



Revista Científica General José María
Córdova

ISSN: 1900-6586

revistacientifica@esmic.edu.co

Escuela Militar de Cadetes "General José
María Córdova"
Colombia

Latorre Rojas, Edna Jackeline

TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO EN MENORES DESPLAZADOS POR
CONFLICTOS ARMADOS EN COLOMBIA: UNA REVISION DESDE LA PERSPECTIVA
DEL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

Revista Científica General José María Córdova, vol. 5, núm. 7, julio, 2009, pp. 88-98
Escuela Militar de Cadetes "General José María Córdova"
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476248849013>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MENORES DESPLAZADOS POR CONFLICTOS ARMADOS EN COLOMBIA: UNA REVISIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL



Profesora: **Edna Jackeline Latorre Rojas**

Psicóloga, Universidad Católica de Colombia. Candidata a Título de Doctor en Psicología Social y Antropología Organizacional, Universidad de Salamanca. Docente Metodología de Investigación y Medición y Evaluación Escuela Militar de Cadetes "General José María Córdova" y Universidad Cooperativa de Colombia

RESUMEN

El presente escrito hace una revisión teórica de 48 referencias bibliográficas en relación al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), en la infancia. Centra su interés en los niños desplazados por la violencia y el conflicto armado en Colombia, recopilando los planteamientos de algunos autores frente al trastorno, el diagnóstico, la evaluación y los modelos de intervención que se han utilizado hasta ahora. Por último se plantean propuestas de investigación que responden a lo que aún no se ha hecho sobre este sensitivo tema.

PALABRAS CLAVES

Trastorno de Estrés postraumático en niños, ansiedad en niños, población desplazada. Violencia Social.

ABSTRACT

The present writing is a theoretic revision of last the five years, about to, Disorder Stress Postraumatic (DSP) in the childhood, mainly centers its interest in the displaced children by violence and armed conflict in Colombia, Compling the expositions of some authors on front to disorder, diagnose, the evalution and the models of intervention that have been used until now, at last, investigation proposals consider that response to that it has not been made even in investigation and processes of psychological intervention in the infantile population victims of conflict armed and situation of displacement.

KEYWORDS

Disordder Stress Postraumatic in the Childhood, anxiety in the child, population displacement, Social Violence.



La violencia, y más aún los procesos de violencia, no solo generan problemáticas sociales, sino que también dejan secuelas en los individuos que se encuentran directa o indirectamente sometidos a presenciar, vivir y convivir con ellos. Al encontrarse inmersos en situaciones caóticas las personas vulneradas presentan crisis, que muchas veces no son percibidas por ellos mismos y que van a afectar su relación con el entorno en general, su relación social y su vida individual. Las personas que han sufrido por un evento traumático no vuelven a ver la vida de la misma manera como la veían antes; su comportamiento presentará un cambio que, dependiendo del apoyo, ayuda a los mecanismos de defensa utilizados, podrá ser superado eficazmente o, por el contrario, se convertirá en una tortura por el resto de su vida. Dependiendo del tratamiento que se le dé a la situación problemática, los efectos de un evento violento generan un "trauma" que a su vez llevará al desarrollo de un trastorno de ansiedad, catalogado como Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Inicialmente, y para llegar a la explicación del trastorno de estrés postraumático, es importante revisar teóricamente la concepción que se tiene de trauma, desde la perspectiva de la psicología social manifestada en autores como Echeburúa (2004) y Aguado, Manrique y Silberman (2004), quienes argumentan que hay sucesos traumáticos, como las agresiones sexuales, los atentados terroristas, o los delitos violentos, que, por desgracia, afectan a un grupo relativamente numeroso de personas, donde las víctimas afectadas por un trauma pueden suponer el 1% o el 2% de la población adulta, siendo más las que están sometidas o expuestas a acontecimientos traumáticos, pero solo una minoría padece realmente un trauma. Ello supone las características del suceso traumático y las características psicológicas de la víctimas. (Echeburúa, 2004).

Cuando se experimenta un evento traumático o una serie de eventos de esta índole, son muchas las reacciones que podría tener la persona expuesta; inicialmente, puede sentir conmoción, terror o una sensación de que lo que sucedió es irreal o extraño. Puede sentirse aturrida, como si estuviera separada de su cuerpo (un fenómeno denominado disociación). Incluso puede recordar todos los detalles (o algunos detalles) de lo que sucedió exactamente. Si es superviviente de eventos traumáticos duraderos, sus reacciones pueden ser diferentes. Puede sentirse como si hubiera vivido en una zona de guerra su vida entera, siempre atenta, siempre preparada para ser atacada o dañada en cualquier momento. (Aguado, Manrique y Silberman, 2004).

Resumiendo lo anterior y teniendo en cuenta la explicación del DSM IV, el trauma es entendido como el conjunto de las consecuencias psicológicas que deja un evento intenso;

pueden ser de cualquier índole, pero en general es una situación en la cual se encuentra en peligro la vida de la persona o de alguien cercano. Aclarado el concepto de trauma es preciso llegar a la definición de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y a los criterios de diagnóstico clínico del Desorden.

Son muchos los autores que coinciden en que el concepto de trastorno de estrés postraumático (TEPT) se incluye en 1980 como trastorno de ansiedad dentro del marco del diagnóstico de DSM III, en el cual se hace énfasis en acontecimiento traumático y posteriormente se vuelve a revisar en el DSM IV, encontrando diferencias con el anterior, en cuanto a la reacción de la persona frente a una situación traumática; así, el TEPT se clasifica en el DSM IV (APA, 1994) dentro de los trastornos de ansiedad, categorizados en el eje I.

Este desorden, probablemente, ha cobrado mayor atención desde la agudización de las guerras a nivel mundial y los ataques terroristas de los últimos tiempos, lo cual ha implicado una demanda social hacia los psicólogos quienes no solo tienen una tarea en la investigación sino en el tratamiento de los sobrevivientes de este tipo de eventos. (Botero, 2005).

Se entiende, entonces, que el estrés postraumático es un trastorno que puede presentarse en personas que han experimentado o presenciado eventos que involucran amenaza de muerte o muerte, daño serio o amenaza a la integridad física de la persona u otros cercanos. El trastorno ha sido considerado un síndrome, dada la complejidad de su sintomatología que incluye el experimentar temor, desesperanza u horror, síntomas de reexperimentación persistente del evento, evitación de estímulos asociados con el trauma, además de síntomas de activación persistentes. Su duración debe ser de más de un mes y provocar deterioro en las áreas funcionales en que se desenvuelve el individuo.

