utilizaba el punto de corte de 15 o mayor, el 36.6% de los sujetos fueron diagnosticados de TEPT, mientras que si se utilizaba el criterio de Nixon et al. (2013), es decir el punto de corte en 16, el 32.3% se encontró un diagnóstico de “probable” TEPT en los niños. La edad de los escolares no obtuvo correlaciones significativas con la exposición a la violencia o las puntuaciones del TEPT. El género tampoco correlacionó significativamente con la exposición a



la violencia pero sí con las puntuaciones en el TEPT, siendo las niñas las que informaron de mayores niveles de estrés postraumático total. El modelo del DSM-IV-TR presentó un mejor ajuste en los datos y todas las correlaciones entre los factores latentes fueron significativas ($p < .001$). Según sus autores, los resultados proporcionaron validez de constructo de las escala CPSS en niños latinos. La validez convergente surgió por el hecho de que las puntuaciones del CPSS correlacionaron significativamente y de forma positiva con la exposición a la violencia y con síntomas de internalización y de externalización. Un aspecto de los resultados que encontraron es que la gravedad del TEPT correlacionó de forma más fuerte con medidas de otros problemas de internalización (ansiedad y depresión) que con las medidas de problemas de externalización (problemas oposicionistas y conducta). Los autores a pesar de elogiar y demostrar empíricamente la utilidad de la escala CPSS también puntualizaron que aún no se ha establecido un criterio sólido sobre el punto de corte de cara a poder diferenciar el caso del no caso en distintas poblaciones y con diferentes objetivos de selección. Los autores mencionan el estudio de Jaycox et al. (2002), utilizando el punto de corte de 11 establecido por Foa, et al. (2001). Escolares inmigrantes de la escuela de primaria de Los Ángeles puntuaron dentro del rango clínico el 32%. El 52.8% de los escolares latinos identificados como teniendo TEPT probable cuando se utilizó el punto de corte de 11, mientras que si se utilizaba el punto de corte de 16 el porcentaje descendía a 32.3% (Gudiño y Rindlaub, 2014) (resumen en tabla 8).



Tabla 8 Análisis Factoriales sobre síntomas de TEPT

| Autores | Muestra | Edad | Instrumento | AF | Resultados |
|-----------------------------|---|---------------------------|---|-----------|--|
| Olliac, al.(2014) | et 3 muestras:106,106,50 Víctimas de accidentes | Edad media 10,8 y 11,7 | CPTS-RI | AFE | 3 factores: PI,E,H. |
| Rincón (2014) | et al. N= 1305 Terremoto Tsunami Chile | 10-14 años | CPSS | AFE y C | Modelo 3factores: PI,E H. |
| Uemoto (2012) | et al. N= 8800 Escolares Terremoto Japón GC:1886 escolares (lejanos) | 8-14 años | Autoinforme con criterios DSM IV Entrevista | AF | 3 factores: -ansiedad y miedos. -Depresión y síntomas físicos y -Responsabilidad social |
| Fernández Fernández, (2014) | N= 86 Niños maltratados | 6-17 | CPSS | AFE | 2factores:F1-2 síntomas reexp,5 evitación y 5 hiperactivación y F2-3 reexp y 2 evitación |
| Stewart al.(2015) | et N:206 | Adolescentes escolares | CPSS | AFC y AFE | 1 factor. |
| Zelazny y Simms (2015) | y y N:310 Con A N:284 sin A | Media edad:43 | Autoinforme y entrevista síndromes y patología personalidad | AFC | Modelo de disforia de 6 factores y el modelo hibrido de siete factores. |
| Fodor al.(2015) | et N: 465 Ruandeses genocidio | 18 años | PCL-C | AFC | El modelo de embotamiento, el de la disforia y el de arousal disforia. |
| Gudiño Rindlaud(2014) | y N=161 escolares Latinos expuestos violencia | Media de edad: 11,42 años | CPSS TRF | AFC | Modelo de tres factores: reexperimentación, evitación e hiperactivación |
| Elhai al.(2011) | et N= 252 Mujeres víctimas de violencia doméstica | Media edad: 32,42 | SLESQ Y PSS(Foa et al | AFC | Modelo de 5 factores D1-D2-D3 |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



| | | | | | |
|-----------------------|---|----------------------|---------------------------------------|-----|---|
| Tay et al. (2015). | N=230 Refugiados | 37 | Protocolo evaluación criterios DSM IV | AFC | Modelo de 3 factores CIE 10,11 |
| Konacky et al. (2015) | N=258 Veteranos guerra Iraq/Afganistán | Edad media 39,7 años | Medidas de autoinforme | AFC | Modelo de 6 factores: PI,E, afectividad negativa, anhedonia, hiperactividad disfórica, ansiedad arousal. |
| Liu et al.(2014) | N: 1196 Expuestos terremoto China 2008 | Media edad: 47,9 | PCL-5 | AFC | Modelo de 6 factores(Intrusión, evitación, afecto negativo, anhedonia, arousal disforia, y ansiedad arousal). |

Nota Estudios basados en el modelo de AF en TEPT, con la descripción del tipo de muestra, instrumento de medición, edad y resultados.

Según los estudios realizados en población adulta encontramos que un mayor número de factores se han ido encontrando en los estudios empíricos de diferentes investigadores. En la Tabla 9 se recogen 4 tipos de Modelos: DSM-5(con 4 factores), de Modelo de conductas externalizantes (6 factores), el Modelo anhedonia (6 factores) y el Modelo híbrido (7 factores).

La tabla 9 describe los otros modelos con sus estructuras latentes de 4 factores como el modelo DSM-5, los dos modelos de 6 factores y el modelo híbrido.

Tabla 9 Modelos latentes basados en el DSM-5.

| | M. externalizante | Modelo anhedonia | Modelo híbrido |
|--|-------------------|------------------|----------------|
| | 4 factores DSM-5 | 6 factores | 6 factores |
| | | | 7factores |



| | | | | |
|--|------|------|------|-----|
| 1. Pensamientos intrusivos | RE | RE | RE | RE |
| 2. Pesadillas | RE | RE | RE | RE |
| 3. Flashback | RE | RE | RE | RE |
| 4. Reactividad emocional | RE | RE | RE | RE |
| 5. Reactividad fisiológica | RE | RE | RE | RE |
| 6. Evitación de pensamientos | EV | EV | EV | EV |
| 7. Evitación de recuerdos | EV | EV | EV | EV |
| 8. Amnesia trauma | NACM | NACM | NACM | AN |
| 9. Creencias negativas | NACM | NACM | NACM | AN |
| 10. Autoculpa | NACM | NACM | NACM | AN |
| 11. Emociones negativas relacionadas con el trauma | NACM | NACM | NACM | AN |
| 12. Pérdida de intereses | NACM | NACM | ANH | ANH |
| 13. Desapego | NACM | NACM | ANH | ANH |
| 14. Afecto restringido | NACM | NACM | ANH | ANH |
| 15. Irritabilidad / rabia | H | EB | DA | EB |
| 16. Conducta temeraria y/o autodestructiva | H | EB | DA | EB |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



| | | | | |
|-------------------------------------|---|----|----|----|
| 17.Hipervigilancia | H | AA | AA | AA |
| 18Respuesta de sobresalto exagerada | H | AA | AA | AA |
| 19. Dificultades de concentración | H | DA | DA | DA |
| 20. Disturbios sueño | H | DA | DA | DA |

Nota: NACM (alteraciones de negativas del humor y de la cognición), RE (reexperimentación),E (evitación), AA (ansiedad arousal), DA(Disforia arousal), AN (afecto negativo) y EB (conducta externalizante).Fuente: Armour,C.(2015).



PARTE II

ESTUDIO EMPÍRICO

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Capítulo 9

Objetivos y Método

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Capítulo 9. Objetivos Generales y Método

En el presente capítulo se describen los objetivos que se pretenden alcanzar con la investigación y la muestra empleada en el estudio empírico y el procedimiento de recogida de los datos. A su vez se describe el instrumento CPSS y se explica el análisis estadístico realizado, para concluir con una breve descripción del programa FACTOR.

9.1. Objetivos Generales

1. Determinar agrupaciones de síntomas para el diagnóstico de TEPT en infancia y adolescencia.
2. Analizar la validez del CPSS en el diagnóstico de TEPT en menores expuestos a trauma.

9.2. Participantes

La muestra total está formada por 221 menores de edad cuyo rango de edad fue de 8 a 17 años, de los cuales 109 (49.3%) eran niños, y 112 (50.7%) eran niñas, que han sufrido maltrato intrafamiliar crónico por parte de sus figuras de apego.

Hemos realizado el estudio con dos tipos de submuestras recogidas.

a) Submuestra de menores maltratados tutelados.

Se trata de 68 niños menores tutelados con una edad media de 11.53 y cuyo rango de edad estuvo comprendido de los 8 a los 17 años. El 51.2% eran niños, el 48 % niñas. Estos niños y adolescentes estuvieron sometidos a maltrato intrafamiliar crónico tutelados por la Comunidad

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Autónoma de la Región de Murcia. Es la Dirección General de Asuntos Sociales, Igualdad e Inmigración quien deriva a estos menores al Proyecto de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Psicológico a Menores Tutelados (PEDIMET, en adelante). De los menores tutelados un 50% vivían en el centro de acogida, un 37.2% se encontraban en acogimiento de familia extensa y el 12.8% en familia ajena. Los menores de nacionalidad española constituyeron el 84.9% del total de tutelados.

La edad media de ingreso en centro de los/as menores fue de 7.11 años con una desviación típica de 3.60. Un 11.5% de los menores sólo tenía padre y el 24.4% madre. Un 64.1% tenían ambos progenitores vivos. La enfermedad mental de los progenitores se situó en un 10.5% en los padres, un 28.1% en las madres y un 8.8% ambos progenitores presentaban alguna enfermedad mental. En cuanto al consumo de sustancias el 25.6% de los padres y un 10.5% de las madres presentaban consumo habitual. Un 17.4% de ambos padres consumían sustancias. En cuanto a la situación de haber estado presos, un 9.3% de los padres y un 1.2% de las madres habían estado encarcelados.

b) Submuestra de menores expuestos a violencia intrafamiliar y violencia contra sus madres por parte de su pareja.

Esta submuestra estuvo comprendida por 153 menores, con alteraciones psicológicas graves, y que habían estado expuestos a la violencia contra su madre por parte del padre o de la pareja de la madre. Las madres fueron atendidas en los Centros de Atención a la Violencia Intrafamiliar (CAVIs), y los menores habían sido derivados al Servicio de Intervención



Psicológica con Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género, siendo frecuente que estuvieran viviendo con la familia de origen especialmente con la madre. El rango de edad de los menores de esta submuestra fue de 8 a 17 años, siendo las edades más frecuentes de la muestra de 8 y 9 años, al igual que la de los menores maltratados tutelados, siendo a su vez un 49.7% de niños frente a un 50.3% de niñas.

9.3 Procedimiento

Todos los niños y niñas que forman la muestra han sido derivados a servicios especializados de evaluación e intervención psicológica de nuestra región, por presentar problemas graves de comportamiento, y/o emocionales y/o de adaptación.

Los menores maltratados tutelados fueron derivados al proyecto PEDIMET por parte del servicio del menor, para su evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico. Se remite a dicho proyecto la información relevante sobre el menor, que incluye, datos sobre la tutela, fecha de ingreso en este sistema de cuidados, datos socio familiares y escolares entre otros. El proyecto PEDIMET se desarrolló para atender a menores de edades comprendidas entre los 6 y los 18 años con graves problemas de salud mental.

Los menores hijos e hijas de madres que han sufrido violencia de género son derivados a Servicio de Intervención Psicológica con Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género, que se realiza desde la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Juventud (Quiero Crecer). El programa se desarrolla para edades comprendidas entre 1 y 18 años.

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Todos los niños y niñas que son atendidos en ambos servicios son tratados siguiendo las recomendaciones del Tratado de Helsinki y las recomendaciones de la OMS. Se les realiza una entrevista y ha continuación se explora clínica y psicométricamente las áreas que se consideran afectadas, así como sus competencias y habilidades que representan su resiliencia personal o resistencia a la adversidad. En todos los casos se dispone del consentimiento informado para la realización de investigaciones basadas en los datos, respetando la confidencialidad.

Después de realizar la evaluación psicológica y en función de los resultados se planifica el tratamiento psicológico y la intervención general necesaria en cada menor. De esa evaluación en la que se incluye la exploración de las reacciones postraumáticas, se tomaron para este estudio los datos del CPSS.

9.4 Instrumentos

a) The Child PTSD Symptom Scale (CPSS).

Este instrumento fue construido por Foa, Johnson, Feeny y Tredwell (2001). Esta escala se basa en los criterios diagnósticos para el Trastorno por Estrés Postraumático del DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2000). Tiene buenas propiedades psicométricas, pero no considera puntos de corte para establecer el diagnóstico de TEPT (Bustos, Rincón y Aedo, 2009; Foa et al., 2001).



9.5 Análisis Estadístico

Para evaluar la estructura de la escala CPSS se ha realizado un Análisis Factorial Exploratorio con el método de Mínimos Cuadrados No Ponderados con uno y dos factores a partir de la matriz de correlaciones policóricas, debido a que la escala no seguía una distribución normal por ser una escala tipo Likert dado que los índices de sesgo y curtosis fueron elevados.

El Análisis Factorial funciona generalmente bien cuando se analizan puntuaciones en tests y subtests. En cuanto a los ítems, la aproximación suele ser también aceptable cuando se usan escalas de respuesta graduada (Likert) con 5 o más categorías (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010).

Cuando no se tiene certeza sobre el número de factores que subyacen en la estructura de datos, se puede realizar la extracción de factores de manera secuencial, se inicia con $k=1$ y se llega hasta un número de factores que permita lograr un buen ajuste del modelo a los datos. Este procedimiento de incorporar factores hasta lograr un buen ajuste da lugar al llamado análisis Factorial Exploratorio, en el que el investigador no conoce de antemano el número de factores que subyacen en las variables observadas (Zamora, Monroy y Chávez, 2009).

El análisis factorial supone la existencia de una variable latente continua con distribución normal.



En cuanto a la etapa de estimación de los factores nos guiamos por el principio de parsimonia, es decir, determinar la solución factorial más simple (el menor número de factores) compatibles con los valores residuales cercanos a “0”.

También se ha estimado el criterio de Kelley.

Para proceder al análisis de la estructura latente se utilizó el programa FACTOR. Versión, 9.2. FACTOR (Lorenzo-Seva y Ferrando, 2006), que tiene como finalidad el cálculo de AFE. FACTOR implementa procedimientos e índices clásicos, así como algunas de las aportaciones metodológicas más recientes. FACTOR permite trabajar con correlaciones policóricas cuando se sospecha que el modelo lineal puede ser inadecuado (Ferrando y Anguiano-Carrasco,2010)



Capítulo 10

Resultados

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Capítulo 10 Resultados

En el capítulo de resultados analizamos los estadísticos descriptivos de nuestra muestra, así como el análisis de la consistencia interna del instrumento utilizado. A su vez se explica el análisis factorial con uno y dos factores realizado.

10.1. Análisis descriptivo de la muestra empleada

El total de sujetos estudiados fue de 221 menores sometidos a diferentes formas de maltrato intrafamiliar, y de forma crónica. Del total de la muestra 109 (49.3%) fueron niños frente a 112 (50.7%) fueron niñas. La media total de edad fue de 11,60 ($DT=2.619$), siendo el valor mínimo de 8 y el valor máximo de 17. Para la muestra de niños la media de edad fue 11,75 ($DT: 2.71$) y la de niñas fue de 11,46 ($DT:=2.571$). En la Tabla 10, se pueden observar estos resultados. Todos fueron válidos y no hubo ningún valor perdido.

Tabla 10.

Estadísticos Descriptivos (Frecuencias/Distribución por sexo/edad para la muestra total).

| | N | Porcentaje | Media | DT |
|-------|-----|------------|-------|-------|
| Niños | 109 | 49.3 | 11.75 | 2.671 |
| Niñas | 112 | 50.7 | 11.46 | 2.571 |
| Total | 221 | 100 | 11.60 | 2.621 |
| Edad | | | 11.69 | 2.619 |



No se han encontrado diferencias en la edad en función del sexo, $t(219) = .842$, $p = .401$ de los participantes.

