

## Estrés postraumático en niños y adolescentes: la intervención desde Atención Primaria

P. Ortiz Soto<sup>a</sup>, E. Escribano Ceruelo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Psiquiatra. Servicios de Salud Mental Retiro, Madrid.

<sup>b</sup>Doctora en Medicina. Pediatra CS Barcelona, Móstoles, Madrid.

---

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9:101-12

Eva Escribano Ceruelo, eescribano@pap.es

### Resumen

Los niños y adolescentes son más vulnerables que los adultos a desarrollar síntomas postraumáticos tras la exposición a un acontecimiento traumático. Sin embargo, los adultos generalmente subestiman la violencia experimentada por los niños y su repercusión. Los niños pueden exhibir un amplio rango de respuestas ante una situación traumática que no se relacionan directamente con el trastorno por estrés postraumático (TEP), que incluso no es lo más frecuente. La presentación del TEP en los niños tiene unas características específicas en función de la edad y el estadio evolutivo. Los pediatras de Atención Primaria se encuentran en un lugar privilegiado en la prevención y la detección mediante el cribado diagnóstico por su cercanía al niño y a su entorno sociofamiliar, pero deben capacitarse en esta tarea.

En este artículo se revisa la situación actual de este tema, las claves para un correcto diagnóstico y un adecuado apoyo terapéutico al paciente desde la consulta de Atención Primaria, así como la intervención por parte de los equipos de salud mental.

**Palabras clave:** Atención Primaria, Pediatría, Servicios de salud mental, Síntomas postraumáticos, Trastorno de estrés postraumático.

### Abstract

Children and adolescents, because of their greater vulnerability, constitute a group at a high risk of psychological damage after a traumatic event. However adults usually underestimate the violence experienced by children. Children may display a wide range of responses to a traumatic event that are not directly related to posttraumatic stress disorder (PTSD), which itself is not even the most common response. PTSD in children has a specific presentation according to age and developmental stage. Paediatricians of the primary care system should play a very active role in the prevention and identification of affected children because of their closeness to children and their families. Specific training is needed to achieve this task. A review of this topic as well as the clues for a correct assessment and psychological support from Primary Care and community mental health services are showed in this article.

**Key words:** Mental Health Services, Paediatric services, Primary Care services, Posttraumatic stress disorder, Posttraumatic symptoms.

---

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## Introducción

Dentro de los acontecimientos traumáticos se engloban situaciones muy diversas que incluyen la exposición a desastres naturales o causados por el hombre, los actos violentos tales como secuestros, asesinatos, violaciones, maltratos, guerras, los accidentes de tráfico, aviones, etc., o el diagnóstico de enfermedades que suponen una amenaza vital. La afectación no sólo puede ocurrir por exposición directa, también puede ser por exposición indirecta, como por ejemplo a imágenes de televisión<sup>1,2</sup>.

Tal y como describe Terr<sup>3</sup>, el acontecimiento traumático puede presentarse de forma repentina, impredecible, ocasionando una situación de estrés agudo; ejemplos de este tipo son atentados terroristas como el del 11 de marzo de 2004, *tsunamis*, huracanes, etc. En otras ocasiones, el acontecimiento estresante puede incidir de forma intensa durante un período prolongado generando un trauma esperado, crónico, situación característica del maltrato intrafamiliar o, por último, puede actuar de forma mixta, cuando un hecho agudo desencadena una situación estresante mantenida en el tiempo como puede suponer para un niño la muerte de su padre en un atentado.

Los niños y adolescentes son más vulnerables que los adultos a desarrollar

síntomas postraumáticos tras la exposición a un acontecimiento traumático<sup>4-6</sup> ya que tienen menos habilidades para enfrentarse al sufrimiento y el hecho de depender de los adultos aumenta su vulnerabilidad. Además, el riesgo de cronificación de los síntomas es mayor en niños que en adultos<sup>5,7-11</sup>.

En los niños, el impacto de los acontecimientos traumáticos tiene unas características específicas, ya que además de ser víctimas directas potenciales, van a sufrir especialmente las consecuencias de la afectación de los adultos de su entorno, sobre todo de sus padres. Por otra parte, éstos van a influir en el impacto del hecho traumático en el niño.