El cuadro fue puesto de relieve cuando se halló con frecuencia entre veteranos de la guerra de Estados Unidos con Vietnam. Es probable que esté afectando a sobrevivientes del maremoto de Asia en 2004, y que los atentados terroristas del 11 de septiembre en Estados Unidos haya provocado muchos casos. Y en Suramérica, en países como Chile, Perú y Colombia, igualmente se encuentran víctimas de violencia política que sufrieron torturas y presentan la sintomatología del Estrés Postraumático. (Hernández, 2005).

Existen tres tipos principales de factores que tienen influencia en el desarrollo del TEPT, y que según Aguado et al. (2004), ayudan a entender mejor la complejidad del trastorno, dentro de los cuales están: *factores previos al evento*: exposiciones



Foto 1. Desplazamiento Forzado en Colombia

Fuente: <http://colombia.indymedia.org/news/2007/08/71461.ph>

previas a graves eventos de vida adversos o traumas, o haber sido víctima en la infancia, habilidades de afrontamiento inefectivas, inestabilidad familiar, historia familiar de comportamiento antisocial o criminal, ausencia de soporte social para salir de malos momentos, pérdidas tempranas de posesiones, personas, hogar, género, edad y genética. *Factores del evento:* cercanía geográfica del evento, nivel de exposición al evento, el significado del evento para la persona, edad, estar implicado en el evento, la existencia de una amenaza continua que el trauma puede prolongar (p. e., la guerra), duración del trauma, participar en atrocidades como testigo; y, por último, los *factores posteriores al evento:* la ausencia de un buen soporte social, incapacidad para afrontar lo sucedido, desarrollar un TEPT.

Cuando los eventos traumáticos son provocados por el hombre, como los casos de violaciones, combates, secuestros, entre otros, la literatura en general muestra que en los individuos se presenta deterioro de la modulación afectiva, conductas impulsivas y autodestructivas, síntomas disociativos, quejas somáticas, sentimientos de vergüenza, ineficacia, desesperanza, sensación permanente de peligro, hostilidad, aislamiento social, constante sensación de amenaza y alteración en la relación con los otros.

En el caso específico de la población desplazada por violencia social, económica o política, los escritos sugieren que la experimentación del trauma se traduce en "haber sido forzado voluntaria o involuntariamente a dejar su casa, su familia, su pueblo o su país por razones de fuerza mayor". (Valencia, 2003).

El autor, en su escrito también plantea que el tener que abandonar su "tierra", el desplazarse en forma forzada y el estar obligado a adaptarse a un nuevo lugar y una nueva forma de vida, conlleva a diversos tipos de pérdidas, muertes y renaceres. Las familias desplazadas experimentan la muerte de sus sueños e ideales, la muerte de su red social, amistades, enfrentan también, la muerte de su identidad familiar, por tal razón todos los miembros de esa familia están en potencial deterioro de su estabilidad. Es así como los efectos psicosociales de la violencia y el desplazamiento

forzado se describen desde consecuencias traumáticas pasajeras a otras de prolongada duración; estas consecuencias pueden ser de cualquier índole y son categorizadas por Gerrity y Flymm (2000), de la siguiente forma: Psicofisiológicas: fatiga, náuseas, temblores finos, tics, sudoración profusa, escalofríos, mareos y trastornos gastrointestinales. Decomportamiento: cambios del sueño y del apetito, abuso de sustancias, estado hiperalerta, cambios de comportamiento y llanto fácil. Emocionales: ansiedad, aflicción, depresión e irritabilidad. Cognitivas: dificultades para la toma de decisiones, confusión, falta de concentración y reducción del tiempo de atención.

Corroborando lo anterior, el trabajo hecho por Rodríguez et al. (2006), donde habla del desplazamiento como una situación generadora de crisis, haciendo un estudio extenso en adultos y adolescentes, buscando analizar los factores que se deben tener en cuenta para determinar las condiciones de su intervención. A largo plazo, varios autores han señalado la posibilidad de pesadillas, disminución del deseo sexual, ansiedad, depresión, violencia doméstica y disminución de la capacidad de trabajo. Es importante destacar que los síntomas como el insomnio, la ansiedad, la tristeza, el estado de alerta exagerado, o las expresiones de desespero y los problemas de comportamiento, deben interpretarse no tanto como elementos patológicos, sino como reacciones normales ante situaciones extremas. (Pupavac, 2002).

Hasta ahora se ha hablado del desarrollo y características del Trastorno de Estrés Postraumático en los adultos, se han especificado sus características en la población de interés (desplazados), pero el tema central de este escrito es la revisión teórica del Trastorno de Estrés Postraumático en niños víctimas de procesos de desplazamiento forzado por violencia social, política y armada, para lo cual se va a dedicar las posteriores páginas iniciando



consecuentemente con la concepción de trauma en la infancia.

En la revisión teórica que se hace del TEPT y específicamente de las características del trauma en los niños, se encuentra nuevamente a Echeburúa (2004), quien habla ahora del trauma en la infancia y describe las diferencias que tiene la vivencia del trauma de acuerdo al género diciendo que el trauma puede manifestarse de forma distinta en función del sexo:

"Engeneral, los niños tienen más dificultades para expresar sus emociones que las niñas. En las niñas tienden a predominar los síntomas ansiosos y depresivos; en los niños, por el contrario, son más frecuentes los trastornos de conducta, en los dos sexos las inadaptaciones de comportamiento surgen habitualmente".

El autor también reconoce la intensidad del trauma postulando que el niño sufre más que el adulto por una situación traumática, ya que tienen más dificultades para expresar y asimilar lo que sienten, por tal razón los niños tienden más a culparse a sí mismos; y a largo plazo pueden albergar sentimientos de violencia, implicarse en comportamientos de riesgo que pueden poner en peligro la integridad física.

También se encuentran autores como Gold (2006), quien en su artículo sobre los trastornos de ansiedad en la infancia, explica el trauma en los niños, diciendo que implica una reacción emocional inmediata, una interrupción del desarrollo emotivo del niño, perturbando su inocencia y, dependiendo de la intensidad del evento traumático, tendrá consecuencias en la evolución normal del niño. También dice que es igualmente importante, en el estudio del daño que tiene un evento traumático en un menor, tener en cuenta que es una población altamente vulnerable y que, dependiendo del tipo de estructura familiar que lo acompañe, tendrá o no estrategias de afrontamiento para superar el trauma.