10.2 Análisis Factorial

Análisis factorial de Mínimos cuadrados No Ponderados.

Uno de los objetivos del análisis factorial es la reducción de los datos originales a un número menor de variables (Zamora, Monroy y Chávez, 2009). Cuando se realiza un análisis exploratorio se suele utilizar como criterio inicial retener en el análisis todos los factores cuyo *Eigenvalor (Valor propio)* asociado sea mayor que *uno*.

Se ha realizado un Análisis Factorial de Mínimos Cuadrados no ponderados, para un factor. El análisis de las medias y las desviaciones típicas indican un buen ajuste del Modelo. La Tabla 11 presenta las medias y las DT de las puntuaciones totales en cada una de las categorías. En nuestro caso se observa que las medias se incrementan de una categoría a otra. Si las medias se incrementan de una a otra, indica que ese conjunto de categorías representa adecuadamente la medición del atributo que se quiere medir. En la tabla 11 se analizan los promedios y desviaciones típicas de cada ítem de la escala CPSS por separado.

Tabla 11 Promedio Numérico de cada ítem del CPSS

| Síntomas | 0 | 1 | 2 | 3 |
|-------------|------|-------|-------|-------|
| Media CPSS1 | 8.17 | 13.72 | 20.76 | 25.09 |



| | | | | |
|---------------|-------|-------|-------|-------|
| <i>DT</i> | 7.29 | 8.59 | 5.87 | 11.66 |
| Media CPSS 2 | 9.90 | 13.94 | 26.81 | 27.09 |
| <i>DT</i> | 8.03 | 6.94 | 8.10 | 10.53 |
| Media CPSS 3 | 8.74 | 14.81 | 22.83 | 28.36 |
| <i>DT</i> | 7.61 | 7.42 | 7.09 | 10.13 |
| Media CPSS4 | 6.11 | 10.58 | 18.63 | 25.13 |
| <i>DT</i> | 6.74 | 6.76 | 9.56 | 8.86 |
| Media CPSS5 | 7.83 | 15.48 | 20.55 | 26.42 |
| <i>DT</i> | 6.69 | 8.72 | 8.24 | 10.02 |
| Media CPSS 6 | 7.28 | 12.00 | 18.39 | 20.19 |
| <i>DT</i> | 8.38 | 7.71 | 9.47 | 10.18 |
| Media CPSS 7 | 9.14 | 14.85 | 22.33 | 23.79 |
| <i>DT</i> | 8.10 | 8.02 | 9.08 | 11.01 |
| Media CPSS 8 | 11.22 | 15.96 | 21.39 | 27.78 |
| <i>DT</i> | 9.35 | 10.52 | 8.33 | 10.51 |
| Media CPSS 9 | 9.96 | 15.05 | 20.95 | 26.39 |
| <i>DT</i> | 8.70 | 8.13 | 7.18 | 10.48 |
| Media CPSS 10 | 9.79 | 17.40 | 24.50 | 26.00 |
| <i>DT</i> | 7.71 | 8.55 | 8.23 | 9.83 |
| Media CPSS 11 | 9.79 | 17.40 | 25.50 | 26.00 |
| <i>DT</i> | 8.40 | 8.00 | 6.36 | 11.44 |
| Media CPSS 12 | 10.15 | 16.56 | 26.25 | 29.29 |
| <i>DT</i> | 8.48 | 7.74 | 8.02 | 9.57 |
| Media CPSS 13 | 9.27 | 16.38 | 21.94 | 28.71 |
| <i>DT</i> | 7.55 | 9.45 | 8.29 | 8.82 |
| Media CPSS 14 | 8.66 | 17.14 | 18.10 | 26.93 |
| <i>DT</i> | 7.66 | 8.00 | 9.41 | 10.49 |



| | | | | |
|---------------|------|-------|-------|-------|
| Media CPSS 15 | 9.94 | 13.54 | 20.5 | 25.54 |
| <i>DT</i> | 9.00 | 8.58 | 9.71 | 9.69 |
| Media CPSS 16 | 9.13 | 11.96 | 23.52 | 24.74 |
| <i>DT</i> | 7.97 | 7.89 | 8.70 | 9.48 |
| Media CPSS 17 | 8.75 | 15.93 | 24.13 | 29.59 |
| <i>DT</i> | 6.98 | 7.71 | 8.94 | 9.05 |

Nota. Tabla de medias y desviaciones típicas de cada ítems de la escala CPSS con sus cuatro categorías de respuesta en escala tipo Likert

En el análisis factorial se asume que la variable latente es continua: los individuos pueden ordenarse de mayor a menor nivel del atributo bajo estudio. El objetivo primordial de esta herramienta es estudiar la estructura de correlación entre un grupo de variables medidas, asumiendo que la asociación entre las variables puede ser explicada por una o más variables latentes, que en el caso del análisis factorial se les reconoce como factores. La correlación entre el grupo de variables se explica por la presencia de los factores subyacentes a ellas (Zamora, Monroy y Chávez, 2009). El coeficiente alfa para cada ítem es alto y se refiere al coeficiente de fiabilidad que tendría la escala si se eliminara ese elemento (Tabla 12).

En cuanto al índice de homogeneidad de los ítems del test, los resultados indican que todos los ítems del test son homogéneos entre sí. Las contribuciones al test por parte de cada ítem muestran todas correlaciones superiores a .30, el rango entre ítems se sitúa entre .6387 (ítem 17), y del .33 (ítem 8), aunque se observa que la contribución del ítem 8 es la más baja sigue estando dentro de los valores que se consideran adecuados para establecer la homogeneidad del test.



Tabla 12.

Estadísticos descriptivos de los ítems (Medias y Desviaciones típicas) y los índices de homogeneidad.

| Item | Media | DT | Índice de Homogeneidad | |
|------|-------|-------|------------------------|------|
| 1 | .982 | 1.112 | .542 | .877 |
| 2 | .647 | 1.010 | .545 | .877 |
| 3 | .787 | 1.047 | .599 | .875 |
| 4 | 1.335 | 1.073 | .607 | .874 |
| 5 | .919 | 1.105 | .595 | .875 |
| 6 | 1.407 | 1.209 | .422 | .882 |
| 7 | .842 | 1.094 | .482 | .879 |
| 8 | .525 | .812 | .338 | .884 |
| 9 | .724 | 1.066 | .481 | .879 |
| 10 | .516 | .897 | .586 | .876 |
| 11 | .633 | 1.007 | .496 | .879 |
| 12 | .534 | .902 | .538 | .877 |
| 13 | .692 | 1.016 | .566 | .876 |
| 14 | .837 | 1.071 | .519 | .878 |
| 15 | .828 | 1.021 | .426 | .881 |
| 16 | .946 | 1.131 | .517 | .871 |
| 17 | .706 | 1.013 | .639 | .873 |

Análisis factorial

La matriz de correlaciones fue factorizable ya que el estadístico de Bartlett es significativo (1156.8, df= 136; P= .000010) y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin era muy buena (.90881)

Para decidir si un modelo con determinado número de factores es apropiado debe evaluarse el grado de ajuste del modelo a los datos.

Con el método de análisis paralelo para la selección de factores se ha obtenido un solo factor que explica el 44% de la varianza total, siendo el índice de ajuste del 98%.



Todos los ítems cargan en un solo factor, presentando cargas factoriales significativas. La tabla 13 muestra las cargas factoriales de cada una de las variables del factor (Matriz de Cargas Factoriales No Rotadas), que representan la correlación de la variable con el factor. En nuestro caso se observan cargas que van desde .764 a .425. En psicología estas correlaciones se considerarían buenas por lo que consideramos que existe una sola estructura factorial. Podemos concluir frente a los resultados obtenidos que la variable latente “Estrés postraumático en infancia y adolescencia” es suficiente para explicar la relación que mantiene con los 17 dominios o variables manifiestas del CPSS, e indican que todas las variables se encuentran asociadas entre sí.

Tabla 13 *Matriz de Cargas Factoriales No Rotadas.*

| <i>Item</i> | <i>Cargas F</i> | <i>Vz. Explicada</i> |
|---|-----------------|----------------------|
| V1 Recuerdos intrusivos | .636 | .404 |
| V2 Sueños intrusivos | .654 | .427 |
| V3 Flashbacks | .698 | .488 |
| V4 Malestar psicológico | .678 | .460 |
| V5 Activación fisiológica | .713 | .508 |
| V6 Evitar pensar, sentir | .490 | .204 |
| V7 Evitar actividades, lugares | .589 | .347 |
| V8 Amnesia | .425 | .180 |
| V9 Pérdida de interés en actividades significativas | .608 | .370 |
| V10 Sensación de desapego | .743 | .552 |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



| | | |
|--------------------------------------|------|------|
| V11 Restricción de la vida afectiva | .644 | .415 |
| V12 Sensación de un futuro desolador | .671 | .450 |
| V13 Insomnio | .690 | .476 |
| V14 Irritabilidad | .632 | .399 |
| V15 Dificultades de concentración | .505 | .255 |
| V16 Hipervigilancia | .602 | .362 |
| V17 Respuesta de sobresalto | .764 | .584 |

Además se ha obtenido la matriz de residuales y el resultado es normal ya que se ha cumplido el criterio de Kelley: el estadístico RMSR sólo está ligeramente por encima de la puntuación de Kelley (.0014).

Por último se ha repetido el análisis factorial de dos factores y los resultados no avalan la estructura de dos conjuntos de síntomas en base a dos cuestiones:

- 1) Aparecen cargas negativas en algunos ítems
- 2) En un ítem se identifica un caso Heywood.

Por ello no tiene sentido realizar factorizaciones de 3 o más factores.

Análisis de la consistencia interna del CPSS

El Coeficiente alfa para la escala total fue de .884, lo que indica una fiabilidad muy alta.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el trauma Complejo.



Discusión

El análisis de ítems y la puntuación alfa obtenida para la totalidad de la escala, indican una alta fiabilidad y avalan la validez del CPSS para evaluar el TEPT en infancia. Nuestros resultados son similares a los encontrados en varias investigaciones que han utilizado la escala CPSS, como el estudio de Jaycox et al. (2002) que encontró con población latina inmigrante un coeficiente alfa de Cronbach (.89). Por otro lado Fernández-Fernández (2014) con menores tutelados encontró un coeficiente alfa de Cronbach muy bueno (.88) y Bustos et al. (2009) en su estudio con menores que habían sufrido violencia sexual y aplicando el CPSS obtuvieron unos coeficientes alfa de Cronbach en la escala total y las subescalas de (.78 a .92). López-Soler y López García en su estudio realizado en población infantojuvenil tras el terremoto de Lorca obtuvieron un coeficiente alfa de Cronbach de (.88).

La investigación sobre los distintos grupos sintomáticos que configuran el TEPT han variado considerablemente de unos estudios a otros y las investigaciones basadas en los AFEs y AFCs, no han logrado apoyo suficiente para los tres grupos de síntomas tal y como se definen en la DSM-IV (Dongil, 2010). Es decir, la estructura que propone este sistema de clasificación DSM-IV no se ha mostrado estable a través de las diferentes investigaciones mediante análisis factorial, sino que por el contrario se han encontrado un considerable número de modelos alternativos para agrupar los síntomas del TEPT, obteniéndose soluciones factoriales diversas que han ido desde dos (Taylor, Kuch, Koch, Crockett, y Passey, 1998) a seis factores (Davidson et al., 1997) (Dongil, 2010).



Nuestros resultados sugieren que la estructura previamente establecida de tres factores puede no ser la adecuada para infancia, al encontrar un solo factor en el Análisis Factorial realizado mediante Mínimos Cuadrados No Ponderados. Nos encontramos en la misma línea que los resultados encontrados por Stewart et al. (2015), que tras la realización de un AFE y un AFC en una muestra de adolescentes escolares, encontraron que las cargas factoriales se dirigían hacia un solo factor, presentando un buen índice de ajuste para el modelo. El AFC y AFE apoyó una estructura de un solo factor, siendo un planteamiento paradójico y contrario al modelo de los tres factores. Las puntuaciones que comprendieron esta estructura de un factor también se asociaron con una alta fiabilidad ($\alpha = .93$), y las pruebas de la validez concurrente y discriminante también resultaron ser fuertes (Stewart et al., 2015).

En este sentido se ha postulado que tal vez puede existir una estructura latente más parsimoniosa de trastorno de estrés postraumático. Esto se basa en la premisa de que las correlaciones interfactor de modelos de TEPT son particularmente altos, y el conocimiento de que las altas correlaciones entre dos factores pueden representar una falta de validez discriminante (Brown, 2006; Kline, 2010). De hecho, al evaluar el modelo DSM-5, Elhai et al. (2012) y Miller et al. (2013) han informado de alta correlación interfactor (.89-.94) (Armour, 2015).

La investigación realizada en población murciana (Fernández-Fernández, 2014) con menores maltratados y tras aplicar AFE analizaron las soluciones de 2 y 3 factores siendo la evidencia hacia el primer modelo. El factor 1 estaba formado por (2 síntomas de reexperimentación, 5 de evitación y 5 de hiperactivación). El segundo factor estuvo compuesto



por 3 síntomas de reexperimentación y 2 de evitación. Estos resultados no coinciden con la estructura sintomática del DSM-IV y DSM-5, y estaría indicando que los menores maltratados presentan síntomas de todos los grupos sintomáticos.

El DSM-5 (2013), en la introducción al tema, indica que puede haber predominio de unos síntomas sobre otros, y que la presencia de algunos grupos de síntomas pueden ser relativo, al igual que puede variar la duración del trastorno.

Esto tiene implicaciones importantes de cara a la evaluación psicológica/diagnóstico del TEPT en infancia y adolescencia. Consideramos que si a nivel del diagnóstico del TEPT en adultos están proliferando los modelos que orienta cada vez a un mayor número de factores, en la infancia y adolescencia podríamos ganar en efectividad y eficiencia si planteáramos el diagnóstico del TEPT sin necesidad de tener que cumplir los distintos criterios específicos de síntomas establecidos en las distintas clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales propuestas por la APA y la OMS.

Esto enlaza con la necesidad y el principio de parsimonia que siempre se pretende en la ciencia de cara a poder aplicar de forma más eficiente los diagnósticos y los tratamientos psicoterapéuticos en menores. Creemos que los 20 síntomas propuestos por la APA, y sus cuatro categorías sintomáticas, son excesivas y pueden generar falsos negativos, por lo que la nueva propuesta aún no editada en la OMS (CIE11) está más cerca de nuestros resultados en población infantojuvenil expuesta a violencia intrafamiliar crónica, si finalmente va en este sentido.

Esta investigación se ha basado en los datos proporcionados por una muestra formada por dos grupos diferentes de menores expuestos a violencia intrafamiliar no homogénea, y en



condiciones de vida también diferentes, esto puede ser una variable que influya en los resultados. Es necesario avanzar en el estudio de la estructura del TEPT en la infancia, mediante investigaciones de muestras más amplias de menores expuestos a eventos traumáticos, y replicarlas en varias comunidades. Así mismo parece necesario explorar las características específicas en diferentes rangos de edad y en niños y niñas. Todos estos importantes aspectos no han podido ser explorados por el tamaño de la muestra. También parece importante analizar si las respuestas postraumáticas no se configuran igual en función del trauma, el número de traumas, el tiempo de permanencia y si son infligidos por personas significativas. Es posible que diferentes experiencias determinen peculiares respuestas traumáticas, tal como ya vienen indicando diferentes investigaciones (Elhai et al., 2009; Biehn et al., 2012; Marshall, 2004; Hoyt y Yeater, 2010; Zubizarreta et al., 1994; Perry, 2014; Perrin et al., 2014). Es este planteamiento el que ha dado lugar al reconocimiento del concepto de trauma complejo. Los estudios empíricos orientaban hacia un menor número de factores latentes en infancia y adolescencia (Gudiño y Rindlaud, 2014; Stewart et al., 2015; Fernández-Fernández, 2014; Uemoto et al., 2014; Rincón et al., 2014; Olliac et al., 2014) de cara a poder explicar el constructo al que se refiere el TEPT y en este estudio con una muestra de menores maltratados, los datos orientan hacia un solo factor en la sintomatología TEPT. Por otra parte se observa que a mayor edad de las muestras estudiadas, aumentan el número de factores latentes (Elhai et al., 2011; Konecky et al., 2015; Liu et al., 2014; Fodor et al., 2015; Zelazny y Simms, 2015).