Está demostrado que los adultos generalmente subestiman la violencia experimentada por los niños y su repercusión<sup>2,4-6</sup>. Es frecuente que algunas conductas de los niños como la capacidad para pasar de un estado afectivo doloroso a otro que les permite jugar o la ausencia de expresión emocional ante la intensidad del impacto del acontecimiento traumático se interpreten erróneamente por el adulto como una ausencia de afectación o una rápida recuperación. Además, en situaciones de crisis la propia afectación de los adultos puede también explicar la limitación en la capacidad de apoyo y percepción del sufrimiento de los niños<sup>4</sup>.

A su vez, puede ocurrir que los niños minimicen los síntomas con el fin de proteger a sus padres<sup>4</sup>, o que rehúyan conversaciones sobre el suceso traumático, por la propia evitación característica de la clínica psiquiátrica de los cuadros postraumáticos.

Los niños y adolescentes ante un acontecimiento traumático pueden presentar un gran número de respuestas que no se relacionan directamente con el Trastorno por estrés postraumático (TEP), que incluso no es lo más frecuente<sup>5,6,12,13</sup>, al menos el cuadro completo tal y como se define en las clasificaciones al uso.

En ocasiones, la repercusión completa del trauma se percibe cuando el niño se convierte en un adolescente o incluso en adulto, pudiendo tener una influencia importante en el desarrollo de la personalidad<sup>14</sup>.

## Factores predisponentes

### **Factores relacionados con el hecho traumático**

1. Intensidad: parecen existir factores de resistencia y vulnerabilidad que median en el desarrollo de los síntomas postraumáticos, aunque si el agente estresante es lo bastante intenso (amenaza vital, ser testigo de muerte o daño físico, muerte de un familiar...) y el niño lo sufre

de forma directa, la experiencia resulta traumática en todos los casos<sup>8</sup>, al margen de otros factores que también puedan influir, como por ejemplo el nivel de desarrollo o los antecedentes personales.

2. Proximidad cronológica con el suceso traumático<sup>5,7</sup>.

3. Características del hecho traumático. Algunos acontecimientos tienen más poder para inducir formas de TEP más graves<sup>14</sup> (testigo de violencia doméstica, abuso físico).

### **Factores individuales y sociofamiliares**

1. Sexo femenino: a diferencia de los adultos, en los niños no está tan claro que sea un factor de riesgo, aunque parece influir en la manera en que se expresa la sintomatología, ya que en los varones son más frecuentes los síntomas conductuales<sup>15</sup>.

2. Edad: a una menor edad se supone una mayor vulnerabilidad debido entre otras razones a la mayor dependencia del entorno<sup>6</sup>.

3. Antecedentes psiquiátricos personales: los antecedentes de ansiedad y depresión se han correlacionado con el desarrollo de TEP, mientras que los antecedentes de síntomas externalizantes como los trastornos de conducta parecen relacionarse con una menor presentación de TEP<sup>6,10</sup>.

4. Antecedentes de exposición a violencia: los pacientes previamente traumatizados son más vulnerables<sup>6,10</sup>.

5. Modelo de afrontamiento ante los acontecimientos estresantes: entre ellos, se citan como factores de riesgo la creencia en un "control externo" de sí mismos o la disociación durante el trauma<sup>8</sup>.

6. Respuesta parental: el grado de estrés de ambos padres y el conocimiento de las necesidades de sus hijos tienen gran importancia<sup>5,7</sup>.

7. Psicopatología parental<sup>14</sup>.

8. Dificultades sociales: el bajo nivel socioeconómico y el estatus minoritario se han citado entre los factores de riesgo aunque el hecho de que con frecuencia se asocian a otros factores puede generar confusión.

Se considera que los afectados que poseen una adecuada red de apoyo sociofamiliar tienen un riesgo menor para desarrollar TEP<sup>15</sup>. Los niveles más bajos de TEP se correlacionan con mayor soporte familiar, menor estrés parental y lejanía del lugar donde se ha producido el acontecimiento traumático.