Bas et al. (2006) explican que hasta la versión revisada del DSM III (American Psychiatric Association, 1987), se considera que las reacciones de los niños al trauma pueden diferir de la

de los adultos, pero es en el DSM IV (1995) donde se dedica un espacio considerable a describir el TEPT, y hace alusión directa a los niños sólo cuando habla de los criterios para el diagnóstico (textualmente) F43.1 Trastorno por estrés Postraumático (309.81). Sobresaliendo como problemas más comunes el duelo, la depresión, algunos síntomas físicos como la enuresis nocturna, baja autoestima y dificultades académicas y sociales. (Ramírez, 2004).

Aparece ya en el DSM IV, un apartado específico donde se señalan aspectos semiológicos en función de la edad: los niños no suelen tener la sensación de revivir el pasado, la reexperimentación del trauma puede reflejarse en juegos de carácter repetitivo; la sensación de futuro desolador puede traducirse en la creencia de que su vida no dura tanto como para llegar a adulto. También puede generar la creencia de una especial capacidad para pronosticar acontecimientos desagradables. Los niños pueden presentar síntomas físicos como dolor de estómago y/o cabeza (American Psychiatric Association, 2000).

De esta forma, las exigencias del DSM-IV para el diagnóstico se resumen en a) exposición a un acontecimiento traumático; b) reexperimentación del acontecimiento traumático; c) evitación de estímulos asociados al trauma y embotamiento y d) síntomas de aumento de la activación o "arousal". Concluyendo en este sentido que el trastorno de Estrés Postraumático en niños se manifiesta de forma

diferente a lo largo de las distintas etapas de desarrollo, al igual que el desarrollo psicosocial, convirtiéndose en factores que deben ser tomados en cuenta a la hora de evaluar. Importante es, también, que en el diagnóstico de niños en edad preescolar se tenga en cuenta el lenguaje no verbal para la categorización de los síntomas. Motivo por el cual se complica la etapa del diagnóstico ya que la mayoría de los criterios del DSM IV requieren de un reporte verbal del estado del sujeto. (Bas, et al. 2006).

Otras características del trastorno de Estrés Postraumático en niños son las que describe Ramírez (2004) afirmando que en términos generales en edades anteriores a los once años, la incidencia es mucho mayor que si el hecho traumático se produce después de esta edad. Argumenta que una de las características más comunes, es el miedo; un miedo a que puedan producirse de nuevo la situación traumática o cualquier otra situación que sea similar. También hay tensión y ansiedad por sentirse seguros de ellos mismos y los demás.

Los pequeños tienden a un apego exagerado a los adultos y los más grandes pueden tener falta de seguridad ante cualquier sensación de vulnerabilidad. Posteriormente, se encuentran revisiones, en las que se dice que los niños de edad escolar, al parecer presentan menos síntomas cognitivos mínima reexperimentación de lo sucedido y poca evitación, incapacidad para recordar un elemento del trauma y evitación de pensamientos y



Foto 2. Conflicto Armado
Fuente: <http://www.unicef.org/>



sentimientos o conversaciones sobre el evento. (Salmón y Bryant (2002) citados por Bas, Fernandez, Barbacil y Gutierrez, 2006). En éste mismo año Gold (2006), introduce un nuevo concepto: los pensamientos catastróficos reverberantes (CV) dentro de sus estudios de trastornos de ansiedad infantil, describiéndolos como pensamientos que se tienen de las situaciones traumáticas como ideas exageradas sobre lo que se está sintiendo, dentro del marco del trastorno sugiere el autor, que lo presentan tanto niños, adolescentes y adultos. Y se acerca a una definición de TEPT diciendo que

los pensamientos CR aparecen ante la exposición o el recuerdo de un hecho vivido como traumático por el niño. El niño tiene frecuentemente recuerdos involuntarios del trauma por medio de ideas, imágenes, emociones o pesadillas, tendiendo a evitar estímulos que le recuerden el trauma de varias maneras. Esto es, evitando ir a los lugares donde el trauma ocurrió, no hablar de lo ocurrido, inhibir actividades, emociones y pensamientos hasta el punto de sufrir períodos de disociación; coincidiendo en este sentido con la descripción de trauma hecha en un comienzo por Aguado, Manrique y Silberman (2004).

Continúa Gold (2006) describiendo el trastorno, diciendo

que la exposición al recuerdo del trauma puede causar agitación, agresividad o pánico; además, argumenta, que puede haber repercusión en el sueño, en el sistema de alerta, con hipervigilancia o dificultad en concentrarse, irritabilidad, tristeza y respuesta exagerada a estímulos imprevistos. Y concluye su explicación de las características cognitivas del TEPT en niños afirmando que es el cuadro que aparece con frecuencia en el niño maltratado o abusado sexualmente.

Es importante anotar en este punto que los rasgos antes descritos también los presenta la población infantil desplazada, puesto que estos niños han sido maltratados violentamente por un sistema social que los fuerza a abandonar lo suyo, muchas veces ver asesinar a sus padres u otros miembros de su comunidad y familia. (Valencia, 2003).

La literatura al respecto concuerda en que el desplazamiento es un medio de violencia social que funciona como una bomba de tiempo en los niños especialmente, en sus imaginarios, ya que están asociados lo trágico, sangriento, desastroso y doloroso, imágenes que constantemente recrean la realidad y la fantasía, acabando con la tranquilidad típica de esta edad; muchos de ellos se aíslan de su nuevo medio social y la adaptación a nuevas condiciones de vida es difícil por la pérdida de confianza y estabilidad que antes tenían.

En cuanto a las características de la conducta, Gold (2006) plantea que también se aprecian cambios; es así como puede haber incremento del nivel de actividad, un descenso del nivel de concentración y atención, lo cual va a conducir al empobrecimiento del rendimiento escolar, brotes de agresividad, incluidas las rabietas de los pequeños, tartamudez y aumento de irritabilidad con sus padres, familiares, adultos y determinadas situaciones y eventos.

Dentro de los fenómenos identificados como síntomas psicológicos que expresan los niños víctimas de desplazamiento forzado, se encuentran trastornos del sueño, irritabilidad, agresividad, miedo, temor a quedarse solos o estar con extraños, ansiedad exagerada frente a la separación de los seres queridos y disminución del deseo de jugar o participar en actividades lúdicas, muchos de los temores que se viven se inscriben en un plano imaginario, sin que ello signifique que sea menos grave o doloroso para los niños, incluso les resulta más difícil controlar estos miedos o bloquearlos, pues los niños no poseen los recursos cognitivos completos, ni tampoco una cantidad enorme de experiencia que les permita entender lo que ha pasado. (Valencia, 2003).