El CPSS es un instrumento con buenas características psicométricas, como han mostrado las diferentes investigaciones que lo han utilizado, por su rapidez en la aplicación, adecuación a



criterios diagnósticos de la APA y de la OMS, y a la adecuada validez y fiabilidad en contrada en diferentes estudios. En este estudio el nivel de fiabilidad fue elevado, el coeficiente α de Cronbach fue de .884, equivalente al valor original del grupo de Foa et al. (2001) que obtuvieron una puntuación en la escala global de .89. El ítem 8 que había mostrado baja consistencia en otras investigaciones previamente analizadas (Kassam-Adams et al., 2010; Rincón et al., 2014), en nuestro estudio contribuye de forma homogénea junto al resto de ítem con una correlación de .33. Según los estudios realizados por Gillihan et al. (2013) es razonable esperar que habrá una alta correspondencia entre los resultados de evaluación de TEPT basado en el actual CPSS y una versión revisada del DSM-5, en comparación con el diagnóstico TEPT efectuado con criterios DSM-IV-TR, sin embargo ambos parecen no ir en la línea correcta en el reconocimiento del TEPT en infancia. En cuanto a la validez convergente del instrumento, el equipo GUIIA-PC que llevó a cabo un estudio en 2011 no publicado, en menores tutelados, analizaron propiedades psicométricas de algunas pruebas como el CPSS (Foa et al., 2001), CITES-R (Wolfe et al., 1991); SCARED-R (Muris, 1997); e IES (Horowitz et al., 1979). Aunque los datos que obtuvieron reflejaron una discreta convergencia en la medida entre los diferentes tests utilizados para evaluar el TEPT, el CPSS presentó la consistencia interna más elevada, tanto para la escala total .91 como para las subescalas. Además, la CPSS presentó en general altas correlaciones entre las subescalas, y con las restantes escalas (CITES-R; SCARED-R e IES), y grupos sintomáticos, lo que indicó una buena validez convergente.

Los criterios de Scheeringa han resultado muy satisfactorios en el diagnóstico del TEPT en preescolares, representando un gran avance en la taxonomía del DSM-5, aunque nuestro



estudio nos orienta hacia un grupo de síntomas no filiados a pensamientos intrusivos, evitación e hiperactivación. También es cierto que los estudios de Scheeringa et al. (2012;2011) se centraron en edades inferiores a los 6 años incluyendo incluso niños de 1 y 2 años de edad, mostrando que cuando se aplicaban criterios sensibles al desarrollo, el número de niños que se clasificó para el diagnóstico aumentó de 3 a 8 veces más comparado con el DSM IV. Por otra parte el proponer un solo criterio de reexperimentación y otro en evitación, más dos de hiperactivación, disminuye el número de síntomas ostensiblemente y baja el umbral del diagnóstico TEPT en infancia. Los resultados de este estudio están más en concordancia con esta propuesta, que con los criterios descritos para mayores de 6 años en el DSM-5.

Los criterios diagnósticos del DSM 5, establecen una homogeneidad de criterios para escolares, adolescentes y adultos, dejando quizás descuidado los aspectos del desarrollo que se dan también en edades comprendidas entre los 6 y los 18 años y siendo sustancialmente diferente de los procesos cognitivos, emocionales y neurobiológicos de los adultos.

En este sentido, la propuesta de criterios diagnósticos de la OMS 11 edición, puede permitir un diagnóstico más adecuado al TEPT en infancia y adolescencia, ya que describe como síntoma principal la reexperimentación en múltiples formas, acompañada de otros síntomas como evitación, embotamiento y sensación de peligro. Aunque indica una serie de síntomas, no los agrupa de forma determinada y permite una covariación más amplia de tipos de síntomas, lo cual está más relacionado con nuestros hallazgos que otras formulaciones.

Si bien la APA ha disminuido el número de síntomas para el diagnóstico del TEPT en población preescolar, han aumentado el número de grupos de síntomas con respecto a la anterior



edición para mayores de esta edad. Los estudios que están apoyando la nueva Clasificación de la OMS aún no publicada (CIE11), orientan hacia el principio de parsimonia de cara al diagnóstico del TEPT y va a incluir el TEPT Complejo. Existen importantes diferencias entre las propuestas de la CIE-11 y las del DSM-5. Por ejemplo, así como la CIE-11 ha hecho una propuesta simplificada del TEPT, el DSM-5 propone que el TEPT sea descrito por 20 síntomas, clasificados en 4 grupos (Maercker et al., 2013).

CONCLUSIONES

Según los datos obtenidos en esta investigación lo importante no es cumplir una serie de síntomas de cada uno de los grupos sintomáticos según las tradicionales clasificaciones, sino en cumplir un conjunto de síntomas generales en infancia y adolescencia y establecer el punto de corte más apropiado para esta determinada población. Nuestros datos empíricos nos orientan hacia un solo factor en la línea de Stewart et al. (2015). Esto nos puede orientar hacia la continuidad de investigaciones sobre el punto de corte más adecuado a la hora de diagnosticar a un niño y/o adolescente de un TEPT, teniendo en cuenta los criterios sobre los subsíndromes de TEPT. La validación de la CPSS permite que se la pueda considerar una buena escala para evaluar el estrés postraumático en infancia y adolescencia.

Elhai y Palmieri (2011) ya mencionaban la pertinencia de investigar la estructura latente del TEPT a nivel dimensional con análisis factoriales (como menciona en su trabajo Armour, 2015). Uno de los puntos que destacaba sobre esta pertinencia, era la existencia de los algoritmos diagnósticos. Estos algoritmos requieren que los individuos deben tener un determinado número



de ítems de cada uno de los conjuntos síntoma de un trastorno dado. Por lo tanto, si el número de síntomas/conjuntos de síntomas dentro de un trastorno dado se alteran, también se altera el algoritmo de diagnóstico correspondiente. En última instancia, esto puede afectar a la prevalencia de un trastorno dentro de la población. Este estudio indica que no es importante tener en cuenta los grupos diagnósticos, y que el diagnóstico TEPT se puede realizar a partir de la presencia de cualquier tipo de síntomas.

La investigación de modelos AFC de estructura latente de TEPT ayudará en la identificación de la cantidad correcta y será de gran ayuda en el establecimiento del algoritmo diagnóstico correcto perteneciente al TEPT (Armour, 2011).

El TEPT ha sido subestimado en la comunidad, especialmente en niños y adolescentes, en la línea que establecen Cohen y Scheeringa (2009), que si bien en la población adulta existe un supradignóstico dando lugar a muchos falsos positivos, en población infanto juvenil sucede lo contrario. Los autores establecen que hay una creciente evidencia de que los actuales criterios diagnósticos de TEPT en realidad subestiman el número de niños y adultos con daños y/o deterioro (Carrión et al., 2002; Stein et al., 1997). Es probable que se desconozca más el cuadro caracterizado por respuestas generalizadas de miedo y/o estar en un estado de hiperalerta de forma crónica en ausencia de un trauma actual, que hablar de problemas de depresión y/o de hiperactividad en la infancia. Esto da lugar a falsos negativos en la evaluación. Otra fuente de falsos negativos surge de los cuidadores que minimicen, niegan, o simplemente no son conscientes de los síntomas de sus hijos, tal vez a causa de su propia sintomatología evitación (Cohen y Scheeringa, 2009). Aunque afortunadamente nos encontramos alejados de conflictos



bélicos donde se pueden producir traumas severos, hay un alto consumo de sustancias en personas que se encuentran en plena época de crianza, en un trato inadecuado y eventuales situaciones que sobrepasan las posibilidades de integrar esas experiencias por parte de los pequeños, más vulnerables y frágiles. También maternidades vulnerables y parejas con problemas de salud física y mental, y/o laborales, tras la aparición de nuevos miembros de la familia, se sienten desbordados por las limitaciones que supone la crianza pudiendo proporcionar un ambiente familiar desestructurado donde ciertos tipos de violencia pueden darse, repercutiendo negativamente en todos los miembros de la familia y especialmente en niños y adolescentes. La crisis económica también ha generado ambientes de inseguridad e inestabilidad familiar, las graves experiencias que han sufrido muchas familias puede afectar y ser vividas de forma traumática por los hijos e hijas. No disponer de criterios diagnósticos adecuados de TEPT para la infancia está dejando fuera de tratamiento y ayudas a menores en riesgo. Este estudio sobre TEPT en menores expuestos a violencia intrafamiliar pone de manifiesto que los síntomas propuestos por la APA son relevantes para el diagnóstico, pero van en la dirección de que no es preciso tener en cuenta los grupos sintomáticos, como en los adultos.

El maltrato intrafamiliar crónico e imprevisible en el tiempo genera en las personas en desarrollo múltiples retrasos, bloqueos en diferentes áreas de desarrollo o en la vida de la persona, provocando ciertas deficiencias estructurales cerebrales (Anderson et al., 2003; Bremer et al., 2006; De Bellis et al., 2006; Teicher et al., 1997; Carrión et al., 2001), y experiencias vitales desorganizadas pudiendo generarse vidas sin una meta definida, si no existe un diagnóstico precoz e intervención adecuada. Esta problemática compleja, contenida actualmente como trauma



complejo, debe ser también explorada, y es necesario distinguir si forma una entidad específica o si se trata de comorbilidad.

La relación entre TEPT, TEPT Complejo y TLP, es muy variada y puede ser difícil de reconocer, si bien en la mayoría de los casos, el denominador común parece ser el trauma crónico perpetrado por personas con las que existe vínculo afectivo. Un trauma devastador aislado en el tiempo y de forma puntual, generará unos sentimientos de confusión y de alarma en las personas, descritos de forma profusa en la literatura científica del TEPT, pero un maltrato crónico, imprevisible, y generado por negligencia/maltrato de los cuidadores primarios y/o perpetuado por los mismos, tendrá unas consecuencias diferentes provocando un mayor deterioro a todos los niveles y patologías más complejas (TLP, trauma complejo).

Todo ello debe alentar a seguir investigando sobre este tema, con la finalidad última de prevenir el sufrimiento de las personas más vulnerables como son los niños y los adolescentes.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Consideramos que el aumentar el tamaño muestral favorecería el poder generalizar nuestros resultados en población infanto juvenil, objetivo que tenemos planteado en el equipo para investigaciones ya iniciadas.

También consideramos que al haber utilizado muestra clínica (debido a que los menores fueron remitidos por presentar alteraciones conductuales y/o emocionales secundarias a abuso intrafamiliar) también nos dificulta la generalización de resultados a otras poblaciones, sin



embargo el que sea una muestra de maltratados aumenta el valor de los hallazgos pues son más representativos de menores con reacciones postraumáticas graves. Los datos hallados ponen de manifiesto que lo importante en el diagnóstico del TEPT en infancia es la presencia de síntomas, independientemente del grupo sintomático. Esto es especialmente importante después de la nueva propuesta del DSM-5 que aumenta los grupos de síntomas disminuyendo las prevalencias del TEPT en la infancia.

Una limitación añadida que encontramos de nuestro estudio es no haber explorado la validez discriminante con otra medida que analizara las distintas dimensiones clínicas en infancia y adolescencia. También se debería haber calculado la fiabilidad test retest, para examinar la estabilidad de las puntuaciones, no obstante debido a que estos menores presentaban un grado importante de disforia cuando se registraron las medidas con el CPSS, no se consideró clínicamente adecuado volver a someter a evaluación a los menores un tiempo después.

El CPSS ha demostrado suficiente consistencia interna como han mostrado los distintos estudios que se han presentado en esta tesis y a su vez el encontrado en nuestra investigación; no obstante, a pesar de ser un instrumento adecuado y fiable de cara a medir la gravedad de los síntomas sigue sin presentar un punto de corte unitario entre las distintas investigaciones, por lo que supone un reto futuro a nivel de población infanto juvenil.



Referencias

- AACAP Official Action (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 4–26.
- AACAP Official Action (2010). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49 (4), 414- 430.
- Aguilar, L. (2008). *La exposición a la violencia de género en el ámbito familiar: una forma de maltrato infantil*. Federación de asociaciones de mujeres separadas y divorciadas.
- Alcántara,M.V., López-Soler,C., Castro,M. y López, .J. (2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: Prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de Psicología*, 29 (3), 741-747.
- Alisic,E.,Zalta,A.K.,Van Wesel,F., Larsen,S.E., Hafstad,G.S.,Hassanpour,K., & Smid,G.E.(2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents:meta-analysis.*The British Journal of Psychiatry* 204 (5), 335-340.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H.,...Volleberg,W.A.(2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementl*, 109 (420), 21-7.



Allen, J., Heston, J., Durbin, C., & Pruitt, D.(1998). Stressors and development: a reciprocal relationship. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 7, 1 -17.

Allen, J.G., Huntoon, J., & Evans, R.B. (1999). Complexities in complex posttraumatic stress disorder in inpatient women: Evidence from cluster analysis of MCMI-III personality disorder scales. *Journal of Personality Assessment*,73, 449-471.

Allport, G.W.(1961). Pattern and growth in personality. New York NY: Holt, Rinehart and Winston,Inc.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with post-traumatic stress disorder. *Journal American Academy Child Adolesc Psychiatry* ,37, 4–26.

American Psychiatric Association (1952). Diagnostic and statistical manual: Mental disorders. Washington, DC.

American Psychiatric Association(1980). Diagnostic and statistical manual: Mental disorders. 3.a ed. Washington, D.C.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4thed.). Washington, DC.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR (4th ed. text revision). Washington, DC.



American Psychiatry Association. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5^a), 5^a Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.

Amora, S., Monroy, L. y Chávez, C. (2009). Análisis factorial: una técnica para evaluar la dimensión de las pruebas. *Cuaderno técnico*, 6, 1-96.

Andrykowski, M. A., & Cordova, M. J. (1998). Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: Test of the Andersen model. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 189–203.

Anthony, J., Lonigan, C., Venberg, E., La Greca, A., Silverman, W., & Prinstein, M. (2005). Multisample cross-validation of a model of childhood posttraumatic stress disorder symptomatology. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 667-676.

Armour, C., Layne, C. M., Naifeh, J. A., Shevlin, M., Duraković-Belko, E., Djapo, N., Pynoos, R. S., & Elhai, J. D. (2011). Assessing the factor structure of posttraumatic stress disorder symptoms in participants with and without criterion A2 endorsement. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 80–87.

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* 61, 106-113.

Armour, C., Mullerova, J., & Elhai, J. D. (under review). A systematic literature review of PTSD's latent structure in the diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV to DSM-5.



- Armour, C. (2015). The underlying dimensionality of PTSD in the diagnostic and statistical manual of mental disorders: where are we going? *European Journal Psychotraumatology* 6.
- Armour, C., Elhai, J.D., Richardson, D., Ractliffe, K., Wang, L., & Elklit, A. (2012) Assessing a five factor model of PTSD: is dysphoric arousal a unique PTSD construct showing differential relationships with anxiety and depression? *Journal Anxiety Disorders*, 26(2), 368-76. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.12.002. Epub 2011 Dec 13.
- Asmundson, G.J.G., Norton, G.R., Allardings, M.D., Norton, P.J, y Larsen D.K. (1998). Posttraumatic stress disorder and work-related injury. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(1), 57-69.
- Asmundson, G., Frombach, I., McQuaid, J., Pedrelli, P., Lenox, R., & Stein, M. (2000). Dimensionality of posttraumatic stress symptoms: A confirmatory factor analysis of DSM IV symptoms clusters and other symptom models. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 203-214.
- Asmundson, G.J.G., Stapleton, J.A., & Taylor, S. (2004). Are avoidance and numbing distinct PTSD symptom clusters? *Journal of Traumatic Stress*, 17, 467-475.
- Astin, M. C. y Resick, P. A. (1997). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno por estrés postraumático. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el Tratamiento Cognitivo – Conductual de los Trastornos Psicológicos* (pp. 171-209). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Avia, M. D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid. Alianza.