## Diagnóstico

El reconocimiento de la patología postraumática en la infancia es muy reciente. En 1980 se incorporó el diagnós-

tico de TEP a la DSM-III; sin embargo, se ignoraba su presentación en niños.

Actualmente, aunque los criterios de TEP en las clasificaciones al uso son los mismos para niños que para adultos, la DSM-IV incorpora de forma explícita acomodaciones para reflejar la presentación sintomática del trastorno en niños. No obstante, dichos criterios son poco sensibles a los factores de desarrollo, especialmente en los niños pequeños. Atendiendo a la DSM-IV, podrán ser diagnosticados de TEP aquellos niños que, habiendo sufrido un acontecimiento traumático, responden con el característico cortejo sintomático que consiste en: reexperimentación de éste a través de recuerdos, sueños, reescenificaciones, etc.; evitación persistente de estímulos asociados al trauma e hiperactivación (hipervigilancia, irritabilidad, sobresalto, etc.) con repercusión en el funcionamiento socioacadémico<sup>16</sup>.

El diagnóstico de TEP es más habitual tras los traumas repentinos que en situaciones de traumatismo crónico como pueden ser los abusos sexuales<sup>5</sup>.

Ante los acontecimientos traumáticos, los niños pueden presentar algunas manifestaciones específicas como el juego postraumático (juego repetitivo sobre el hecho traumático), mientras que otras son comunes con los adultos como sen-

timientos de culpa, autorreproches, dependencia e impulsividad. La semejanza con el cuadro del adulto aumenta con la edad.

Las reacciones más graves se inscriben dentro de la ansiedad generalizada, la depresión y el TEP<sup>6</sup>.

La sintomatología en los niños puede ser difícil de evaluar, tanto por las características clínicas (evitación, embotamiento, etc.) como por la negación del sufrimiento por parte de las propias víctimas que con frecuencia ocurre en estos casos<sup>4</sup>. Además, puede faltar la necesaria cooperación del adulto, como ya se ha mencionado.

Existe consenso sobre la necesidad de una búsqueda activa y de una valoración y seguimiento de los niños víctimas de acontecimientos traumáticos aunque<sup>1,17</sup>, en un primer momento, parezcan asintomáticos, ya que las conductas de evitación y/o negación del sufrimiento pueden predominar en el cuadro. Es esencial interrogar al niño cuidadosamente y de forma apropiada según su nivel de desarrollo.

Los síntomas que se pueden encontrar en los niños que han sufrido una situación traumática muestran variaciones según:

- La edad / el nivel de desarrollo. De hecho, la vivencia de los aconteci-

mientos traumáticos en la infancia y sus consecuencias depende del estadio del desarrollo evolutivo en el que encuentre el niño. Así, un niño de 5 años, por el pensamiento mágico propio de esta edad, puede creer que el desastre ha ocurrido como consecuencia de una mentira o de la trasgresión de una norma.

- El tiempo transcurrido desde el acontecimiento traumático.
- La intensidad de la exposición.
- La reacción de los padres ante el trauma.
- Concurrencia de una reacción de duelo por la pérdida de un ser querido.

Ante una situación traumática, el cuadro agudo puede presentarse como un estado de *shock* en el que el menor se muestra mutista y perplejo, sin contactar con el entorno. También pueden presentar como reacción aguda una crisis de ansiedad.

En los adolescentes es frecuente que las reacciones agudas se expresen en forma de actuaciones autoheteroagresivas<sup>11</sup>, ideación autolítica, fugas, conductas temerarias, etc., por lo que es importante explorar y valorar con el adolescente a solas este riesgo. También pueden presentarse cuadros de agitación psicomotriz.

## Sintomatología en función de la edad

**Preescolares.** Los niños menores de tres años pueden verse invadidos por intensos sentimientos o sensaciones al no tener la posibilidad de narrar verbalmente la experiencia. Con frecuencia, los niños pequeños reprimen los recuerdos del trauma pero en el curso del desarrollo pueden surgir precipitantes que hagan que se reexperimente el efecto traumático y aparezcan síntomas.