Justifica el planteamiento anterior el estudio realizado por Palacio et al. (1999), citados por Mogollón (2004), donde se contrasta la situación de 49 niños y jóvenes desplazados

entre los 7 y 16 años, con niños y jóvenes no desplazados, encontrando una mayor tendencia de comportamientos de presivos y ansiedad en los grupos de desplazados, que correlacionaron directamente con los actos violentos que presenciaron en sus territorios de origen.

Hasta aquí, la literatura sugiere, que el TEP en la infancia se diferencia con respecto al del adulto, en el sentido de la vulnerabilidad del menor ante situaciones salidas de contexto. Además de la ambigüedad conceptual y etiológica que rodea este síndrome, se acrecienta la dificultad de describirlo cuando se habla del contexto infantil, pero se observa que muchos autores han dedicado gran parte de su estudio a ampliar la información existente sobre el trastorno específico en la infancia, y se acercan a una definición y criterios de diagnósticos fundamentados en estudios de investigación científica.

Acercándose ya a una definición del Trastorno de Estrés Postraumático en niños y sus criterios de diagnóstico, resulta importante mirar qué se ha encontrado sobre la *prevalencia* en la población de interés. En este orden de ideas, los estudios de poblaciones infantiles refieren una prevalencia del 46%, en tanto que en los niños expuestos a un estresor traumático refieren una prevalencia que oscila entre el 30% y 100%, dependiendo de la intensidad, duración y proximidad al acontecimiento. Los estudios de prevalencia en niños preescolares son más complejos debido a la dificultad de éstos para expresar verbalmente su sintomatología, haciendo creer a los padres y comunidad que no están afectados. Además, en los traumas crónicos es frecuente el uso de la negación por parte del niño y los padres, lo que también interfiere en los resultados de las investigaciones. (Montt y Hermosilla, 2001).

Es importante aquí, también anotar que los estudios de prevalencia del trastorno, no son muchos, específicamente en la población infantil, razón por la cual resulta difícil tener cifras actualizadas. Caso similar ocurre dentro del contexto de la población infantil desplazada, donde no hay muchos estudios que especifiquen la prevalencia de TEPT



en niños. Lo más aproximado que se observa, es un estudio hecho por Pérez, Fernández y Rodado (2005), quienes determinan la prevalencia de TEPT en 493 niños colombianos expuestos a hostigamiento armado permanente, determinando 31.2% de prevalencia de TEPT bélico. Otros autores hablan de las afecciones psicosociales de la población infantil en situación de desplazamiento forzado, argumentando que éstas se encuentran reconocidas ampliamente en términos de salud pública y en la práctica humanitaria como un tema de interés particular. En definitiva, la variedad de las tasas de prevalencia dependen de determinados factores de riesgo como la exposición a sucesos traumáticos, la severidad del suceso traumático, el procesamiento cognitivo del trauma (Brown, 2003). No obstante, se ve que hay discusiones sobre las diferentes formas de intervención a la luz de ciertos vacíos de conocimiento de la problemática en cuestión.

Según Montt y Hermosilla (2001), el trastorno se presenta a cualquier edad y la sintomatología puede aparecer meses o años después del trauma. *El curso* es altamente variable, puede ser fluctuante, crónico o autolimitado y depende de la severidad, tipo de estresor, de su cronicidad, de las características del niño, su historia previa, de la calidad del apoyo social, de la presencia de los estresores asociados y los sucesos posteriores al evento, entre otros. En general entre más severo es el evento traumático tiene un curso más prolongado. El curso crónico se puede esperar cuando el niño ha sido sometido a múltiples injurias, ha habido numerosas pérdidas de vida o destrucción masiva. También, tiende a ser más crónico cuando hay sentimientos de culpa por responsabilidades en daño a otros o participación en procedimientos penales.

Durante las primeras fases del trastorno se destaca la presencia del miedo frente al estímulo, en los meses siguientes predomina la presencia de síntomas invasores y reactivación, y posteriormente una alteración en el estilo de vida y si el estresor se mantiene, la expresión de la sintomatología también varía. Aproximadamente el 50% se recupera en

los primeros meses, pero en un 30%-50% de ellos puede cronificarse o aparecer un recrudecimiento de la sintomatología. (Montt y Hermosilla, 2001).

En su artículo sobre TEPT en la niñez Valdivia (2002) dice que existe una *comorbilidad* entre el TEPT y otras patologías psiquiátricas, muchas veces los niños con el trastorno presentan sintomatología de la esfera ansiosa, depresiva o conductual donde, los síntomas aislados son insuficientes para hacer el diagnóstico de un segundo cuadro clínico. En otras oportunidades los síntomas del TEPT se confunden con otras patologías y viceversa, lo que obliga siempre a un cuidadoso diagnóstico diferencial, en especial con trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y algunos trastornos del comportamiento.

Para entender la etiología del trastorno hay varios modelos que explican el TEPT, resumidos básicamente en los siguientes según Caballo y Simón (2002): Modelo Biológico: se fundamenta en las respuestas fisiológicas propias de éste, que incluyen la activación del sistema nervioso simpático, hiperresponsabilidad simpática a estímulos que recuerdan el suceso estresante e hipofunción del eje hipotalámico, pituitario, adrenocortical; sus explicaciones las atribuye al agotamiento de los neurotransmisores en situaciones que no permiten escape o a cambios funcionales del sistema límbico. Los autores aseguran que esta propuesta intenta explicar los síntomas de hiperamnesia, respuestas exageradas de sobresaltos y ataques de ira en términos de una sobreactividad noradrenérgica ante estímulos relacionados con el trauma.

También plantean, que desde la perspectiva cognitiva, se encuentran los modelos narrativos (introducidos por Meichenbaum y Fitzpatrick en 1993), dicen que se basan en la noción con que la persona construye activamente su realidad personal, la cual influye sobre su percepción de lo que ocurre; así, la forma en que la víctimas de TEPT construye sus explicaciones, determina y afecta su forma de afrontamiento.

La otra perspectiva la proponen McCann y Pearlman (1990), citados por Caballo y Simón (2002), basados en esquemas donde se propone que la experiencia de un suceso traumático produce un cambio permanente en la perspectiva del individuo, promoviendo creencias donde los acontecimientos vitales son aleatorios, incontrolables e imprevisibles. Y por último están las Teorías conductuales y cognitivo-conductuales, según Caballo y Simón (2002) abordan tanto la etiología como la expresión del TEPT. Los modelos explicativos han partido de la teoría bifactorial del aprendizaje de Mowre, que postula como factor responsable de conductas aversivas la adquisición por condicionamiento clásico, explicación que se observa más ampliamente en el estudio con poblaciones víctimas de conflicto armado en Colombia, hecho por Botero (2004); quien trabajó la efectividad de un tratamiento cognitivo conductual con 42 sujetos víctimas de procesos de guerra.