- Bados, A. (2005). Trastorno de estrés postraumático. Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics. Universitat de Barcelona. Facultat de Psicologia.
- Báguena, M.J., Villarroya, E., Beleña, A., Díaz, A., Roldán, C. y Reig, R. (2001). Propiedades Psicométricas de la Versión Española de la escala Revisada de Impacto del Estresor. *Analisis y Modificación de Conducta* 27, 581-604.
- Blake, D., Weathers F., Nagy L., Kaloupek, D., Charney, D., & Keane, T. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attach Hum Dev* 11(3), 223-263.
- Ball, J.S., & Links, P.S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11, 63-68.
- Barone, L. (2003). "Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview." *Attachment & Hum Developmnet* 5 (1), 64-77.
- Battle, C.L., Shea, M.T., Johnson, D.M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M.C.,...Morey, L.C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 1, 193-211.



- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Bentolila, S. (2008) Algunas consideraciones clínicas sobre el impacto traumático de la violencia interpersonal. *Clepios, Una Revista de Residentes de Salud Mental XIV*, 3, 100-105.
- Biehn, T. L., Elhai, J. D., Fine, T. H., Seligman, L. D., & Richardson, J. D. (2012). PTSD factor structure differences between veterans with and without a PTSD diagnosis. *Journal of Anxiety Disorders*, 26 (3), 480–485.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Barton, K.A., Taylor, A.E., Loos, W.R., & Jones-Alexander, J. (1994). One year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 34(8), 775–786.
- Blanchard, E., Hickling, E., Taylor, A., Forneris, C., Loos, W., & Jaccard, J. (1995). Effects of varying scoring rules of the clinician-administered PTSD scale (CAPS) for the diagnosis of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (4), 471-475.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Taylor, A.E., Loos, W.R., Forneris, C.A., & Jaccard, J. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behaviour Research and Therapy*, 34(1), 1-10.
- Blanchard, E.B., Jones-Alexander, J., Buckley, T.C., & Forneris C.A. (1996) Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behavior Research and Therapy* 34, 669-673.



- Blanchard, E., Buckley, T., Hickling, E., & Taylor, A. (1998). Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: Is the correlation an illusion? *Journal of Anxiety Disorders, 12* (1), 21-37.
- Bleving, C.A., Weathers, F.W., Witte, T.K., & Davis, M.T. (2012). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Preliminary psychometric analysis in trauma exposed college students. *In paper at the 28th annual meeting of the international society for traumatic stress studies*. Los Angeles, C.A.
- Blom, M., & Oberink, R. (2012). The validity of the DSM-IV PTSD criteria in children and adolescents: a review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 17*(4), 571-601.
- Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. y González, M.P. (2000). *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona: Masson.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*, 20-28.
- Bonanno, G. A. (2008). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1*, 101-113.
- Bremner, J.D., Vythilingam, M., y Vermetten, E, Southwick, S.M., McGlashan T, Nazeer A., ... Volleberg, W. (2003). MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in



women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160 (5),924-32.

Boyer, B.A., Kafkalas,C., Tollen,L.,& Swartz,M.(1999). A pilot study of posttraumatic stress in families with a pediatric spinal cord injury. Proceeding of the Society of Behavioral Medicine,s Twentieth Annual Meeting. *Annals Of behavioural medicine*,21(S033).

Boyle, M.(2013). The persistence of medicalization: Is presentation of alternatives part of the problema? En S. Coles, S. Keenan y B. Diamond (Eds.), *Madness contested: Power and practice* (pp. 3-22). Ross-on-Wye: PCCS Books.

Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C., & Andreski, P.(1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*,55 (7),626-32.

Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 16-22.

Brewin, C. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*, 96 (3), 379-394.

Brewin, C., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103 (4), 670-686.

Brewin, C. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373-393.



Brewin, C. R., & Holmes, E. (2003). Psychological theories of post-traumatic stress disorder.

Clinical Psychology Review, 23, 339–376.

Brewin, C.R., Lanius, .R.A., Novac. A., Schnyder, U., & Galea, S.(2009). Reformulating PTSD for

DSM-V: life after Criterion A. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 366-73. doi: 10.1002/jts.20443.

Brewin, C.R. (2013). "I wouldn't start from here"an alternative perspective on PTSD from the ICD-

11: comment on Friedman. *Journal of Traumatic Stress, 26*(5),557-9.

Briceño, A.M., Abufhele, M., Dávila,A.M., Barreau, M., Sommer ,K., Castro,S,... Correa,A.(2013).

Estrés postraumático en escolares a 8 meses del 27F. *Revista chilena de. Pediatría, 84* (1),42-50.

Briere, J. (1996). Trauma Symptom Checklist for Children: Professional Manual. Florida:

Psychological Assessment Resources Inc.

Briere,J., Woo,R., McRae,B.Foltz,J., & Sitzman,R.(1997). Lifetiem victimization history,

demographics, clinical status in female psychiatric emergency room patients. *Journal of Nervous and mental Desease,185* ,95-101.

Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: The Guilford

Press.



- Buchheim, A., George, C., Liebl, V., Moser, A. & Benecke, C. (2007). Affective facial behaviour of borderline patients during the Adult Attachment Projective. *Psychosomatic Medicine Psychotherapy*. 53(4),339-54.,
- Buka, S. L., Stichick, T.L., Birdthistle, I., & Earls, F.J. (2001). Youth Exposure to Violence: Prevalence, Risks, and Consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 298–310.
- Bustos, P., Rincón, P. y Aedo, J. (2009). Validación Preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en Niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual. *Psyche*, 18 (2), 113-26.
- Caballo, V.E. y Camacho, S. (2000). El Trastorno Límite de la Personalidad: Controversias Actuales. *Psicología desde el Caribe*, 5, 31-55
- Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2007). Psychological Theories of PTSD. En M. J Friedman, M. Keane y P. A. Resick, (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice*. (pp. 55-77). Nueva York, NY: Guilford.
- Calhoun, K., & Resick, P.A. (1993). Post-traumatic stress disorder. Barlow, David H. (Ed). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (2nd ed.). , (pp. 48-98). New York, NY, US: Guilford Press, x, 534 pp.
- Carlat, D. (2010). *Unhinged: The Trouble with Psychiatry - A Doctor's Revelations about a Profession in Crisis*. New York, NY: Free Press.



Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de . neuro-psiquiatria*, 40 (2), 20-34.

Carrion, V.G., Weems, C.F., Eliez, S., Patwardhan, A., Brown, W., Ray, R.D., Ray, R., D., & Reiss, A.L., (2001). Attenuation of frontal asymmetry in pediatric posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 50, 943-51.

Carrión, V. G., Weems, C.F., Ray, R., & Reiss, A.L. (2002). Toward an empirical definition of pediatric PTSD: The phenomenology of PTSD symptoms in youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 166-173.

Castro, M. (2011). Trastorno por estrés postraumático en menores que han sufrido maltrato familiar: directo y exposición a la violencia de género. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia. Facultad de Psicología.

Center for Disease Control. Vietnam Experience Study: Psychological and Neuropsychological Evaluation. Atlanta, Ga: Center for Disease Control. 1988.

Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., ... Van der Hart, O. (2012). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults. . Retrieved from [http://www.istss.org\(www.traumacenter.org\)](http://www.istss.org(www.traumacenter.org)).

Cloitre, M., Garvert, D.W., Brewin, C.R., Bryant, R.A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1-12.



- Cohen, P., Crawford, T.N., Johnson, J.G., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 19*, 466-486.
- Cohen, J.A., & Scheeringa, M.S. (2009). Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. *Dialogues Cliniques Neurosciences, 11*, (1), 91-99.
- Cole, P.M., & Putnam, F.W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: a developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 174-84.
- Cohen, D. (2010). Tratado de psicofarmacología y neurociencias: trastornos depresivos. Parte I: neurología y consideraciones diagnósticas / Luis María Zieher ... [et. al.], dirigido por Luis María Zieher. - 1a ed. - Buenos Aires : Sciens. v. II, 208.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... van der Kolk, B. (2005). Complex Trauma In Children and Adolescents. *Psychiatric Annals, 35* (5), 380-447.
- Cordova, M.J., Studts, J.L., Hann, D.M., Jacobsen, P.B., & Andrykowski, M.A. (2000). Symptom structure of PTSD following breast cancer. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 301-319.
- Courtois, C.A. (2004). Complex Trauma, Complex Reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*, 412-425.
- Creamer, M., Burgess, P.M., & McFarlane, A.C. (2001). Posttraumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine, 31*(7), 1237-1247.



Crowell,S.E.,Beauchaine,T.P., & Linehan,M.M.(2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory.*Psychological Bulletin*, 135 (3),495-510.

Cummings,E.M.(1998).Children exposed to marital conflict and violence: Conceptual and theoretical directions. In: Holden GW, Geffner R, Jouriles EN, eds. *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues*. Washington, DC: American Psychological Association;55-93.

Dagleish, T. (1999). Cognitive theories of post-traumatic stress disorder. En W. Yule (Ed.), *Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy* (pp. 193-220). Chichester: John Wiley & Sons Ltda.

Dagleish,T., & Power,M.J.(2004). Emotion-specific and emotion-non-specific components of posttraumatic stress disorder (PTSD): implications for a taxonomy of related psychopathology.*Behaviour Research and Therapy* 42,1069–1088.

Davidson, J. R., Book, S. W.,Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth,S., David, D.,...Feldman,M.E.(1997).Assessment of a new selfrating scale for post-traumatic stress disorder.*Psychological Medicine*,27, 153-160.

De Bellis, M. D., & Van Dillen,T. (2005). Childhood post-traumatic stress disorder: an overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(4), 745-72.



- De Bellis, M.D., Hall, J., Boring, A.M., Frustaci, K., & Moritz, G.(2001). A pilot longitudinal study of hippocampal volumes in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry* , 50, 305-9.
- De Bellis ,M.D.(2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment* ,10, 150-72.
- De la Osa, N., Ezpeleta,L., Doménech,J.M., Navarro,J.B., & Losilla,J.M.(1997). Convergent and discriminant validity of the Structured Diagnostic interview for Children and Adolescents (DICA-R). *Psychology in Spain*, 1, 37-44.
- Dewey, D., Schuldberg, D., & Madathil, R. (2014). Do peritraumatic emotions differentially predict PTSD symptom clusters? Initial evidence for emotion specificity. *Psychol Reports*, 115(1),1-12.
- Diaz, A., Simantov, E., & Rickert, V. I. (2000). Effect of abuse on health: Results of a national survey. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 156, 811–817
- Dongil,E.(2010). La Estructura factorial del TEPT: Una revisión. Boletín de la Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS) 33,7-20.
- Donnelly, C., Maletic, V. y March, J. Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En: Parmelee D (editor). *Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. Madrid, Harcourt Brace, 1998.p 97-120.
- Donegan, N.H., Sanislow, C.A., Blumberg, H.P., Fulbright, R.K., Lacadie, C., Skudlarski, P.,... Wexler, B.E.(2003).Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry* 54(11),1284-93.



Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., Veltman, D. J., Hoogendoorn, A. W., Van Balkom, A., & Draijer, N. (2014). Response to “Treatment compliance and effectiveness in complex PTSD patients with co-morbid personality disorder undergoing stabilizing cognitive behavioral group treatment: A preliminary study”-Authors' reply. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. doi: [10.3402/ejpt.v5.23792](https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.23792).

Driessen, M., Herrmann, J., Stahl, K., Zwaan, M., Meier, S., Hill, A., ... Petersen D. (2000) Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Archives General of Psychiatry* 57, 1115-22.

Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., ... Ratzka, S. (2002). “Is the borderline personality disorder a complex post-traumatic stress disorder? - The state of research”. *Nervenarzt*, 73(9), 820-9.

Duarte, C.S., Bordin, I.A.S., Green, G.R. & Hoven, C.(2009). Measuring child exposure to violence and mental health reactions in epidemiological studies: challenges and current issues. *Ciência saúde coletiva*, 2. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200017>

Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En: Belloch A, Sandin B, Ramos F. (editores). *Manual de Psicopatología (Volumen 2)*. Madrid, Mc Graw-Hill. 171-86.

Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarausa, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (90), 503-526.



- Echeburúa,E., Corral, P. y Amor,P.J.(2004).Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud, 15*(3), 273-292.
- Echeburúa,E., Salaberría,K. y Cruz-Sáez,M.(2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica ,32* (1),65-74.
- Edwards,V., Holden,G., Felitti, V.J., & Anda, R.F. (2003).Experiences Study Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood *American Journal of Psychiatry 160*,1453–1460.
- Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy,38*, 319–345.
- Elhai, J. D., Engdahl, R. M., Palmieri, P. A., Naifeh, J. A., Schweinle, A., & Jacobs, G. A. (2009). Assessing posttraumatic stress disorder with or without reference to a single, worst traumatic event: Examining differences in factor structure. *Psychological Assessment, 21*(4), 629–634.
- Elhai, J. D., Ford, J. D., Ruggiero, K. J., & Frueh, B. C. (2009). Diagnostic alterations for posttraumatic stress disorder: Examining data from the National Comorbidity Survey Replication and National Survey of Adolescents. *Psychological Medicine, 39*, 1957-1966.
- Elhai, J.D., & Palmieri, P.A. (2011). The factor structure of posttraumatic stress disorder: a literature update, critique of methodology, and agenda for future research. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 849-854.



- Elhai, J.D., Biehn, T.L., Armour, C., Klopper, J.J., Frueh, C.B., & Palmieri, P.A.(2011). Evidence for a unique PTSD construct represented by PTSD's D1–D3 symptoms. *Journal of Anxiety Disorders* ,25, 340-345.
- Elhai,J.D., Miller,M.E., Ford,J.D., Biehn,T.L., Palmieri,P.A., & Frueh,B.C.(2012).Posttraumatic stress disorder in DSM-5: Estimates of prevalence and symptom structure in a nonclinical sample of college students. *Journal of anxiety disorders*,26 (1),58-64.
- Elliott, A. N., & Carnes., C. N. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child Maltreatment*, 6(4), 314-331.
- Erickson,L.D., Hedges ,D.W., Call, V.R., & Bair. B. (2013).Prevalence of and factors associated with subclinical posttraumatic stress symptoms and PTSD in urban and rural areas of Montana: a cross-sectional study. *J Rural Health. Fall*,29(4),403-12.
- Everly, G.S.(1995).An Integrative Two-Factor Model of Post-Traumatic Stress. *Psychotraumatology*. The Springer Series on Stress and Coping. Ed: by G.S.Everly, y Jeffrey,M.L. Plenum Press, New York, 1995.pp27-48.
- Fairbank, J, A., Schlenger, W, E.,Saigh, P, A. y Davidson, J. R. T.(1995).Friedman, Matthew J. (Ed); Charney, Dennis S. (Ed); Deutch, Ariel Y. (Ed), (1995). An epidemiologic profile of post-traumatic stress disorder: Prevalence, comorbidity, and risk factors. Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to post-traumatic stress disorder. , (pp. 415-427). Philadelphia, PA, US: Lippincott Williams & Wilkins Publishers, xxi, 551 pp.



- Fernández, M.V.(2014).Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados.(Tesis doctoral). Universidad de Murcia. Facultad de Psicología.
- Ferrada-Noli.M., Asberg, M., Ormstad, K., Lundin, T., & Sundbom. E.(1998). Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessment of suicidal bahavior. *Journal of Traumatic Stress,11*, 103-12.
- Ferrando, P. y Anguiano-Carrasco,C.(2010).El Análisis factorial como técnica de Investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo, 31(1)*,18-3.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J.(1985).Tuma, A. Hussain (Ed); Maser, Jack D. (Ed). Anxiety and the anxiety disorders. , (pp. 421-452). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc, xxxv, 1020 pp.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20–35.
- Foa, E.B. y Kozak, M.J. (1998). Clinical applications of bioinformational theory: Understanding anxiety and its treatment. *Behavior Therapy, 29*, 675– 690.
- Foa, E.B., Zinbarg, R., & Rothbaum, B.O.(1992). Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder: an animal model. . *Psychological Bulletin, 112*, 218–238.
- Foa,E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.D., & Rothbaum,B.O.(1993).Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress,6*, 459-473.
- Foa,E.B., Riggs, D.S., & Gershuny,B.S.(1995).Arousal, numbing and intrusion : Symtom structure of PTSD following assault. *American Journal of Psychiatry, 152*, 116-120.



- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K.(1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment* ,9, 445-451.
- Foa, B.E., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D., & Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314.
- Foa,E.B., Johnson, K. M.,Feeny, N.C. y Treadwell,K.R.(2001). The Child PTSD Symptom Scale:A Preliminary Examination of its Psychometric Properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (3), 376–384.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory. *Pathological Anxiety: Emotional Processing in Etiology and Treatment*, Olasov, B (Ed) Guilford, NY.
- Fodor,K.E., Pozen,J.,Ntaganira,J., Sezibera,V., & Neugebauer,R. (2015).The factor structure of posttraumatic stress disorder symptoms among Rwandans exposed to the 1994 genocide: A confirmatory factor analytic study using the PCL-CRSS.*Journal of Anxiety Disorders*, 32, 8-16.
- Ford,J.D., Grasso,D.J.,Hawke,J. y Chapman,J.F.(2013).Poly-victimization among juvenile justice-involved youths. *Child Abuse & Neglect*, 37, 788-800.
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 1, 9.
- Ford,J.D.(2015). Complex PTSD: Research directions for nosology/ assessment, treatment, and public health. *European Journal of Psychotraumatology* 6, doi: [10.3402/ejpt.v6.27584](https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27584)



- Fossati, A., Madeddu, F., & Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytical study. *Journal of Personality Disorder, 13*, 268–280.
- Fletcher, K. E. (1996). Childhood Posttraumatic Stress Disorder. In Mash, E.J. y Barkley, M.A.(eds.). *Child Psychopathology*. (2 nd ed., pp. 330-370). New York; The Guilford Press.
- Florenzano,R., Weil,K., Cruz,C.,Acuña,J., Fullerton,C., Muñiz,C.,...Marambio,M.(2002). Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: un estudio empírico. *Rev Chilena de Neuro-Psiquiatría, 40*, 335-40.
- Friedman, M.J.(2014). Literature on DSM-5 and ICD-11. *Advancing science and promoting understanding of traumatic stress, 25*,(2),1,10.
- Frissa,S., Hatch,S.L., Gazard,B.,SELCoH study team., Fear,N.T., & Hotop,M.(2013). Trauma and current symptoms of PTSD in a South East London community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 48*,1199–1209.
- Frounfelker,R ., Klodnick,V., Mueser,K.T., & Todd,S.(2013). Trauma and posttraumatic stress disorder among transition age youth with serious mental health conditions. *Journal of Traumatic Stress, 26* (3), 409–412.
- Galatzer-Levy, I.R., & Bryant, R.A. (2013). 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on Psychological Science, 8*, 651-662. doi:10.1177/1745691613504115



- Gidron, Y., Gal, R., Freedman, S., Twiser, I., Lauden, A., Snir., & Benjamin, J. (2001). Translating research findings to PTSD prevention: Results of a randomized-controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 773-780.
- Gidron, Y. (2002). Posttraumatic stress disorder after terrorist attacks: A review. *Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 118-121.
- Gillihan, S .J., Aderka, I.M.,Conklin, P.H.,Capaldi,S., & Foa. E. (2013) The Child PTSD Symptom Scale: Psychometric Properties in Female Adolescent Sexual Assault Survivors. *Psychological Assessment, 25*(1), 23–31. Published online 2012 Aug 6. doi: 10.1037/a0029553
- Gimenez-Pardo, J., Perez-Arjona, E., Dujovny, M., & Diaz, F.G. (2007). Neurological sequelae of child abuse. *Literature review.Neurocirugia 18*, 95-100.
- Goenjian, A.K., Pynoos, R.S., Steinberg, A.M.,Najarian, L.M., Asarnow,J.R., Karayan, I.,... Fairbanks,L.A. (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988:Earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*,1174-84.
- Golier, J.,Yehuda, R., Bierer, L.,Mitropoulou, V., New, A., Schmeidler, J., ...Siever, J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry, 160*, 2018-2024.
- Goodman,L.,Corcoran, C., Turner, K., Yuna,N., & Green,B.L.(1998). Assessing traumatic event exposure: general issues and preelimirary findings for the Stressfull Life Events Screening Questionanire. *Journal of Traumatic Stress,11*,521-542.



- Goodman, M., & Yehuda, R. (2002). The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 33, 337–345.
- Graybar, S., & Boutilier, L. R. (2002). Nontraumatic pathways to borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 152–162.
- Grassi-Oliveira, R., Ashy, M., & Stein, L.M. (2008). Psychobiology of childhood maltreatment: effects of allostatic load? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 60-8.
- Green, B.L., Korol, M., Grace, M.C., Vary, M.G., Leonard, A., Gleser, G.C., & Smitson-Cohen, S. (1991). Children and Disaster: Age, Gender, and Parental Effects on PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(6), 945–951.
- Grover, K.E., Carpenter, L.L., Price, L.H., Gagne, G.G., Mello, A.F., Mello, M.F., & Tyrka, A.R. (2007). The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *Journal Personality Disorders*, 21 (4), 442-7.
- Gunderson, J.G., & Sabo, A.N. (1993) The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150, 19–27.
- Gunderson, J.G., & Chu, J.A. (1993) Treatment implication of past trauma in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 75-81.
- Gunderson, J.G. (2000) Borderline Personality Disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 66, 530-9.
- Gunderson, J. y Gabbard, G. (2002). Psicoterapia en los trastornos de personalidad. Barcelona. Ars Medica.



- Gunderson, J.G.(2001) “Borderline Personality Disorder: A Clinical guide”. Washington, DC:American Psychiatric Publishing.(Trastorno Límite de la Personalidad: Guía Clínica. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.,2002).
- Gunderson, J.G., Daversa, M.T., Grilo ,C.M., McGlashan, T.H., Zanarini, M.C., Shea,M.T., ...Stout, R.L. (2006). Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163,822-6.
- Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H.J., John U., & Meyer, C. (2006). Posttraumatic stress disorder: the role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256(5), 299–306.
- Harned, M.S., Rizvi, S.L., & Linehan, M.M. (2010). Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 167(10),1210-7.
- Haro, J.M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I., ... Alonso,J.(2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Med Clín (Barc)*, 126(12),445-51.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Herjanic, B., & Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: Agreement between parents on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 307-324.



- Helzer, J.E., Robins, L.N., & McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine*, 24, 317(26), 1630-4.
- Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Rossler, W., ... Schnyder, U. (2006). Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD. The Zurich Cohort Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 (3), 151–158.
- Herman, J.L., & Van der Kolk, B.A. (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. En B. van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma* (pp. 111-126). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence-From domestic to political terror*. New York: Basic Books.
- Herman, J.L. (2004). *Trauma y recuperación*. Madrid: Espasa.
- Hickling, E., & Blanchard, E. (1992). Post-traumatic stress disorder and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 285-291.
- Hill, A.B. (1965). The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 58, 295–300.
- Hodges, S. (2003). Borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. Time for integration? *Journal of Counselling and Development*, 81, 19-27.
- Hooley, J.M., & Hoffman, P.D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1557-62.



- Horesh, N., Ratner, S., Laor, N., & Toren, P. (2008). A comparison of life events in adolescents with major depression, borderline personality disorder and matched controls: a pilot study. *Psychopathology, 41*(5),300-6.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes*. (2nd ed.). New York,NY: Jason Aronson.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine,41*(3),209-218.
- Hoyt, T., & Yeater, E. A. (2010). Comparison of posttraumatic stress disorder symptom structure models in Hispanic and White college students. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2*(1), 19–30.
- International Society for Traumatic Stress Studies(2012). <https://www.istss.org/>
- Jakšić,N.,Brajković,L., Ivezić,E., Topić,R., & Jakovljević,M.(2012). The role of personality traits in posttraumatic stress disorder(PTSD). *Psychiatria Danubina, 24, 3, 256-266*.
- Jaycox, L.H., Stein, B.D., Kataoka S.H., Wong, M., Fink, A., Escudero, P., & Zaragoza, C.(2002).Violence exposure, posttraumatic stress disorder, and depressive symptoms among recent immigrant schoolchildren. *Journal of the American Academy Of Child y Adolescent Psychiatry, 41*(9),1104-10.
- Jaycox,L.H., Langley,A.K., Stein,B.D.,Wong,M.,Sharma,P.,Scott,M.,& Schonlau,M.(2009).Support for students exposed to trauma: A pilot Study. *School Mental health,1*(2), 49-60.



- Jiménez, L., Sáiz, P. A., Bascarán, M. T., González, M. P., Bobes, J. y Bousoño, M. (2000). Epidemiología. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M. P. González, Trastorno de Estrés Postraumático (pp. 19-33). Barcelona: MASSON, S.A.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E.M., & Bernstein, D.P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 600-606.
- Jones, R. T., Fletcher, K., & Ribbe, D. R. (2002). Child's Reaction to Traumatic Events Scale-Revised (CRTES-Revised). *Psychological Medicine*, 46, 216-219.
- Kaplow, J. B., Dodge, K.A., Jackson, L.A., & Saxe, N. (2005). Pathways to PTSD, Part II: Sexually Abused Children. *Am J Psychiatry*, 162, (7), 1305-1310.
- Kasckow, J., Yeager, D.E., & Magruder, K. (2015). Levels of Symptom Severity and Functioning in Four Different Definitions of Subthreshold Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care Veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203, 43-47.
- Kassam-Adams, N., Marsac, M., & Cirilli, C. (2010). Posttraumatic Stress disorders symptom structure in injured children: Functional impairment and depression symptoms in a confirmatory factor analysis. *Journal of the American Academy Of Child y Adolescent Psychiatry*, 49, 616-625.
- Kataoka, S.H., Stein, B.D., Jaycox, L.H., Wong, M., Escudero, P., Tu, W., ... Fink, A. (2003). A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 42(3), 311-8.



Kataoka,S.H., Jaycox,L.H., Wong,M., Nadeem,E., Langley,A., Tang,L., & Stein,B.D.(2011).

Effects on School Outcomes in Low-Income Minority Youth: Preliminary Findings from a Community-Partnered Study of a School Trauma Intervention. *Ethn Dis*, 21(3 0 1),71-7.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., & Rao, U.(1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36,980–988. doi: 10.1097/00004583-199707000.00021.

Keane, T.M., Gerardi, R.J., Quinn, S.J., & Litz, B.T. (1992). Behavioral treatment of post-traumatic stress disorder. En S.M. Turner, K.S. Calhoun y H.E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (2ª ed., pp. 87-97). Nueva York: Wiley.

Keegan,E.(2004) Abordaje cognitivo del Trastorno límite de la Personalidad. *Revista. Argentina de Psiquiaria*,58, 287-294.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Kessler, R.C., Borgers,B., & Walters,E.E.(1999). Prevalence and risk factors of lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives Of General Psychiatry*,56,617-662.

Kessler, R.C., & Ustun,T.B.(2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Interantional. *Journal of Methods in Psychiatric Research* 13 (2: 93-121).



- King D.W., Leskin G.A., King L.A., & Weathers F.W.(1998). Confirmatory factor analysis of the clinician-administered PTSD Scale: evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment, 10*, 90-96.
- Kingdon, D.G., Ashcroft, K., Bhandari, B., Gleeson, S., Warikoo ,N., Symons., ... Mehta, R.(2010). Schizophrenia and borderline personality disorder: similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198* (6),399-403.
- Knight, R.P.(1986) Borderline states. In: Stone MH, editor. Essential papers on borderline disorders. New York: New York University Press; p.159-173.
- Kitzmann, K.M.(2010). La violencia doméstica y su impacto en el desarrollo social y emocional de los niños pequeños. Ed. rev. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, Boivin M, eds. *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia* [en línea]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010:1-6. Disponible en: <http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/KitzmannESPxp.pdf>.
- Koenen, K.C.(2006). Developmental epidemiology of PTSD: Selfregulation as a central mechanism. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071*, 255-266.
- Koffel, E., Polusny, M.A., Arbisi, P.A., & Erbes, C.R. (2012). A preliminary investigation of the new and revised symptoms of posttraumatic stress disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety, 29*, 731-738. [doi:10.1002/da.21965](https://doi.org/10.1002/da.21965)
- Konecky, B., Meyer, E.C., Kimbrel, N.A., & Morissette, S.B.(2015). The Structure of DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in War Veterans. *Anxiety, stress, and coping, 14*,1-26.



- Krause, E.D., Kaltman, S., Goodman, L.A., & Dutton, M.A. (2007). Longitudinal Factor Structure of Posttraumatic Stress Symptoms related to intimate Partner Violence. *Psychological Assessment, 19*, 165-175.
- Landecker, H. (1992). The role of childhood sexual trauma in the etiology of borderline personality disorder: considerations for diagnosis and treatment. *Psychotherapy, 29*, 234-42.
- Lang, P.J. (1977). Imagery in therapy: an information processing analysis of fear. *Behavior Therapy, 8* (5), 862-886.
- Lanius, R.A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P.A., & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depression and Anxiety, 29*, 701-708.
- Laporte, L., & Guttman, H. (1996). Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 10*, 247-259.
- Lazarsfeld, P. F., & Henry, N. W. Latent structure analysis. Boston, MA: Houghton Mifflin; 1968.
- Linehan, M. M. Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press; 1993.
- Lazenbatt, A. (2010). The impact of abuse and neglect on the health and mental health of children and young people. NSPCC. Cruelty to children must stop: full stop. www.nspcc.org.uk/inform



- Levi, G., Sogos,C., Mazzei., & Paolesse,C. (2001). Depressive disorder in preschool children: Patterns of affective organization. *Child Psychiatric and Human Development*, 32, 55-69.
- Lewis, K.L., & Grenyer BF.(2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy.*Harvard review of psychiatry*,17(5),322-8 .
- Linehan,M.M.(1993).*Cognitive-behavioral tehrapy of borderline personality disorder*. New York:Guilford.
- Liu, M., Wang, L., Shi, Z., Zhang ,Z., Zhang, K., & Shen, J.(2011). Mental health problems among children one-year after Sichuan Earthquake in China: a follow-up study. *PLoS One* 23 (6), 2.
- Liu, P., Wang, L., Cao, C., Wang, R., Zhang, J., Zhang, B., ... Elhai, J.D. (2014). The underlying dimensions of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in an epidemiological sample of Chinese earthquake survivors..*Journal of Anxiety Disorders*, 28 (4), 345-351.
- Lloret, S.,Ferrerres,A..., Hernández, A. y Tomás,I.(2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de psicología*, 30(3), 1151-1169.
- Lonigan, C.J., Anthony, J.L.,& Shannon, M.P. (1998). Diagnostic efficacy of posttraumatic symptoms in children exposed to disasters. *Journal of Child Clinical Psychology*, 27, 255–267.
- López Soler,C.,García,C.,Murcia,L.,Martín,C., Cortegano,M.C., López, I. y López,G.(1995) Problemas psicopatológicos en una muestra clínica de niños-niñas: Taxonomías empíricas. *Anales de psicología*, 11(2), 129-141.



López- Soler,C.(2008). El trauma complejo en infancia y adolescencia maltratada. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*,13 (3),159-174.

López- Soler,C.(2008).Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo.*Revista de Psicopatología y Psicología clínica*,13 (3),159-174.

López Soler,C.,Alcántara,M.V., Fernández,V., Castro,M. y López Pina,J.A.(2010 Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist).*Anales de Psicología*, 26 (2) , 325-334.

López-García,J.J y López- Soler,C.(2014).Trastorno de estrés postraumático en escolares tras el terremoto de Lorca (España) en 2011. *Gaceta Sanitaria*, 28(3),230-233.

Lorenzo-Seva,U. y Ferrando,P.(2006). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. *Behavior Research Methods*, 38,(1),88-91.

McLean, L. M., & R. Gallop. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 369-71.

McMain,S., Korman, L.M., & Dimeff,L.(2001).Dialectical behavior Therapy and the treatment of emotion dysregulation.*Journal Clinical .Psychoogy* ,57(2),183-196.



- McMillen, J. C., North, C. S., & Smith, E. M. (2000). What parts of PTSD are normal: intrusion, avoidance or arousal? Data from the Northridge, California, Earthquake. *Journal of Traumatic Stress, 13* (1), 57-75.
- McNally, R.J. (1992). "Stressors that produce posttraumatic stress disorder in children". En Davidson J., Foa EB, eds. *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and beyond*. Washington: American Psychiatric Press;57-74.
- Maercker, A., & Schutzwohl, M. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 155-165.
- Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., Reed, G.R., Van Ommeren, ... Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. www.thelancet.com. Published online April 11, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62191-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62191-6)
- Maercker, A. M., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Van Ommeren, M., Jones, L.M., ... Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD. *World Psychiatry, 12*(3), 198-206.
- Maercker, A., & Perkonig, A. (2013). Applying an international perspective in defining PTSD and related disorders: Comment on Friedman. *Journal of Traumatic Stress, 26*, 560-562. doi: 10.1002/jts.21852.