A estas edades son especialmente sensibles a las reacciones de los padres ante el acontecimiento traumático. La sintomatología característica puede resumirse en<sup>6,7,11,18</sup>:

- Ansiedad y temores: la ansiedad puede manifestarse en forma de hiperactividad, distrabilidad, impulsividad, conductas desorganizadas y agresividad que pueden confundirse con un trastorno por déficit de atención.
- Quejas somáticas.
- Alteraciones de la atención y memoria.
- Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas).
- Juego postraumático.
- Conductas regresivas (chuparse el dedo, enuresis...).
- Pasividad y apatía.

**Escolares.** En los niños en edad escolar son característicos la confusión con distorsiones temporales, el inadecuado entendimiento del hecho traumático (por lo que con frecuencia dan explicaciones mágicas que rellenan las lagunas de comprensión) y las dificultades escolares.

Los síntomas que pueden presentar se resumen en<sup>6,7,11,18</sup>:

- Ansiedad y temores: suelen presentarse en forma de miedos más específicos: referidos al trauma, a los padres, etc.
- Quejas somáticas.
- Alteraciones de la atención y memoria.
- Trastornos del sueño (las pesadillas son especialmente frecuentes).
- Juego postraumático, dibujos o verbalizaciones repetitivas.
- Conductas regresivas, agresividad, inhibición, evitación.
- Formación de presagios (creencia de que ciertos signos fueron avisos del suceso traumático y su reconocimiento evitará futuros traumas).
- Cambios en el estado de ánimo: apatía, tristeza y culpa, aislamiento, bloqueo emocional, etc.
- Disminución del rendimiento escolar que puede explicarse por varias razones: disociación, *flashbacks*, can-

sancio por las pesadillas, alteraciones de la memoria, angustia de separación, aumento del absentismo.

**Adolescentes.** En general los síntomas de TEP se aproximan más a los del adulto, aunque muestran con más frecuencia que adultos y niños impulsividad y conductas agresivas<sup>6,7,11,18</sup>.

Además de los síntomas referidos en escolares (afectivos, evitación de recuerdos sobre el hecho traumático, trastornos del sueño, quejas somáticas, disminución del rendimiento escolar, reexperimentación, etc.), son características las respuestas al trauma orientadas a la acción, por lo que nos vamos a encontrar con:

- Ideación y conductas auto- y heteroagresivas.
- Conductas arriesgadas y peligrosas (uso de drogas, delincuencia, promiscuidad sexual).
- Conductas prematuramente adultas (abandonar la escuela, trabajar, casarse, tener un hijo).
- Fugas.

También pueden adoptar ideologías radicales y asociarse con grupos marginales. No son infrecuentes los deseos de venganza y los trastornos de la alimentación.

- Algunos síntomas disociativos en niños con TEP crónico pueden adoptar la forma de alucinaciones

o pensamiento y comportamiento desorganizados que pueden ser difíciles de distinguir de estados psicóticos<sup>7</sup>.

- La gravedad del cuadro clínico se determinará en función de:
  - La posibilidad de conductas de riesgo.
  - Existencia de apoyo sociofamiliar.
  - Grado de repercusión académica, sociofamiliar y del cuidado de sí mismo.
  - Evolución de la sintomatología.

## Tratamiento

Cuando se produce un suceso traumático, sólo una pequeña parte de las víctimas solicita y recibe ayuda. Sin embargo, es muy importante realizar un diagnóstico y un tratamiento precoces del TEP y los síntomas relacionados en los niños y adolescentes, ya que los efectos psicológicos pueden persistir durante muchos años y, además, el impacto de los desastres en el desarrollo emocional de los niños puede dar lugar a alteraciones en la estructuración de la personalidad<sup>10,11</sup>.

En general, para la atención a los niños víctimas de acontecimientos traumáticos se recomienda un modelo de intervención que identifique a los niños expuestos al acontecimiento estresante y detecte la sintomatología<sup>7,19</sup>.

La intervención inmediata debería empezar en el lugar del hecho traumático proporcionando seguridad y protección.

Como medida general en los niños expuestos, se recomienda una intervención de apoyo y refuerzo de las capacidades de afrontamiento ante respuestas previsibles de duelo/trauma para ayudar en el proceso natural de recuperación<sup>7</sup>.