Continuando con un segundo factor que, en este sentido, sería la respuesta de evitación o escape del individuo ante un estímulo condicionado asociado al suceso traumático; convirtiendo a los tratamientos fundamentados en la teoría bifactorial de Mowre como los más estudiados. Por tal razón, se incluyen dentro de su estudio, las concepciones teóricas de factores cognitivos, sobresalen dos modelos dentro de esta teoría: por un lado están Creamer, Burges y Paticison (1992), postulando cinco estados de desarrollo del proceso cognitivo propios del TEPT, a saber: a) exposición al estímulo, b) formación de la red de estímulos con intervención de percepciones y significado subjetivo de la situación traumática, c) activación de la red, en un intento de procesar y resolver los recuerdos, d) respuestas de afrontamiento (evitación o escape), y e) proceso de resolución (Caballo y Simón, 2002). Y por último se encuentran Jones y Balow (1992), citados por Caballo y Simón (2002), incorporando al modelo conductual la vulnerabilidad biológica y la predisposición hereditaria.

Se ha encontrado en la literatura la sugerencia de varios autores, según la cual tanto en adultos como en niños la evaluación debe comprender métodos que según la edad pueden ir variando; es así como el primer paso para la evaluación es la entrevista; ésta puede desarrollarse de manera estructurada, como lo sugiere la entrevista estructurada



para TEPT (SIP) y la escala del TEPT administrada por el clínico (CAPS), que resulta ser uno de los mejores métodos de evaluación de la sintomatología del trastorno, definiendo las diferentes etiologías y tipos clínicos del TEPT en adultos (García 2003).

Para la población infantil se aconseja la aplicación del cuestionario de Síntomas para Niños (RQC); éste cuestionario fue aplicado en el estudio hecho por Chero et al. (2004) a población afectada por conflicto armado en Perú, el instrumento se aplica a partir de los 4 años hasta los 17. Consta de 10 preguntas que pueden ser contestadas por el niño y corroboradas por los padres (en el caso de niños pequeños). Tiene dos alternativas de respuesta, afirmativa "sí" y negativa "no". Evalúa síntomas de Estrés Postraumático y, de considerarse la presentación de los síntomas posteriores al evento traumático, descartando su ocurrencia anterior.

Para tener una mejor evaluación, la mayoría de autores coinciden en que el cuestionario de la historia previa resulta ser de mayor aporte en el momento de evaluar a menores de 12 años; y caso similar ocurre con el uso de la entrevista semiestructurada, facilitando la evaluación cuando se trata de menores. Otro método de evaluación es el auto-informe, en el cual se utilizan instrumentos para evaluar la gravedad de los síntomas, tales como la Escala de gravedad de síntomas del TEPT y la Escala de Trauma de Davidson (DTS) (Davidson 2005).

Davidson (2005), habla de tener también en cuenta la Evaluación de la experiencia traumática por medio del Cuestionario de Experiencias Traumáticas (TQ), y complementar la evolución con el Inventario de Cogniciones Postraumáticas; otro instrumento que propone Davidson (2005) es la escala de 8 ítems para los Resultados del Tratamiento del trastorno por estrés postraumático (TOP-8).

En el caso específico de la población infantil Caballo y Simón (2002) coinciden en la utilización de entrevistas semiestructuradas, que ofrecen flexibilidad en cuanto a las referencias del

suceso traumático y la adaptación de las preguntas al lenguaje infantil; las medidas psicofisiológicas, también es un concepto que los autores tienen presente en el proceso de evaluación en niños, aludiendo que mediante la imaginación guiada se presentan escenas relativas al suceso traumático, previamente preparadas, mientras se miden la frecuencia cardíaca y la respuesta electrogalvánica y la electromiografía.

Otro concepto que introducen los autores es el de Tara de Stroop, medida que se ha diseñado para evaluar la cognición intrusa, y puede emplearse con niños que ya pueden leer. Consiste en presentar palabras escritas para cada color diferente, se le pide al niño que indique el color, ignorando el significado de la palabra, la idea es observar la demora al verbalizar el color de las palabras relacionadas con el suceso traumático, en comparación con palabras neutras, lo que se interpreta como interferencia. En niños más pequeños se pueden cambiar las palabras por dibujos (Caballo y Simón, 2002).

Aguado et al. (2004), hablan de las más importantes estrategias de evaluación cognitivo-conductual empleadas para el tratamiento del trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), incluyendo métodos como la entrevista clínica, el uso de medidas de auto-informes (Cuestionarios o escalas), exploración de aspectos cognitivos implicados en el (TEPT), pruebas de evaluación conductual (BATs) y auto-registros.

Dentro de los cuestionarios e instrumentos de evaluación del TEPT más relevantes para esta revisión, los autores citan y describen las escalas de la siguiente manera Escala de Impacto del evento (IES), Escala de experiencias disociativas (DES), Lista de chequeo de Síntomas de los Angeles (LASC), Inventario de Cogniciones Postraumáticas (PTCI), Escala de Diagnóstico Postraumático (PDS), Cuestionario de Reacción de Estrés Agudo de Stanford (SASRQ), Cuestionario de Eventos Traumáticos (TEQ), Inventario de Culpa Relacionada al Trauma (TRGI), Inventario Penn Para TEPT. En general, estos cuestionarios evalúan los quince factores clínicos del TEPT que describe el DSM IV, siendo muy pocos los que exploran rasgos clínicos adicionales a los que se encuentran en el DSM IV, pero hay algunos que incluyen tanto síntomas del TEPT como rasgos asociados como lo son la Escala Civil de Mississippi, el inventario de Síntomas del Trauma, la Lista de Chequeo de Síntomas de Los Angeles, y el Inventario Penn para TEPT. La aplicación de algunos de estos instrumentos se puede observar en el estudio hecho por Ayala y Ochotorena (2004) a una población víctimas de eventos traumáticos.

Los factores cognitivos también tienen un impacto significativo en el sistema de creencias de una persona, por esta razón la evaluación del contenido de las cogniciones es importante para la postulación de un tratamiento en el caso TEPT; dentro de los cuales se utilizan instrumentos como el Inventario de Cogniciones Postraumáticas.

Continuando con el proceso de evaluación se debe valorar la Evaluación Conductual, utilizando técnicas como el auto-monitoreo, por medio de auto registro de conductas objetivo. Dentro de la Evaluación Psico-fisiológica se utilizan índices como el pulso, tasa cardíaca y conductividad de la piel (Aguado, H.; Manrique E. y Siberman, R. 2004).