- March, J., Amaya - Jackson L., & Pynoos R.(1997)Pediatric posttraumatic stress disorder. En: Wiener J. (editor). Text book of Child and Adolescent Psychiatry.2nd ed. Washington DC, American Psychiatric Press,p 507 - 24.
- Márquez M. (2000) Los trastornos por estrés: del trauma a la disociación. En: Grau A, Meneghello J (editores). Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, p 369 -79
- Marshall, R.D., Spitzer, R., & Liebowitz, M.R(1999). Review and critique of the new DSM-IV diagnosis of acute stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1677-1685.
- Marshall, R., Olfson, M., Hellman, F., Blanco, C., Guardino, M., & Struening, E.L. (2001) Comorbidity,impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1467–1473.
- Marshall, G.N. (2004). Posttraumatic stress disorder symptom checklist: factor Structure and English-Spanish measurement invariance. *Journal of traumatic Stress*,17, 223-230.
- Marshall, G., Miles, J., & Stewart, S. (2010). Anxiety Sensitivity and PTSD Symptom Severity Are Reciprocally Related: Evidence from a Longitudinal Study of Physical Trauma. *Journal Abnormal Psychology*, 119, 143-150.
- Martorell, M. C., Aloy, M., Gómez, O. y Silva,F. (1993). AC. Escala de autoconcepto. En F. Silva y Martorell (Eds), EPIJ. Evaluación Infanto-Juvenil (pp.25-53). Madrid: MEPSA.



- Medina,J.L. (2001).Trastorno por estrés postraumático en víctimas del terrorismo: Evaluación clínica, Psicofisiológica y pericial.(Tesis doctoral). Universidad Complutense, Facultad de Medicina, Madrid.
- Mesa, P. y Moya, L.(2011). Neurobiología del maltrato infantil: el ‘ciclo de la violencia’.*Revista Neurologia* ,52 (8), 489-503.
- Meyer, R., Gold, J., Beas, V., Young,C.M., & Adams,N.(2015). Psychometric Evaluation of the Child PTSD Symptom Scalein Spanish and English. *Child Psychiatry & Human Development*, 46, 438–444.
- Miguel Tobal, J.J., González, H. y López, E. (2000). Estrés postraumático: hacia una integración de aspectos psicológicos y neurobiológicos. *Ansiedad y Estrés*, 6(2-3), 255-280.
- Miller, M.W., Greif, J.L., & Smith, A.A. (2003). Multidimensional Personality Questionnaire profiles of veterans with traumatic combat exposure: Internalizing and externalizing subtypes. *Psychological Assessment*, 15, 205-215.
- Miller, M.W., Kaloupek, D.G., Dillon, A.L., & Keane, T.M.(2004). Externalizing and internalizing subtypes of combat related PTSD: A replication and extension using the PSY-5 Scales. *Journal of Abnormal Psychology*,113, 636-645.
- Miller, M.W., & Resick, P.A. (2007). Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors:Implications for the understanding of complex PTSD.*Behavior Therapy*, 38, 58-71.



Miller, M.W., Wolf,E.J., Kilpatrick,D., Resnick,H., Marx,B.P.,Holowka,D.W., ... Matthew, J.(2013). The prevalence and latent structure of proposed DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in U.S. national and veteran samples. *Psychological Trauma: Theory, research, Practice, and Policy*,5(6), 501-512. doi: 10.1037/a0029730.

Mingote, J.C. (2011). Diagnóstico Diferencial del Trastorno de Estrés Postraumático. *Clínica Contemporánea*, 2, 121-134.

Minkowski, A.,Marciano, P., Hureau-Rendu C., Cukier, F., & Guillaumet, C. (1993). “Mental stress on children exposed to a war and natural catastrophes”. *Infant Ment Health*, 14 (4), 273-282.

Mitjavila,M.(2013). Investigación y aportaciones de Peter Fonagy: Una revisión desde 2002 al 2012. *Temas de Psicoanálisis* 5,1-17.

Molina, A. M., Zaldívar,F., Gómez, I., & Moreno, E. (2006). Discriminat and criterion validity of the Spanish versiono f the Children´s Interview for Psychiatric Syndromes-Parents´version (P-ChIPS). *European Journal of Psychological Assessment*, 22,109-115.

Montt, M. y Herмосilla, W.(2001). Trastorno de estrés post-traumático en niños. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 30,110-20.

Morales,G.(2006). Algunas Consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento de jóvenes con dificultades para regular su comportamiento desde el sistema de protección de menores. Mesa redonda: Terapias aplicadas en el ámbito de los Sistemas de Protección y Justicia. En IV Congreso Internacional Multidisciplinar sobre trastonos del comportamiento en menores (pp.1-



16).Recuperado de <http://www.cop.es/colegiados/B-00722/PONENCIA%20DE%20GUILLERMO%20MORALES.pdf>

Morina, N., van Emmerik, A.A., Andrews, B., & Brewin, C.R.(2014). Comparison of DSM-IV and proposed ICD-11 formulations of PTSD among civilian survivors of war and war veterans. *Journal of Traumatic Stress*,27(6),647-54. doi: 10.1002/jts.21969.

Mosquera, D., González, A. y Van der Hart, O. (2011). Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad. *Revista Persona*, 11, (1). FUNDAP.

Mower, O.H.(1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Willey.

Nader, K. (1996). Psychometric review of Childhood PTS Reaction Index (CPTS-RI). In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 83-86). Lutherville, MD: Sidran Press.

Muris, P. (1997). *The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders* (revised version). Maastricht University, Department of Psychology. Maastricht.

Nader, K.(1997). Assessing traumatic experiences in children. In: Wilson J. P., Keane T. M., editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. NY: Guilford Press; pp. 291–348.

Newman, L.K., Harris, M., & Allen, J. (2011). Neurobiological basis of parenting disturbance. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*,45, 109-22.



- Nixon, R., Sterk, J., & Pearce, A. (2012). A Randomized Trial of Cognitive Behaviour Therapy and Cognitive Therapy for Children with Posttraumatic Stress Disorder Following Single-Incident Trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40,(3), 327-337.
- Nixon, R., Meiser-Stedman,R., Dalgleish, T., Yule, W., Clark, D.M., Perrin , S., & Smith,P.(2013). The Child PTSD Symptom Scale: An Update and Replication of Its Psychometric Properties. *Psychological Assessment* 25, (3), 1025–1031.
- Nurnberg, G.H., Raskin, M., Levine, P.E., Pollack, S., & Siegel, O.(1991).Prince R. The comorbidity of borderline personality disorder and other DSM-III-R Axis II personality disorders. *American Journal of Psychiatry*,148,1371–7.
- Numhauser, J. y Schwartz-Racz, N. (1999). Mujeres sobrepasadas, el drama médico-social de las jefas de hogar politraumatizadas desde la infancia: revisión clínica de 256 casos. *Psiquiatría*, 16 (4), 221-229.
- O'Donnell,M.L.,Alkemade,N., Nickerson,A., Creamer,M.,McFarlane,A.C., Silove,D., ... Forbes,D. (2014). Impact of the diagnostic changes to post-traumatic stress disorder for DSM-5 and the proposed changes to ICD-11. *The British Journal of Psychiatry*, 205, 230–235.
- Olf, M. (2015). Trauma and PTSD: setting the research agenda.*Eur J Psychotraumatol* 6, doi: [10.3402/ejpt.v6.28092](https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28092).



- Olliac, B., Birmes, P., Bui, E., Allenou, C., Brunet, A., Claudet, I., ... Raynaud, J.P. (2014). Validation of the French Version of the Child Post-Traumatic Stress Reaction Index: Psychometric Properties in French Speaking School-Aged Children. Published: December 2, *PLoS One*, 2, 9(12). doi: 0.1371/journal.pone.0112603. eCollection 2014.
- Orengo-García, F., Rodríguez, M., Lahera, G. y Ramírez, G. (2001). Prevalencia y tipos de trastorno por estrés postraumático en población general y psiquiátrica. *Psiquis*, 22 (4), 169-176.
- Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator; 1992.
- Organización Mundial de la Salud (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento con glosario y criterios de investigación. Madrid: Panamericana. (Original de 1994.)
- Osofsky, J.D., Wewers, S., Hann, D.N., & Fick, A.C. (1993). Chronic Community Violence: What Is Happening to Our Children? *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 56(1), 36-45.
- Osofsky, J. D. (1995). The effects of exposure to violence on young children. *American Psychologist*, 50, 782-788.
- Oswald, S.H., Fergert, J.M., & Goldberck, L. (2010). Post-Traumatic Stress Symptom in Foster Children Following Maltreatment and Neglect. *Verhaltenstherapie*, 20, 37-44.



- Owen, A.E., Thompson ,M.P., & Kaslow, N.J.(2006). The mediating role of parenting estrés in the relation between intimate partner violence and child adjustment. *Journal of Family Psychology* ,20(3),505-513.
- Pagura, J., Stein, M.B., Bolton, J.M., Cox ,B.J., Grant, B., & Sareen, J. (2010). *Comorbidity of borderline*, 44(16),1190-8.
- Pfefferbaum B. (1997). Posttraumatic Stress disorder in children: a review of the past 10 years. *Journal American Academ of Child and Adolescent of Psychiatry*, 36,1503-11.
- Perkonigg, A., Kessler, R.C., Storz , S., & Wittchen, H.U. (2000) Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community:prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*, 101 (1),46–59.
- Perrin,M.,Vandeleur,C.L.,Castelao,E.,Rothen,S.,Glaus,J.,Vollenweider,P.,& Preisig,M.(2014).Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.*, 49,447–457.
- Perry, B., & Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma and adaptation: a neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, 33-51.
- Perry, B.D. y Azad,I.(1999). Trastornos de estrés postraumático en niños y adolescentes. *Opiniones actuales en Pediatría*,11(4), 121-132.



- Perry, B.D.(2014).*The cost of caring: Understanding and preventing secondary traumatic stress when working with traumatized and maltreated children*.CTA Parent and Caregiver Education Series Volume 2:Issue 7, ChildTrauma Academy Press
- Peterson, K. C., Prout, M. F., & Schwarz, R. A. (1991). *Pos-Traumatic Stress Disorder. A Clinician's Guide*. New York: Plenum Press.
- Pieschacon, M.(2011).*Postrumatic Stress Disorder. A Cognitive behavioural approach*. (Tesis doctoral). Atlantic International University. Departamento de estudios humanitarios y sociales. Hawaii.
- Pietrzak, R.H., Goldstein, R.B., Southwick, S.M., & Grant, B.F. (2011). Personality disorders associated with full and partial posttraumatic stress disorder in the U.S. population: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Psychiatr Res*, 45(5),678-86. doi: 10.1016/j.jpsychires.2010.09.013. Epub 2010 Oct 15.
- Pincus, H.A., Davis, W.W., & McQueen, L.E. (1999).Subthreshold mental disorders: a review and synthesis of studies on minor depression and other "brand names." *British Journal of Psychiatry*, 174, 288-296.
- Power, M., & Dalegleish, T. (1997). *Cognition and Emotion: From Order to Disorder*. England: The Psychology Press.
- Power,2009. Cognitive psychopathology: The role of emotion. *Análise Psicológica*, 2,127-141.



Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., ... Fairbanks, L. (1987).

Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057–1063.

Pynoos, R.S., & Nader, K. (1992). Children exposed to catastrophic school violence. Paper presented at the American Psychiatric Association annual meeting, Washington DC, May.

Pynoos, R. S. (1993): “Traumatic stress and developmental psychopathology in Children and Adolescents”. En American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Volume 12. Edited by Oldham, J., Riba, M.B., & Tasman, A. Washington, DC: American Psychiatric Press. Pags 205-238.ov; 15(2):22132 (Holocausto 2a generación).

Pynoos, R.S., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjikian, R., Manoukian, G.,...Fairbanks,L.A. (1993). Posttraumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian Earthquake. *British Journal of Psychiatry*, 163, 239-247.

Pynoos, R.S., Steinberg, A. M., & Goenjian, A. (1996). Traumatic stress in children and adolescents: Recent trends and current controversies. In van der Kolk, B., McFarlane, A.C., Wisaeth, L. (Eds.) *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*, (pp.331-358). New York: Guilford Publications, Inc. Pynoos, R., Rodriguez, N., Steinberg, A., Stuber, M., & Frederick, C. (1998). *UCLA PTSD Index for DSM-IV*.

Pynoos, R. (2002). *The Child Post Traumatic Stress-Reaction Index (CPTS-RI)* Available from Robert Pynoos, MD, Trauma Psychiatry Service, UCLA, 300 UCLA Medical Plaza, Los



Angeles, CA 90024-6968 (rpynoos@npih.medsch.ucla.edu) or from Kathleen Nader, DSW, 2809 Rathlin Drive, Suite 102, Cedar Park, TX 78613.

Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., Layne, C.M., Briggs, E.C., Ostrowski, S.A., & Fairbank, J.A. (2009). DSM-V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: a developmental perspective and recommendations. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 391-8.

Rachamim, I., Helpman, L., Foa, E.B., Aderka, I.M., & Gilboa-Schechtman, E. (2011). Validation of the child posttraumatic symptom scale in a sample of treatment-seeking Israeli youth. *Journal of Traumatic Stress, 24*, 356-360.

Rasmussen, A., Smith H., & Keller A.S. (2007). Factor structure of PTSD symptoms among west and central African refugees. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 271-280.

Reich, W., Shayka, J.J., & Taibleson, Ch. (1991). Diagnostic Interview Schedule for Children and Adolescents-DICA-R. Unpublished manuscript, Washington University, Division of Child Psychiatry.

Reich, W. (2000). Diagnostic Interview for Children and Adolescent (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*, 59-66

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). Cognitive processing for rape victims. Newbury Park, Ca: Sage.

Resick, P., & Schnicke, M. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 748-760.



- Resick, P. A., Monson, C.M., & Chard, K.M. (2008). Cognitive processing therapy: Veteran/military version. Washington, DC: Department of Veterans' Affairs.
- Resick, P. A., Monson, C. M. y Rizvi, S. L. (2008). Posttraumatic stress disorder. En D. H. Barlow. (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (pp. 65-122). Nueva York: Guilford Press.
- Reynolds, C.R., & Richmond, B.O. (1978). What I Think and Feel. A revised measure of children's manifest. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Rifkin, A., Quitkin, F., Carrillo, C., Blumberg, A.G., & Klein, D.F. (1972) Lithium carbonate in emotionally unstable character disorder. *Archive General of Psychiatry* 27, 519-23.
- Rincón, P.P. (2003). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: Evaluación de programas de intervención. (Tesis doctoral). Universidad Complutense. Facultad de Psicología. Madrid.
- Rincón, P., Gysling, M., Jiménez, C., Lloyd, S., Navarro, M.F., Retamal, L. y Cova, F. (2014). Propiedades psicométricas de la Escala de Síntomas de TEPT para niños (CPSS) en Población Chilena Afectada por el terremoto y Tsunami del 27-F de 2010. *Terapia psicológica*, 32, 1, 57-64.
- Rogosch, F.A., & Cicchetti, D. (2005). Child maltreatment, attention networks and potential precursors to borderline personality disorder. *Deviant Psychopathology*, 17, 1071-1089.
- Roth, S.H., Newman, E., Pekovitz, D., van der Kolk, B.A., & Mandel, F.S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV. Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 539-555.



Rothbaum, B.O., & Foa E.B.(1993). Subtypes of posttraumatic stress disorder and duration of symptoms, in *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*. Edited by Davidson JRT, Foa EB. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp 23-35.

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C., Dulcan, M., Schwab-Stone, M., & NIMH.(2000). Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 39, 28-38.

Sahin, N.H., Batigün, A.D., & Yilmaz, B.(2007). Psychological symptoms of Turkish children and adolescents after the 1999 earthquake: exposure, gender, location, and time duration. *Journal of Traumatic Stress* 20, 335-45.

Salcioglu, E., & Basoglu, M.(2008). Psychological effects of earthquakes in children: prospects for brief behavioral treatment. *World Journal Pediatrics* 4, (3), 1-8.