Los niños y adolescentes que necesitan ayuda terapéutica son aquellos que presentan sintomatología que se mantiene tras varios días. La expresión de una preocupación constante, la aparición de problemas en el colegio, en casa o con los amigos también aconsejan remisión al especialista. Generalmente no hay correlato entre la gravedad del daño psíquico y la sintomatología manifiesta, por lo que no conviene esperar la demanda espontánea. En general, siempre que queden dudas, habría que remitirlos a salud mental, ya que en niños se justifica la búsqueda activa al ser una sintomatología difícil de valorar. La ideación suicida, los síntomas disociativos o la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (abuso de sustancias, trastornos afectivos, etc.) aconseja la remisión preferente a salud mental.

El apoyo emocional y la psicoeducación deberían ofrecerse a los padres para que sepan cómo poder ayudar a los niños.

En general los padres deberían reconocer el impacto de los acontecimientos traumáticos, ser tolerantes con el estrés y con las temporales regresiones del niño, mantener o restaurar las rutinas lo antes posible y saber cómo ayudarlos a manejar sus sentimientos más dolorosos. Además, deben limitar la exposición a los medios de comunicación. La familia debería explicar lo ocurrido al niño de acuerdo a su edad, de forma clara y sin mentir. Hay que evitar la tendencia a ignorar el hecho traumático por el miedo a agravar el dolor del niño ya que los traumas no se olvidan con "el paso del tiempo". También es importante que si el niño lo desea, se le permita participar en ceremonias colectivas de conmemoración o duelo<sup>6,11,18,20</sup>.

Respecto al tratamiento psiquiátrico, casi todos los estudios se refieren a tratamientos cognitivo-conductuales y adaptaciones de tratamientos con adultos. No hay evidencia de la superioridad de un enfoque concreto psicoterapéuticamente hablando. Tampoco existe evidencia empírica suficiente para justificar la administración de una medicación concreta<sup>7,21</sup>.

Restablecer el desarrollo normal es siempre un objetivo. No obstante, en principio, la indicación para la intervención psicoterapéutica es la presencia de psicopatología con cierto grado de de-



terio funcional. Todas las intervenciones psicoterapéuticas se dirigen específicamente al procesamiento emocional y cognitivo del suceso traumático<sup>7</sup>.

Pynoos y Nader (1988) describieron una técnica de "primeros auxilios psicológicos" (desahogo psicológico, tipo *debriefing*) para niños expuestos a violencia en la comunidad que se ofrece poco después del suceso traumático. Es una intervención generalmente grupal que consiste en la discusión inmediata del suceso y de su impacto, promoviendo la expresión de sentimientos<sup>7</sup>. No obstante, de hacerse, estas intervenciones deben realizarlas personal altamente cualificado pues están siendo muy cuestionadas por muchos autores, ya que pueden ser perjudiciales al dejar al niño en un estado de mayor sensibilización e incluso se pueden exacerbar reacciones traumáticas en vez de facilitar la recuperación.

Para tratar los síntomas de estrés postraumático y los síntomas asociados de depresión o ansiedad, se han utilizado diferentes fármacos, aunque dicho abordaje tiene un escaso papel ya que no hay estudios controlados que hayan evaluado la eficacia del tratamiento psicofarmacológico para el TEP pediátrico. Se han utilizado: propanolol, carbamacepina, clonidina, guanfacina para atenuar los síntomas de TEP en niños<sup>21</sup>. También

se ha sugerido que los antidepresivos pueden ser útiles sobre todo en aquellos niños en los que predominen síntomas depresivos o ataques de pánico. En general, el uso de benzodiazepinas no está indicado por el riesgo adictivo y los potenciales efectos sobre la memoria<sup>7</sup>. En cualquier caso, el tratamiento farmacológico debería instaurarlo el especialista. Hay que tener presente que no todos los síntomas conductuales y emocionales que presente un niño diagnosticado de TEP están necesariamente en relación con el trauma. Como clínicos debemos reconocer la sintomatología preexistente o comórbida y proporcionar la intervención terapéutica adecuada además del tratamiento referido al trauma<sup>21</sup>.