Además de lo anterior, se ha hecho una revisión de los test psicotécnicos específicos en trastornos de ansiedad para niños, y resultan de especial interés algunos como: Cuestionario de Ansiedad Infantil (CAS), instrumento que permite efectuar una rigurosa exploración psicológica de los procesos de ansiedad en niños de los primeros cursos escolares, la Escala de Depresión para niños (CDS), la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R, cuestionario que da el índice total de ansiedad, pero también proporciona cuatro calificaciones adicionales: ansiedad fisiológica, inquietud, hipersensibilidad, preocupaciones sociales, concentración y, finalmente, una escala de falsedad y mentira.

El Anexo 1 (Tabla de instrumentos diagnósticos del TEPT en niños), resume algunas de las principales medidas diagnósticas, incluyendo cuestionarios destinados a los padres y/o cuidadores (Bas et al. 2006).



En síntesis, los anteriores recursos de evaluación son los más utilizados para la población adulta, pero cuando se trata de la población infantil, muchas de estas técnicas o procedimientos no son indicados, para lo cual sugieren algunos autores que se adecúen ciertas escalas, y por medio de técnicas como el dibujo y el juego se llegue a una evaluación más indicada para niños. Otros, a su vez, coinciden en la administración de test psicotécnicos a padres o maestros en el caso de niños muy pequeños; pero algunos de los anteriores instrumentos de evaluación pueden ser utilizados para población adolescente.

Es importante anotar, que para el caso específico de niños víctimas de conflicto armado, se aconseja la utilización de entrevistas semiestructuradas, como se puede observar en el artículo de Bragin (2005), quien hace un estudio con el impacto de un programa psicosocial en una comunidad víctimas de la guerra; aludiendo a la importancia que tiene la comunidad (padres y maestros) en la evaluación del daño psicológico en niños víctimas de guerra.

Habiendo hecho ya la evaluación total del niño se procede a hacer la intervención y tratamiento que puede asumirse desde el modelo que se adopte, así, para los modelos cognitivos-conductuales, se utiliza la exposición, que tanto en la imaginación como en vivo es el tratamiento por excelencia para el TEPT; al parecer se ha utilizado tanto en adultos como en niños, aunque para estos últimos no hay muchos trabajos, pero los que se han hecho, sugieren efectividad en la técnica. La duración del tratamiento varía de 8 a 16 sesiones, sin contar la evaluación diagnóstica. Si el TEPT está interactuando con otros trastornos se recomienda el trabajo de cada uno de ellos. También se debe tener en cuenta para el tratamiento el desarrollo psicológico infantil. En este sentido la comunicación con los padres o cuidadores debe ser permanente, puesto que facilita la consecución de tareas, la adherencia terapéutica y el fortalecimiento de las habilidades adquiridas en la terapia; además la familia se convierte en un apoyo para el niño, aunque se debe tener en cuenta que recurrir a los padres en el tratamiento es contraindicado cuando uno o ambos presentan Trastornos psíquicos, o se detecta disfunción familiar y/o problemas de pareja en ellos. (Caballo y Simón, 2002).

Otro autor que habla de intervención y tratamiento es Bordera (2005), en su artículo sobre la intervención en los trastornos traumáticos, propone que ésta puede hacerse desde el medio escolar a través de programas dirigidos desde el colegio por los docentes, y donde se involucre la familia. Para iniciar de una manera más rápida la atención de víctimas y tratar de disminuir el efecto de la experiencia traumática sobre sus vidas en la actualidad y en el futuro. El autor habla sobre un esquema donde enfatiza que se puede y se debe intentar ayudar a los niños a *digerir* las experiencias traumáticas para que tengan las menores consecuencias posibles en su vida futura, en su percepción del mundo y en sus relaciones interpersonales. En este sentido padres, maestros, psicólogos y todos los que más cerca están de los niños y los adolescentes, tendrán que aprender a actuar mejor y con más eficacia, cada uno desde su ámbito, aunque todos con la mayor coordinación posible.

También en el ámbito educativo Ramírez (2004) dice que, en general, es aconsejable que la intervención con niños sea lo más rápida posible después de haberse producido el hecho traumático, pero no preguntando de manera directa, porque uno de los aspectos que más favorece la desaparición de los síntomas es el alejamiento de las ideas persistentes, y al hacerlo de aquel modo, se podría no solo no alejarlas, sino además generarlas haciendo que el impacto psicológico sea mayor.

El *National Institute of Mental Health* en su artículo *Helping Children and Adolescents Cope with Violence and Disasters* (2001), hace alusión a la importancia de la terapia del juego y terapia de arte como medios para ayudar a los niños a recordar los eventos traumáticos, y expresar libremente sus sentimientos hacia él. Otras formas de intervención y tratamiento del TEPT, según los autores, es la terapia de grupo y, nuevamente, se hace

alusión a la terapia de exposición como uno de los métodos más efectivos a la hora de trabajar con el TEPT. Igualmente se encuentran los estudios de Blix (2004) que hablan de la importancia de la terapia del juego, como herramienta efectiva en el tratamiento de Trastorno de Estrés Postraumático.

En el caso de la población infantil desplazada por violencia social, política y armada, se ha encontrado escritos que apuntan a la utilización de técnicas inclinadas al fortalecimiento social, más que individual. Es así como la Organización Panamericana de la Salud (2006) crea la guía práctica para salud mental en desastres, y destaca principalmente los siguientes procedimientos terapéuticos para la atención oportuna de víctimas de conflicto armado. Las recomendaciones básicas para la actuación se resumen en las siguientes: *Privilegiar las intervenciones sociales*. La atención individual de tipo clínico no constituye la respuesta apropiada en salud mental para asistir a las poblaciones afectadas por el desplazamiento forzado. En situaciones de este tipo, es necesario enfatizar en las intervenciones colectivas basadas en la propia comunidad afectada.

Manejo adecuado de la memoria histórica

El manejo adecuado de la memoria histórica es importante en los procesos de atención en salud mental en poblaciones que han sido víctimas de hechos tan graves como las violaciones masivas de los derechos humanos. En este sentido, se ha demostrado que las personas que han vivido graves traumas psicológicos se recuperan más rápidamente cuando se intenta revivir, a toda costa y a todo costo (y, a veces, de manera sistemática a través del tiempo) sus recuerdos del evento, y es crucial un proceso donde se ponga fin simbólicamente a la experiencia y se mire hacia el futuro, iniciándose nuevos proyectos de vida. Esto, necesariamente, debe combinarse con acciones de restitución material y moral, mejoría de los niveles de vida, respeto de sus derechos humanos, dignificación de los muertos y desaparecidos, así como el



imperio de la justicia y un estado de derecho que asegure el castigo de los victimarios.