Samaniego, V.(2008). El Child Behavior Checklist:su estandarización en población urbana argentina. *Revista de Psicología UCA*,4,8, 113-130.

Sansone, R.A., Gaither, G.A., & Songer, D.A.(2002). The relationships among childhood abuse, borderline personality, and self-harm behavior in psychiatric inpatients. *Violence Vict*,17(1), 49-55.

Scott, K.L., Wolfe, D. A., & Wekerle,C. (2003). Maltreatment and trauma: Tracking the connections in adolescence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*,12, 211-230.



Sescosse, M.G., Padrós, F., García, T. y Laca, F. (2014). Modelos Cognitivos conductuales del trastrono por estrés postraumático. *Uaricha*, 11, 25, 35-54.

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

Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., Myers, L., & Putnam, F.W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of American Academy Child and Adolesc Psychiatry*, 42, 561-570.

Scheeringa, M.S., & Cohen, J.A. (2009). Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises. *Dialogues Clinical Neuroscences*, 11(1), 91-99.

Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., & Cohen, J.A. (2010). PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, 1-13.

Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents: Towards an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, 28 (9), 770-782. 10.1002/da.20736.

Scheeringa, M. S., Myers, L., Putnam, F. W., & Zeanah, C. H. (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: an empirical assessment of four approaches. *Journal of Traumatic Stress*, 25 (4), 359-367.



- Scheeringa, M.(2013). Comentarios al Trastorno por Estrés Postraumático en niños de 6 años y menores. DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*,5, (1). ISSN: 2007-8544.
- Schiffer, F., Teicher, M.H. & Papanicolaou, A.C.(1995). Evoked potential evidence for right brain activity during the recall of traumatic memories. *Neuropsychiatry Clinical Neuroscience*, 7(2),169-75.
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J., & Rosenberg, S.D. (1993) Premilitary MMPI scores as predictors of combat-related PTSD symptoms. *American Journal of Psychiatry*. 150,479–483.
- Schnurr, P.; Friedman, M., & Bernardy, N. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology and assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (8),877-889.
- Schützwohl, M., & Maercker, A. (1999): Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 155-165.
- Schmidt, U. (2015). A plea for symptom-based research in psychiatry. *European Journal of Psychotraumatology*, 6. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v6.27660>.
- Shevlin,M., McBride,O., Armour,C., & Adamson, G.(2009). Reconciling the differences between the King et al.(1998) and Simms et al (2002) factor models of PTSD. *Jornal of Anxiety Disorders*,23, 995-1001.



- Siever, L.J., Torgersen, S., Gunderson, J.G., Livesley, W.J., & Kendler, K.S. (2002). The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies. *Biological Psychiatry*, 51(12), 964-8.
- Simms, L.J., Watson, D., & Doebbell, B.N. (2002). Confirmatory factor analyses of posttraumatic stress symptoms in deployed and non-deployed veterans of the Gulf War. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 637-647.
- Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dagleish, T., & Clark, D. (2007). Cognitive behavior therapy for PTSD in children and adolescents: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1051-1061.
- Spitzer, R., Kaplan, S., & Pelcovitz, D. (1989). Victimization disorder: A needed addition to DSM-IV. Proceedings of the 142nd Annual Meeting of the American Psychiatric Association Summary, 14, 234.
- Stammel, N., Abbing, E.M., Heeke, C., & Knaevelsrud, C. (2015). Applicability of the ICD-11 proposal for PTSD: a comparison of prevalence and comorbidity rates with the DSM-IV PTSD classification in two post-conflict samples. *European Journal of Psychotraumatology* 6, doi: 10.3402/ejpt.v6.27070.
- Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L., & Forde, D.R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1114-1119.



- Stein, D.J., McLaughlin, K.A., Koenen, K.C., Atwoli, L., Friedman, M.J., Hill, E.D., ... Kessler, R.C. (2014). DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: Investigating “narrow” and “broad” approaches. *Depression and Anxiety, 31*, 494-505. doi:10.1002/da.22279.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly, 7*, 467-489
- Stern, A. (1986). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. En: Stone MH, editor. Essential papers on borderline disorders. New York: New York University Press; p.54-73.
- Steele, H., & Siever, L. (2010). An attachment perspective on borderline personality disorder: advances in gene-environment considerations. *Curr Psychiatry Rep, 12* (1), 61-7.
- Stern, J. (1990): “Psychotherapy of loss and ghet Sante-Ment-Que”. N290.
- Stewart, R.W., Ebesutani, C., Drescher, C.F., & Young, J. (2015). The Child PTSD Symptom Scale: An Investigation of Its Psychometric Properties. *Journal Interpersonal Violence 12* pii: 0886260515596536.
- Stone, M. H. (1980). The borderline syndromes: constitution, personality and adaption. Nueva York NY: McGraw-Hill.
- Silk, K.R., Lee, S., Hill, E.M.D., & Lohr, N.E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry 152*, 1059-1064.



- Soler, J. (2010). Aplicación de la terapia dialéctica conductual grupal en el Trastorno Límite de la Personalidad.(Tesis doctoral).Universidad Autónoma de Barcelona. Hospital de la Santa creu I Sant Pau.
- Solomon, S., & Canino, G. (1990). Appropriateness of the DSM-III-R criteria for posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 227-237.
- Sosa, C.D., Capafons,J. y López, C. (1990). Adaptación española de la Revised Children's manifest Anxiety Scale. Un estudio psicométrico. Actas del II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Área: Diagnóstico y Evaluación Psicológica (202-209).
- Szerman, N. (2015). Patología dual en la psicosis. *Revista de patología Dual* 2,(2),10.
- Tay, K., Rees,S, Chen,J., Kareth,M., & Silove,D.(2015). The structure of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder amongst West Papuan refugees. *Alvin BMC Psychiatry* 15, 111.
- Taylor, S., Kuch, K., Koch, W. J., Crockett, D. J., & Passey, G. (1998). The Structure of Posttraumatic Stress Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 154-160.
- Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Armour, C., Southwick, S. M., Krystal, J. H., & Pietrzak, R. H.(2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms: results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 76 (5), 546-553.



- Tayyib, M., Boysan, M., Ceylan, N., & Ceri, V. (2014). Psychometric properties of the Turkish version of the Child PTSD Symptom Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 55, (6), 1435-1441.
- Terr, L. (1991). Traumas en la Infancia: Esquema y resumen. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Teicher, M.H., Ito, Y., Glod, C.A., Andersen, S.L., Dumont, N., & Ackerman, E. (1997). Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 82 (1), 160-75.
- Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A., Anderson, C.M., Navalta, C.P., & Kim, D.M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 27, 33-44.
- Teicher, M.H., Dumont, N.L., Ito, Y., Vaituzis, C., Giedd, J.N. y Andersen SL. (2004) Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological Psychiatry*, 56, 80-5.
- Todd, R.D., Joyner, C.A., Heath, A.C., Neuman, R.J., & Reich, W. (2003). Reliability and stability of a semistructured DSM-IV interview designed for family studies. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1460-8.
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Pérez, G., & Martín, R. (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: Validity of the Spanish versions of the Psychiatric research Interview for Substance and mental Disorders and the Structured Clinical interview for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1231-1237.



- Tyrka, A.R., Wyche, M.C., Kelly, M.M., Price, L.H., & Carpenter, L.L. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: influence of maltreatment type. *Psychiatry Research, 28* (165), 281-7.
- Uemoto, M., Asakawa, A., Takamiya, S., Asakawa, K., & Inu, A. (2012). Kobe Earthquake and Post-Traumatic Stress in School-Aged Children. *International Journal of Behavioral Medicine, 1*, 243-251.
- Valdivia, M. (2002). Trastorno por estrés postraumático en la niñez. *Revista chilena de Neuropsiquiatría, 40* (2), 76-85.
- Valla, J., Bergeron, L., & Smolla, N. (2000). The Dominic-R: A pictorial Interview for 6- to 11- year-old children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*, 85-93.
- Van Der Hart, O., Steele, K., & Ford, J. (2003). "Introducing Issues in the Treatment of Complex PTSD" ISTSS.org/publications/ts/fall01/ptsdissues.htm.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R., & Steele, K. (2005). Dissociation: An Insufficiently Recognized Major Feature of Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 5, 413-423.
- Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A., & Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatización and affect dysregulation. The complexity of adaptation to trauma. *American Journal Psychiatry, 153*, 83-93.



- Van Der Kolk, B.A.(1996): “*The complexity of adaptation to trauma : Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development*”. In: Van Der Kolk, BA.;
- McFarlane, A.; Weisaeth, L.; eds. “*Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*”. New York: Guilford Press; 182-213.
- Van der Kolk, BA.(1996) “*The body keeps the score*”. In: Van der Kolk BA, McFarlane A.; Weisaeth, L., eds Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society. New York: Guilford Press; 214-241.
- Van Der Kolk, B., McFarlane, A. y Van Der Hart, O.(1996): “*A general approach to the treatment of post-traumatic stress disorder*”. In Traumatic Stress: The effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society. New York: Guilford Press 417-440.
- Van Der Kolk, B., Hopper, J., & Osterman, J.(2001). “Exploring the Nature of Traumatic Memory: Combining Clinical Knowledge with Laboratory Methods”. *Journal of aggression, maltreatment and Trauma*, 4, 2.
- Van der Kolk, B. A. (2001). The Assessment and Treatment of Complex PTSD. In Rachel Yehuda (ed.). Traumatic Stress. American Psychiatric Press.
- Van der Kolk, B. A.(2007). The developmental impact of childhood trauma. In L.J.Hirmayer, R. Lemelson, & M. Barad. (Eds.), Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives (pp. 224-241). New York: Cambridge University Press.



- Van Emmerik, A.A., & Kamphuis, J.H.(2011).Testing a DSM-5 reformulation of posttraumatic stress disorder: Impact on prevalence and comorbidity among treatment-seeking civilian trauma survivors. *Journal of Traumatic Stress, 24* (2),213-7. doi: 10.1002/jts.20630.
- Vázquez.C.(2005). Reacciones de estrés en la población general tras los ataques terroristas del 11 S, 2001 (EEUU) y del 11 M (Madrid España): Mitos y realidades. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud,1* (1) 9-25.
- Ventura, R.E., Bravo,T.M. y Hernández,S.(2005). Trastorno por estrés postraumático en el contexto médico militar.*Revista Cubana Medica Militar ,34*(4),1-8.
- Vernberg, E.M., La Greca, A.M., Silverman, W. K., & Prinstein, M. J. (1996). Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after Hurricane Andrew. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(2), 237-248.
- Vernberg, E. M., & Varela, R.E. (2001). Posttraumatic stress disorder:A developmental perspective. In M. W. Vasey & M.R. Dadds (Eds.). *The developmental psychopathology, and anxiety*(pp.386-406). New York: Oxford University Press.
- Villafañe, A., Milanesio, M. S., Marcellino, C. M. y Amodei, C.(2003). La Evaluación Del Trastorno Por Estrés Postraumático: Aproximación A Las Propiedades Psicométricas De La Escala De Trauma De Davidson. *Evaluar 3*, 80-91.



- Vythilingam M, Afzal N, et al. (2005). Positron emission tomographic imaging of neural correlates of a fear acquisition and extinction paradigm in women with childhood sexual-abuse related post-traumatic stress disorder. *Psychology Medicine*, 35, 791-806.
- Wang, L., Zhang, Y., Shi Z., & Wang, W. (2009) Symptoms of posttraumatic stress disorder among adult survivors two months after the Wenchuan earthquake. *Psychological Reports*, 105, 879–885. doi: 10.2466/pr0.105.3.879-885
- Watson, L., Clark, A., & Stasik, S.M. (2011). Emotions and the emotional disorders: A quantitative hierarchical perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(3), 429-442.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A. y Keane, T. M. (1993, October). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Weitzman, J. (2005). Maltreatment and trauma: Toward a comprehensive model of abused children from developmental psychology. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22, 321-341.
- Weston, C.S.E. (2014). Posttraumatic Stress Disorder: A Theoretical Model of the Hyperarousal Subtype. *Frontiers in Psychiatry*, 5 (37), 1-20.
- Wells, E.B., Weller, R.A., Ronney, M.T., & Fristad, M. (1999). *Children's Interview for Psychiatric Syndromes*. Washington, DC: American Psychiatric Press.



Wick-Nelson, R. y Israel, A.C. (2003). Psicopatología del niño y el adolescente. 3ª edición Cap. Trastornos de ansiedad pp: 132-134.

Wolak, J., & Finkelhor, D. (1998). Children exposed to partner violence. In J. L. Jasinski & L. M. Williams (Eds.), *Partner violence: A comprehensive review of 20 years of research* (pp. 73-112). Thousand Oaks, CA: Sage.

Wolfe, V. V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L., & Wolfe, D. A. (1991). The children's impact of traumatic events scale: A measure of post-sexual-abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment, 13*, 359-383.

Yehuda, R., & McFarlane (editors.) (1997). *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. The New York Academy of Sciences New York.

Yehuda, R., Marshall, R., & Giller, E.L., Jr. (1998). Psychopharmacological treatment of post traumatic stress disorder. In P.E. Nathan & J.M. Gorman (Eds.) *A guide to treatments that work* (pp. 375-397). Oxford: Oxford University Press.

Yehuda, R., Schmeidler, R. J., Wainberg, M., Binder, I., Brynes, K. y Duvdevani, T. (1998) : "Vulnerabilidad al trastorno por estrés postraumático en hijos adultos de supervivientes al Holocausto". *American Journal of Psychiatry, 155*, 1163-1171.

Yehuda, R., Marshall, R., Penkower, A., & Wong, C.M. (2002). Pharmacological treatments of post-traumatic stress disorder. En P. Nathan y J. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (2ª ed., pp. 411-445). Nueva York: Oxford University Press.



- Yen, S., Shea, M.T., Battle, C.L., Johnson, D.M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., Skodol, A.E., Grilo, C.M., Gunderson, J.G., Sanislow, C.A., Zanarini, M.C., Bender, D.S., Rettew, J.B., & McGlashan, T.H.(2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*, 510-518.
- Young, G. (2014). PTSD, endophenotypes, the RDoC, and the DSM-5. *Psychological Injury and Law*, *7*, 75-91. doi:10.1007/s12207-014-9187-x
- Young, G., Lareau, C., & Pierre, B. (2014). One quintillion ways to have PTSD comorbidity: Recommendations for the disordered DSM-5. *Psychological Injury and Law*, *7*, 61-74. doi:10.1007/s12207-014-9186-y
- Yufik, T., & Simms, L. J. (2010). A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms. *Changes*, *119* (4), 764–776.
- Zarini, M.C., & Frankenburg, F. R. (1994). Emotional hypocondriasis, hyperbole, and the borderline patient. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*,*3*, 25-36.
- Zarini, M.C., & Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *11*, 93-104.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., DeLuca, C.J., Hennen, J., Khera, G.S., & Gunderson, J.G.(1998) Dysphoric States Specific to Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, *6*, 4, 201-207.



- Zanarini, M.C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 89-101.
- Zanarini, M.C., Yong, L., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., Marino, M.F., & Vujanovic, A.A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 381-387.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B., & Silk, K.R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2108-14.
- Zelazny, K., & Simms, L.J. (2015). Confirmatory factor analyses of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in psychiatric samples differing in Criterion A status. *Journal of Anxiety Disorders Journal of Anxiety Disorders*, 34, 15-23.
- Zimmerman, D.J., & Choi-Kain, L.W. (2009). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in borderline personality disorder: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(3), 167-83.
- Zoellner, L.A., Rothbaum, B.O., & Feeny, N.C. (2011). PTSD not an anxiety disorder? DSM committee proposal turns back the hands of time. *Depression and Anxiety*, 28, 853-856. doi:10.1002/da.

20899



- Zoellner, L.A., Bedard-Gilligan, M.A., Jun, J.J., Marks, L.H., & Garcia, N.M. (2013). The evolving construct of posttraumatic stress disorder (PTSD): DMS-5 criteria changes and legal implications. *Psychology Injury and the Law*, 6, 277-289. doi:10.1007/s12207-013-9175-6
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., de Corral, P., Sauca, D. y Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades violentas* (pp. 129-152). Madrid: Pirámide.
- Zweig-Frank, H., & Paris, J. (2002). Predictors of outcome in a 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43,(2),103-107.



ANEXOS

Anexos

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el

trauma Complejo.