### **Dificultades en la intervención psiquiátrica ante acontecimientos traumáticos**

---

En la bibliografía se señalan algunas dificultades características en relación con la intervención psiquiátrica en situaciones traumáticas entre las que se encuentran:

- Escasa utilización de los dispositivos de salud mental<sup>4,11,17,22</sup>. La aparición de conductas de evitación, que son características tras los acontecimientos traumáticos, es uno de los motivos más importan-

tes que explican dicha circunstancia<sup>22</sup>. En el caso de los niños y los adolescentes, esta infrautilización de los dispositivos de salud mental es incluso mayor por razones derivadas de su dependencia de los adultos.

- Resistencias al tratamiento psicológico y psiquiátrico. Aun cuando se consulta en salud mental, la indicación de tratamiento tiene un bajo cumplimiento. El embotamiento, el retraimiento y la evitación impiden hablar de aspectos dolorosos. También juegan un papel el miedo a la estigmatización y el hecho de que los adultos responsables del niño pueden sentirse inicialmente abrumados solucionando aspectos concretos<sup>4</sup> (cuestiones sociolaborales, cambios derivados de la situación traumática) que les conduzcan a relativizar o directamente a negar la importancia de la atención psicológica.
- Resistencias a la intervención psicológica por parte de otras instituciones. Es frecuente que se planteen desde el medio escolar<sup>4,17</sup>. Además de actitudes ambivalentes o directamente temerosas ante dichas intervenciones, también es frecuente la negación de la afectación de los

niños y problemas de competencias entre profesionales

- El acceso a los niños afectados a través de Atención Primaria<sup>6,23</sup> podría ser el más eficaz ya que juegan un rol muy activo en la identificación y el tratamiento de los niños con problemas de salud mental. Además, la mayoría de las familias suele buscar primero la ayuda en los médicos de Atención Primaria.
- En las situaciones de catástrofe desde el punto de vista organizativo hay que poner especial atención en la coordinación interinstitucional y transmisión de la información de los recursos disponibles ya que, de lo contrario, además de generarse confusión en la población se facilita que en muchos casos los niños y adolescentes no reciban atención por parte de personal cualificado.

### **Papel de los pediatras de AP en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los síntomas postraumáticos**

Los pediatras de AP se encuentran en un lugar privilegiado para:

- La prevención y el cribado diagnóstico por su cercanía al niño, su entorno y su familia. Reconocer lo que es una reacción "normal" o no

tras un acontecimiento traumático es una tarea a veces muy difícil. Recordar que la posibilidad de requerir atención especializada puede presentarse varios meses después (inicio demorado).

- Explicar que los niños pueden expresar su sufrimiento de una forma muy diferente a como lo hacen los adultos y que nuestro objetivo es aliviar el sufrimiento del niño.
- Seleccionar a los pacientes según criterios de gravedad y derivación a salud mental en su caso. Desdramatizar la derivación a salud mental.
- Información de las primeras recomendaciones terapéuticas.
- Ayudar a la aceptación de las medidas de intervención terapéutica que se propongan.
- Ayudar a modular la respuesta de los padres ante el trauma ya que

influye mucho en la recuperación del niño.

## Conclusiones

Como conclusión pensamos que es muy importante desarrollar programas de intervención con familias y comunidades para capacitarnos en la protección y asistencia psicológica a niños y adolescentes en relación con catástrofes potenciales. Tras un desastre, los niños, y especialmente aquellos que presentan factores de riesgo, deberían ser sometidos al cribado de problemas psicológicos y se debería proporcionar un tratamiento antes de que los síntomas interfieran con el desarrollo del niño<sup>4,6,11,17</sup>. No obstante, tanto a nivel político como profesional no se puede olvidar que hay muchas fuentes de trauma en niños como la violencia doméstica, los abusos o los accidentes de tráfico cuyas víctimas merecen la misma consideración.

---

## Bibliografía

1. Pfefferbaum B, Seale TW, McDonald NB, Brandt Jr. EN, Rainwater SM, Maynard BT, et al. Post-traumatic stress two years after the Oklahoma City bombing in youths geographically distant from the explosion. *Psychiatry*. 2000;63:358-70.