Fortalecer los recursos comunitarios y favorecer las redes de apoyo social. La resiliencia está directamente vinculada con los factores de protección que facilitan las condiciones de la vida cotidiana. Muestra de esto se puede observar en el estudio de Valero (2004), en donde se explica muy bien el concepto de resiliencia.

Por tanto, es necesario conectar las vivencias personales con las experiencias sociales en el sentido más amplio. Las personas y comunidades tienen recursos propios que les permiten afrontar, en alguna medida, el evento traumático. Es necesario fortalecer estos mecanismos de ayuda mutua y autoayuda a nivel familiar y comunitario (redes de apoyo social). Hay que recordar que la mayoría de las personas que experimentan aflicción, primero buscan a otros alrededor para obtener consejos y sugerencias. Y las intervenciones de salud mental deben utilizar herramientas culturalmente significativas y apropiadas.

Apoyar las respuestas que permiten a las comunidades vivir sus procesos de duelos colectivos, familiares e individuales. Esto incluye comprender cómo entienden los niños desplazados los sufrimientos causados por el conflicto armado, así como identificar cómo incluyen los recursos culturales, religiosos, sociales y personales en la reconstrucción de sus vidas. Y por último, *Enfatizar el trabajo intersectorial e interinstitucional*, en situaciones de emergencias complejas y desplazamientos forzados, son importantes la disponibilidad de primeros auxilios psicológicos, el seguimiento de los casos con trastornos mentales y el desarrollo de servicios especializados basados en la comunidad.

No obstante se encuentran estudios donde se aplica la terapia cognitivo conductual en adolescentes sometidos a situaciones de desplazamiento forzado que han desarrollado TEPT, como los de Rodríguez *et al.* (2006), en donde se evalúa la eficacia de un programa estructurado en el desarrollo de estrategias de afrontamiento emocional, cognoscitivo y social, observando finalmente cambios debido a que la recuperación muestra reducción en el nivel de severidad de los síntomas, impactando positivamente el nivel de funcionamiento.

En síntesis, los niños desplazados por violencia social, pueden desarrollar el TEPT debido a que han pasado por una situación traumática, para lo cual se recomienda si el trastorno es diagnosticado efectivamente un apoyo terapéutico basado en los tratamientos expuestos anteriormente, y un apoyo social, con el fin de reestructurar, no solo las dificultades individuales que la vivencia traumática puede dejar, sino la reestructuración de su medio social, físico y familiar.

Adicionalmente, se puede concluir que después de la revisión bibliográfica y teórica hecha, hay pocos estudios del desarrollo, la prevalencia, el curso y el tratamiento del trastorno de estrés

postraumático en niños desplazados por violencia social en Colombia, convirtiendo la temática en un campo amplio de investigación, sugiriendo iniciar con estudios de prevalencia de la población infantil en estado de desplazamiento, y que presente el cuadro de Estrés Postraumático; la adaptación y validación de instrumentos psicométricos, que permitan el diagnóstico y evaluación del TEPT, para ser utilizados en la evaluación del contexto latinoamericano, especialmente en la población infantil víctimas de conflictos internos y en situación de desplazamiento forzado.

Igualmente se sugiere la evaluación de la terapia cognitivo-conductual como tratamiento del TEPT en niños, ya que no hay estudios suficientes que prueben su efectividad, y más aun, en población infantil desplazada. Resulta también importante la creación, evaluación e intervención de programas basados en modelos cognitivos-conductuales para el tratamiento de la sintomatología en niños que presenten el trastorno. Y para la reestructuración interna y social de los menores que por causas ajenas a su voluntad han sido vulnerados y atacados de manera violenta.

Bas et al. igualmente recomiendan algunas acciones que pueden llevarse a cabo, y que hasta la fecha no se han efectuado o no existe literatura al respecto. Tales sugerencias se resumen en las siguientes, en el caso específico del TEPT en niños: se necesita probar la eficacia de aproximaciones de tratamiento y evaluar sistemáticamente los mecanismos que median en la recuperación de los niños (por ejemplo cogniciones, conductas y emociones) en las diferentes etapas del desarrollo.

Se sugiere que al tratar con niños traumatizados debería tenerse en cuenta que: Los niños entiendan la razón y técnicas de cualquier estrategia, antes de comenzar la intervención, en particular, los niños pequeños, necesitan explicaciones de la terapia que debe estar ajustada a su nivel de desarrollo.

Y por último, dada la alta exposición de niños a procesos traumáticos, como el desplazamiento interno en Colombia, determinando un riesgo para el desarrollo de un trastorno de Estrés Postraumático, es preciso, desde una perspectiva multidisciplinaria, potenciar la investigación centrada en estrategias de prevención evaluando la efectividad de las mismas.

Finalmente, se sugiere la revisión de los siguientes autores para la ampliación de la información científica existente con respecto al TEPT (Mondardo y Schermann, 2003), (Medina Amor, García de León Álvarez y Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina., 2004), (Wilson y Drozdek, 2004), (Davidson y Smith, 2005), (Davidson y Colket, 2005), (Davidson, 2005a), (Bailey et al., 2005; Davidson, 2005b; Davidson y Smith, 2005), (Kendall, 2006; Riggs, Cahill, y Foa, 2006), (Huertas, 2005), (Bailey et al., 2005), (Valero et al., 2004), (Hembree, Roth, Bux, y Foa, 2004), (Guerrero, 2004), (Saxe et al., 2003) (Mondardo y Schermann, 2003), (Boyle, 2002; Pustilnik, 2002).



Referencias

- Echeburúa, E. (2004). *Superar un Trauma*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Gold, A. (2006). Trastornos de Ansiedad en niños. *Rev. Arch. Pediatr Urg.* 77(1), 34 – 38.