ANEXOS

| DSM IV TR(2000) TEPT | DSM -5(2013) ADULTOS/NIÑOS EDAD ESCOLAR Y ADOLESCENTES | DSM-5 (2013) NIÑOS EDAD PRECOLAR |
|--|--|---|
| <p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha existido 1 o 2:</p> <p>1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado 1 o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.</p> | <p>A. La persona estuvo expuesta a 1 o más de los siguientes eventos: muerte o amenaza de muerte, daños grave real o amenaza, o violación sexual real o amenaza en 1 o más de las siguientes maneras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experimentar el evento por sí mismo 2. Ser testigo en persona de que el evento ha ocurrido a los demás. 3. Al enterarse de que el evento le ocurrió a algún amigo o allegado, en cuyo caso, la muerte o amenaza debe haber sido violenta o accidental. 4. Experimentar la exposición repetida o aversión extrema a los detalles del evento (p ej., los primeros en responder o recoger las partes del cuerpo, los agentes de policía expuestos repetidamente a los | <p>A.En niños menores de 6 años, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Experiencia directa del suceso(s) traumático(s). 2.Presencia directa del suceso(s) ocurrido(s) 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. |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el

trauma Complejo.



ANEXOS

| | | |
|---|--|---|
| | <p>detalles de abuso de menores), lo que no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o imágenes a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.</p> | |
| <p>2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.</p> <p>Nota: en niños esta respuesta puede expresarse en comportamientos agitados o desestructurados.</p> | <p>2 Eliminado (No hay evidencia de que afecta de manera significativa el diagnóstico).</p> | <p>2 Eliminado (No hay evidencia de que afecta de manera significativa el diagnóstico).</p> |
| <p>B.El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de 1 o más de las siguientes formas:</p> | <p>B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes a asociados al suceso(s) traumático(s):</p> | <p>B.Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguiente asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumáticos (s):</p> |
| <p>B1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusivos que provocan malestar y en el que se incluyen Imágenes, pensamientos o percepciones.</p> | <p>B1. 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</p> | <p>B1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s). Nota: Los recuerdos espontáneos e intrusivos pueden no ser necesariamente angustioso y se pueden expresar</p> |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el

trauma Complejo.



ANEXOS

| | | |
|--|---|--|
| <p>Nota: En niños puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.</p> | <p>suceso (s) traumático.</p> | <p>como recreación en el juego.</p> |
| <p>B2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar, Nota: en niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.</p> | <p>B2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y /o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático (s). Nota: En lo niños pueden existir sueños aterradores sin contenido reconocible.</p> | <p>B2.Sueños angustiosos recurrentes relacionados con el evento traumático(Nota: puede que no sea posible determinar que el contenido está relacionado con el evento traumático</p> |
| <p>B3. El individuo actúa o tiene sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo. Nota: los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.</p> | <p>B3 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.</p> | <p>B3. 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</p> |
| <p>B4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</p> | <p>B4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático/s.</p> | <p>B4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático/s.</p> |
| <p>B.5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos externos o internos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</p> | <p>B.5 Marcadas reacciones fisiológicas a los recordatorios del acontecimiento traumático/s.</p> | <p>B.5 Marcadas reacciones fisiológicas a los recordatorios del acontecimiento traumático/s.</p> |
| <p>C.Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo(ausente antes del trauma), tal y como indican 3 o más de los</p> | <p>C.Evitación persistente de estímulos relacionados con el evento traumático/s(que se inició después del evento/s traumático/s)como lo demuestran los esfuerzos para evitar 1 o las dos características</p> | <p>C. Alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo que se asocian con el evento traumático/s(que se inició o empeoró</p> |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el

trauma Complejo.



ANEXOS

| siguientes síntomas | siguientes: | después del evento traumático(s), como se evidencian por 1 o más de los siguientes |
|--|--|--|
| C1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático | C1. Evita recordatorios internos(pensamientos sentimientos o sensaciones físicas) que motivan recuerdos del evento traumático/s. | C1. Evitación o esfuerzos para evitar actividades, lugares o recordatorios físicos que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s). |
| C2.Esfuersos para evitar actividades, lugares o personas, que motivan recuerdos del evento traumático. | C2. Evita recordatorios externos(personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones)que motivan recuerdos del evento traumático/s. | C2. Evitación o esfuerzos para evitar personas, conversaciones o situaciones interpersonales que despiertan el recuerdo del suceso(s) traumático(s). |
| C3. Incapacidad de recordar un aspecto importante del trauma. | | Alteración cognitiva |
| C4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas. | D.Alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo que se asocian con el evento traumático/s(que se inició o empeoró después del evento traumático/s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes: | C3. Aumento importante de lo frecuencia de estados emocionales negativos (p.ej., miedo, culpa, tristeza, vergüenza, confusión). |
| C5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás. | D1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del acontecimiento traumático/s(por lo general la amnesia disociativa, no debido a lesión en la cabeza, el alcohol o drogas). | C4. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas, que incluye disminución del juego. |
| C.6. Restricción de la vida afectiva(p.ej., incapacidad para tener sentimientos de amor) | D2. Persistentes y exageradas expectativas negativas, sobre uno mismo, otros o el mundo(p.ej., “estoy mal”, “ no se puede confiar”, “he perdido mi alma para siempre”, “ mi sistema nervioso está permanentemente en ruinas”, “ el mundo es completamente peligroso”. | C5. Comportamiento socialmente retraído. |
| C7.Sensación de futuro limitado (p.ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o en definitiva, tener la esperanza de una vida normal. | | |
| D. Síntomas persistentes de | D3. Persistente culpa distorsionada de sí mismo o de | C6. Reducción persistente de la expresión de emociones |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el

trauma Complejo.



ANEXOS

| | | |
|---|--|---|
| <p>aumento de la activación (arousal)(ausente antes del trauma), tal y como indican 2 o más de los siguientes síntomas:</p> | <p>otros a cerca de la causa o las consecuencias del acontecimiento traumático/s.</p> | <p>positivas.</p> |
| <p>D.1. Dificultades para conciliar y/ o mantener el sueño. D.2.Irritabilidad o ataques de ira. D.3.Dificultades para concentrarse</p> | <p>D.4. Generalizado estado emocional negativo: p.ej., el miedo, el horror, la ira, la culpa o la vergüenza.</p> | <p>D. Alteración importante de la alerta y de la reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto en dos (o más)de las características siguientes:</p> |
| <p>D4. Hipervigilancia. D.5. Respuestas exageradas de sobresalto.</p> | <p>D5. Disminución acusada del interés o participación en actividades significativas.</p> | <p>D1. 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).</p> |
| | <p>D6. Sensación de desapego o enajenación de los demás.</p> | <p>D2. Hipervigilancia.</p> |
| | <p>D.7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas(p.ej., incapaz de tener sentimientos de amor, embotamiento psíquico)</p> | <p>D3. Respuesta de sobresalto exagerada.</p> |
| <p>E.Estas alteraciones (síntomas de los criterios B,C y D), se prolongan más de un mes.</p> | <p>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:</p> | <p>D4. Problemas con concentración D5. Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).</p> |
| | <p>E1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos).</p> | <p>E. La duración de la alteración es superior a un mes.</p> |
| | <p>E2. Comportamiento imprudente o autodestructivo</p> | <p>F. La alteración causa malestar clínicamente significativo o problemas en la relación con los</p> |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el

trauma Complejo.



ANEXOS

| | | |
|---|---|---|
| | | padres. Hermanos, compañeros u otros cuidadores, o en el comportamiento en la escuela. |
| | E.3 Hipervigilancia | G. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica. |
| | E4. Respuesta exagerada de sobresalto | Especificaciones: |
| | E.5. Problemas de concentración. | Especificar si: Con síntomas disociativos : Los síntomas cumplen criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático y el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los cuadros siguientes: |
| | E.6. Trastornos del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o mantener el sueño, sueño inquieto). | 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). |
| F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. | F. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B,C,D y E) se prolongan más de un mes | 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, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el

trauma Complejo.



ANEXOS

| | | |
|--|---|--|
| | | afección médica (p. ej., epilepsia parcial compleja). |
| | G. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en importantes áreas, social, laboral o de otro tipo de funcionamiento. | 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). |
| Especificaciones | H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica. | |
| Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses. | Especificaciones | |
| Crónico: Si los síntomas duran 3 meses o más. | 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). | |
| Especificaciones: | | |
| De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas ha pasado por lo menos 6 meses | Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características 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). | |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el

trauma Complejo.



ANEXOS

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, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (p.ej., epilepsia parcial compleja).

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el

trauma Complejo.



ANEXOS

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS CIE 10/CIE11 CIE10 CIE 11

A) La exposición a un evento estresante o situación (ya sea corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que es probable que cause malestar generalizado en casi todo el mundo.

B) Recuerdo persistente o "revivir" el factor estresante de flash backs intrusivos, vívidos recuerdos, sueños recurrentes, o por experimentar malestar cuando se expone a las circunstancias que se asemejan relacionadas con el estrés.

C). Evitación real o preferente de las circunstancias que se asemejan o están asociadas con el estrés (no presente antes de la exposición al estresor).

D). O bien (1) o (2):

(1) La incapacidad para recordar, ya sea parcial o totalmente, algunos aspectos importantes del período de exposición al factor de estrés

(2) Síntomas persistentes de aumento de la sensibilidad y la excitación psicológica (no presente antes de la exposición al factor estresante) mostrado por dos cualesquiera de los siguientes:

Exposición a un suceso extremadamente amenazante y/ u horroroso

Reexperimentación:

(uno u otro)

1) Sueños angustiosos recurrentes relacionadas con un evento ahora percibidos como teniendo gravemente amenazados bienestar físico o psicológico de una persona, de la que la persona se despierta con miedo u horror marcada

2) Imágenes diurnas repetidas relacionadas con un evento que ha supuesto una experiencia de sentirse gravemente amenazados física o psicológicamente

Evitación (uno u otro)

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos, conversaciones, o recordatorios internos asociados con el evento reexperimentado (s)

2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares, personas o recordatorios externos asociados con el evento reexperimentado (s)

Hiperexcitación: o bien (1) o (2)

1. Hipervigilancia / 2. Respuesta de sobresalto exagerada.

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el

trauma Complejo.



ANEXOS

Deterioro. Los síntomas deben durar por lo menos varias semanas y provocar un deterioro significativo de la actividad

a) dificultad para conciliar o mantener el sueño;

b) irritabilidad o ataques de ira;

c) dificultad para concentrarse;

d) hipervigilancia;

e) exagerada respuesta de sobresalto

E. Criterios B, C (Si es de inicio retrasado (más de seis meses) se puede incluir, pero esto debe ser claramente especificado por separado.)

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el

trauma Complejo.



ANEXOS

ESCALA INFANTIL DE SINTOMAS DE TEP (CPSS)

Foa et al, 2001. Adaptación Rincón, 2007

I. ANEXO 1: PARTE - 1

Debajo hay una lista de los problemas que los niños y jóvenes tienen a veces después de la experimentación de un evento traumático. Lee cada uno con cuidado y rodea el número (0/3) que mejor describe con qué frecuencia ese problema te ha molestado EN LAS ULTIMAS 2 SEMANAS

Por favor escribe abajo el acontecimiento estresante que más te entristece:

Tiempo desde que sucedió el acontecimiento: _____

| | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--|------------------------------------|--|---|---|
| 1. Has tenido pensamientos o imágenes acerca del evento, que vienen a tu mente aunque tú no has querido. | 0 Nada o sólo un momento | 1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando | 2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo | 3 5 o más veces por semana/casi siempre |
| 2. Has tenido sueño malos o pesadillas | 0 Nada o sólo un momento | 1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando | 2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo | 3 5 o más veces por semana/casi siempre |
| 3. Has actuado o has tenido sentimientos como si el evento estuviera pasando de nuevo (Al escuchar algo o ver una imagen relacionada con el evento traumático te han sentido como si estuvieras ahí otra vez). | 0 Nada o sólo un momento | 1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando | 2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo | 3 5 o más veces por semana/casi siempre |
| 4. Te has sentido mal cuando piensas acerca de eso o escuchas hablar acerca del evento (por ejemplo, sintiéndose asustado, enojado, triste, culpable, etc). | 0 Nada o sólo un momento | 1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando | 2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo | 3 5 o más veces por semana/casi siempre |
| 5. Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas acerca del evento (por ejemplo, transpirando repentinamente o latiéndote muy rápido el corazón). | 0 Nada o sólo un momento | 1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando | 2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo | 3 5 o más veces por semana/casi siempre |
| | 0 | 1 | 2 | 3 |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el

trauma Complejo.



ANEXOS

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|---|
| 6. Has tratado de no pensar, hablar o tener sentimiento acerca del evento. | Nada o sólo un momento | Una vez a la semana o menos / de vez en cuando | 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo | 5 o más veces por semana/casi siempre |
| 7. Has tratado de evitar actividades, personas o lugares que te recuerden del evento traumático. | 0 Nada o sólo un momento | 1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando | 2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo | 3 5 o más veces por semana/casi siempre |
| 8. Has sido incapaz de recordar una parte importante del evento traumático. | 0 Nada o sólo un momento | 1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando | 2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo | 3 5 o más veces por semana/casi siempre |
| 9. Has tenido mucho menos interés en hacer cosas que solías hacer. | 0 Nada o sólo un momento | 1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando | 2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo | 3 5 o más veces por semana/casi siempre |
| 10. Has tenido dificultad en sentirte cercano a las personas que te rodean. | 0 Nada o sólo un momento | 1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando | 2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo | 3 5 o más veces por semana/casi siempre |
| 11. Has sido incapaz de tener sentimientos fuertes (por ejemplo, incapacidad para llorar o sentirte feliz). | 0 Nada o sólo un momento | 1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando | 2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo | 3 5 o más veces por semana/casi siempre |
| 12. Has sentido que tus planes futuros o tus esperanzas no se harán realidad (por ejemplo, no tendrás trabajo, no te casarás o no tendrás hijos). | 0 Nada o sólo un momento | 1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando | 2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo | 3 5 o más veces por semana/casi siempre |
| 13. Has tenido problemas para quedarte o permanecer dormido. | 0 Nada o sólo un momento | 1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando | 2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo | 3 5 o más veces por semana/casi siempre |
| 14. Te has sentido irritable o has tenido ataques de rabia. | 0 Nada o sólo un momento | 1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando | 2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo | 3 5 o más veces por semana/casi siempre |
| 15. Has tenido dificultad para concentrarte (por ejemplo, perdiendo la pista a una historia en la televisión, olvidando lo que leías, no poniendo atención en clases). | 0 Nada o sólo un momento | 1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando | 2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo | 3 5 o más veces por semana/casi siempre |
| 16. Has estado demasiado preocupado | 0 Nada o | 1 Una vez a la | 2 2 a 4 veces a la | 3 5 o más veces |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el

trauma Complejo.



ANEXOS

| | | | | |
|--|------------------------------------|--|---|---|
| (por ejemplo, revisando quién esta alrededor tuyo y qué está alrededor tuyo). | sólo un momento | semana o menos / de vez en cuando | semana/mitad el tiempo | por semana/casi siempre |
| 17. Has estado asustado o te has sobresaltado fácilmente (por ejemplo, cuando alguien se acerca detrás de ti). | 0 Nada o sólo un momento | 1 Una vez a la semana o menos / de vez en cuando | 2 2 a 4 veces a la semana/mitad el tiempo | 3 5 o más veces por semana/casi siempre |

Escala Infantil de Síntomas de TEP (CPSS) Parte-2

Indica abajo si los problemas que tú marcaste en la parte 1 te han afectado en cualquiera de las siguientes áreas de tu vida **DURANTE** las **ÚLTIMAS 2 SEMANAS**.

| | | SI | NO |
|-----|--|-----------|-----------|
| 18. | Al hacer tus oraciones o rezos. | S | N |
| 19. | Al hacer tus tareas de la casa. | S | N |
| 20. | En tus relaciones de amistad. | S | N |
| 21. | En tus pasatiempos o actividades de entretenimiento. | S | N |
| 22. | Al hacer tus tareas escolares. | S | N |
| 23. | En tus relaciones con tu familia. | S | N |
| 24. | En tu felicidad general con tu vida. | S | N |

El diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático en Infancia y Adolescencia y Aportaciones para el

trauma Complejo.