2. Schonfeld D. Almost one year later: looking back and looking ahead. *J Dev Behav Pediatr*. 2002;23:292-4.

3. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*. 1991;148:10-20.

4. Lubit R, Eth S. Children, disasters, and the September 11th World Trade Center attack. In: Ursano R, Norwood AE, editors. *Trauma and disaster responses and management*. Washington DC: American Psychiatric Press; 2003. p. 63-90.

5. March JS, Amaya-Jackson L. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *PTSD Research Quarterly*. 1993;4:1-8.

6. Mollica RF. The mitigation and recovery of mental health problems in children and adolescents affected by terrorism. Report for submission to the honorable Tommy G. Thompson, Secretary of Health and Human Services. U.S. Department of Health and Human Services. 2003. [Consultado el 03/04/2006]. Disponible en [www.bt.cdc.gov/children/PDF/working/recovery.pdf](http://www.bt.cdc.gov/children/PDF/working/recovery.pdf)
7. Cohen JA, Berliner L, March JS. Tratamiento de los niños y adolescentes. En: Edna BF, Terence MK, Matthew JF, editores. Tratamiento del estrés postraumático. Barcelona: Ariel; 2003. p. 131-67.
8. Herman J. Abuso infantil. En: Trauma y recuperación. Madrid: Espasa Calpe; 2004. p. 159-86.
9. Morgan L, Scourfield J, Williams D, Jasper A, Lewis G. The Aberfan disaster: 33-year follow-up of survivors. *Br J Psychiatry*. 2003;182:532-6.
10. Terr LC. Chowchilla revisited: the effect of psychic trauma four years after a school bus kidnapping. *Am J Psychiatry*. 1983;140:1543-50.
11. Trujillo M. Tratamiento del estrés postraumático en la infancia. En: Trujillo M, editor. Psicología para después de una crisis. New York: Aguilar; 2002. p. 137-52.
12. Pfefferbaum B. Post-traumatic stress disorder in children: a review of the past 10 year. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:1503-11.
13. Ruggiero K, Morris T, Scotti J. Treatment for children with post-traumatic stress disorder: current status and future directions. *Clin Psychol*. 2001;8:210-27.
14. Silva R, Kessler L. Resiliency and vulnerability factors in childhood post-traumatic stress disorders. In: Silva R, editor. Post-traumatic stress disorders in children & adolescents. New York: Norton&Company; 2004. p. 18-37.
15. Rojas V, Pappagallo M. Risk factors for post-traumatic stress disorders in children and adolescents. In: Silva RR, editor. Post-traumatic stress disorders in children and adolescents. New York: Norton&Company; 2004. p. 38-59.
16. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson; 1994.
17. Pfefferbaum B, Call J, Sconzo G. Mental health services for children in the first two years after the 1995 Oklahoma city terrorist bombing. *Psychiatr Serv*. 1999;50:956-8.
18. Organización Panamericana de la Salud. OMS. Los problemas psicosociales de la población infantil y juvenil. En: Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Programa de preparativos para situaciones de emergencia y socorro en casos de desastre. Washington DC: PAHO/OMS; 2002. p. 41-9. [Consultado el 03/04/2006.] Disponible en: [www.paho.org/spanish/ped/SaludMental01.pdf](http://www.paho.org/spanish/ped/SaludMental01.pdf)
19. Pynoos R, Nader K. Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: research implications. *J Trauma Stress*. 1988;4:445-73.
20. Perry B. The child loss. Death, grief and mourning. [Consultado 03/04/2006.] Disponible en [http://teacher.scholastic.com/professional/bruceperry/child\\_loss.htm](http://teacher.scholastic.com/professional/bruceperry/child_loss.htm)
21. Cohen JA. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with posttraumatic stress disorder. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37:997-1001.
22. Sánchez A. La evaluación psiquiátrica de las víctimas. En: Baca Baldomero E, Cabanas ML, editores. Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos. Madrid: Triacastela; 2003. p. 119-33.
23. Fairbrother G, Stuber J, Galea S, Pfefferbaum B, Fleischman AR. Unmet need for counselling services by children in New York City after the September 11th attacks on the World Trade Centre: implications for pediatricians. *Pediatrics*. 2004;113:1367-74.