Bibliografía

- Ayala, J. L. M., y Ochotorena, J. d. P. (2004). Posttraumatic Stress Disorder in traumatic events victims [Trastorno por Estrés Postraumático en víctimas de situaciones traumáticas]. *Psicothema*, 16(1), 45 – 49.
- Aguado, H.; Manrique, E. y Silberman R. (2004). Evaluación Cognitivo Conductual del Trastorno por Estrés Postraumático. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermelino Valdizan*, 1, 62 – 63.
- American Psychological Association (1995). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson S.A: Barcelona.
- Bas, P., Fernández, M., Barbacil, A., Gutierrez, C. (2006). Perspectivas actuales en el tratamiento del trastorno de Estrés Postraumático en la población Infantil: Análisis Bibliométrico. *Revista Clínica y Salud*, 16(3), 69 – 89.
- Blix, J. (2004). La Terapia del Juego en el tratamiento del niño con Estrés Postraumático. *Revista de la Associació Catalana de Atenció Precoc.* 57 – 73.
- Bordera, F.J. (2005). La intervención en los trastornos traumáticos desde el medio escolar. *Revista Psicología Educativa*, 11(1), 11 – 26.
- Botero, G.C. (2005). Efectividad de una intervención Cognitivo – Conductual para el trastorno por Estrés Postraumático en ex-combatientes colombianos. *Revista Educativa*, 11(1), 11 – 26.
- Bragin, M. (2005). The Community Participatory Evaluation Toll for psychosocial programs: a guide to implementation. *Intervention*, 3(1), 3 – 23.
- Brown, E.J. (2003). Child physical abuse: Risk for psychopathology and efficacy of interventions. *Curr. Psychiatry Rep.*, 5(2), 87 – 94.
- Caballo, E.V.; Simón, M.A. (2002). *Manual de Psicología Clínica Infantil y de Adolescentes – Trastornos Generales*. Madrid: Editorial Pirámide, (121 – 127).
- Chero, C.E., Figueroa y G.D., Luciano. V.R. (2004). Emergencias y desastres en el Cono Este de Lima: Experiencias de Intervención en Salud Mental. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermelino Valdizan*, 5(1), 57 – 67.
- Davidson, J. R. T. (2005a). *Escala de Trauma de Davidson (DTS)*. S.I.: Faes Farma.
- Davidson, J. R. T. (2005b). *Índice Global de Duke de Mejoría del TEPT (DGRP)*. S.I.: Faes Farma.

- Davidson, J. R. T., y Colket, J. T. (2005). *Escala 8 Items para Resultado Tratamiento del TEPT (TOP – 8)*. S.I.: Faes Farma.
- Davidson, J. R. T., y Smith, R. (2005). *Cuestionario de Experiencia Traumática (TQ)*. S.I.: Faes Farma.
- Hernández, G. (2005). *Ansiedad y Trastornos de Ansiedad*. Documento Docente. Santiago: Facultad de Medicina Universidad de Chile, (pp. 17 – 18).
- Mogollón, P.A. (2004). *Acceso de la población desplazada por conflicto armado a los servicios de salud en las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de la ciudad de Bogotá, D.C.* Tesis doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Montt, M.; Hermosilla, W. (2001) Trastorno de estrés postraumático en niños. Posttraumatic Stress Disorder in Children. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 39 (2), 110 – 120.
- National Institute of Mental Health (2001). *Helping Children and Adolescents COPE with Violence and Disasters*. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov>.
- Pérez, I., Fernández, Patricia y Rodado, Sonia. (2005). *Prevalencia del trastorno por Estrés Postraumático por la guerra en niños de Cundinamarca, Colombia. The prevalence of war related post-traumatic stress disorder in Children from Cundinamarca, Colombia*. Documento de trabajo 7.
- Pupavac V. (2002). *Therapeutising refugees, pathologising populations: international psychosocial programmes in Kosovo – New issues in refugee research*. Geneva: United Nations High Commission for Refugees (UNHCR). Working paper. 59.
- Ramírez, J. (2004). Trastorno de Estrés Postraumático en niños y adolescentes: Actuación del psicólogo educativo. Post-traumatic Stress Disorder in Chile and Adolescent: The intervention of Educational Psychologist. *Revista Psicología Educativa*. 10(1), 5 – 17.
- Rodríguez, M., Díaz, P., Niño y S., Samudio, M. (2005). El desplazamiento como generador de crisis: Un estudio en adultos y adolescentes – Terapia psicológica. *Revista Chilena de Psicología Clínica*, 23(2), 33 – 43.
- Rodríguez, M. (2006). Eficacia de un Programa de grupo estructurado en estrategias de afrontamiento para DSPT en adultos y adolescentes en situación de desplazamiento. *Universitas Psicológica*, 5(2), 259 – 274.
- Valdivia, M. (2004) Trastorno de Estrés Postraumático en la niñez. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 40(2).
- Valero, J. C., Leon, F. J. G., Jiménez, M. L., Gestoso, C. G., Venegas, J. M. R., y Cerdeira, N. L. (2004). Consecuencias psicopatológicas de las catástrofes y desastres: El síndrome del Estrés Postraumático. Psychopathological consequences in catastrophes and disasters: The post traumatic stress syndrome. *Revista Psiquis*, 25(1), 8 – 15.
- Valencia, J.I. (2003). Efectos de deterioro Psicosocial en los niños por desplazamiento forzado. Documento de trabajo Universidad Nacional de Colombia.



ANEXO 1.

Tabla de instrumentos psicométricos para diagnosticar El Trastorno de Estrés Postraumático en niños

Medida	Autor	Edad	Formato	Tiempo de administración	Aspecto Evaluado	Idioma
Angie/Andy Chil Rating Scales (A/A CRS)	Praver, DiGiuseppe, Pelcovitz, Mandel y Gaines, 2000	6 -12 años	Autoinforme 44 Items	30 – 45 minutos	TEP	Original Inglés
Child PTSD Symptom Scales (CPSS)	Foa, Johnson, Feeny y Treadwell, 2001	8 -18 años	Autoinforme 7 Items	15 minutos	Diagnostico y sintomatología TEP	Original Inglés
Child Postraumatic Stress Reaction Index (CPTS – RI)	Pynoos et. al., 1987	8 – 16 años	Autoinforme 20 Items	15 – 45 minutos	Sintomatología TEP grave	Original Inglés
Child Report of Postraumatic Symptoms (CROPS)	Greenwald y Rubin, 1999	8 – 13 años	Autoinforme	5 minutos	Amplio espectro de sintomatología postraumática	Original Inglés traducido al Español, Alemán, Bosnio, Persa, Danés y Finlandés
Child's Reaction to Traumatic Events Scale (CRTES)	Jones, 1994	8 – 18 años	Autoinforme 15 Items	3 – 10 minutos	Respuesta psicológica ante sucesos vitales estresantes	Original Inglés traducido al Español
Childhood PTSD Interview (CPTSDI)	Fletcher, 1996	Niños / Adolescentes Edad no especificada	Entrevista Semiestructurada	30 – 45 minutos	TEP	Original en Inglés. Se está trabajando en una versión española
Children's Postraumatic Stress Disorder Inventory DSM - IV	Saigh, et. al., 2000	7 – 18 años	Entrevista	15 – 20 minutos	TEP	Original en Inglés. Traducido al Español y al Francés