

## **TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**

### **Definición y concepto**

El diagnóstico de trastorno de estrés posttraumático (TEP) requiere que se haya producido una exposición a un acontecimiento traumático que debe ser potencialmente amenazante para la vida o para la salud del individuo o de otra persona de su entorno más cercano. El niño deberá haber sufrido el acontecimiento traumático en persona o haber sido testigo de dicho acontecimiento en alguien generalmente cercano al niño. Ejemplos de acontecimientos que puedan causar TEP son: abuso sexual, raptos, acoso en el colegio por parte de compañeros, accidentes graves con determinados vehículos de motor, desastres naturales o provocados por el hombre y enfermedades amenazantes para la vida del individuo como cáncer o quemaduras graves.

Los niños que padecen TEP responden a dichos eventos con intenso temor, horror o desesperanza, y en ocasiones muestran comportamientos desorganizados y agitación. También desarrollan síntomas característicos como re-experimentación del acontecimiento traumático, evitación, y aumento del umbral del nivel de activación fisiológica. El que aparezcan estos síntomas va a depender en gran medida de la edad del niño, haciendo menor referencia al acontecimiento traumático los niños de menor edad. Los síntomas de re-experimentación más frecuentes incluyen miedo, pensamientos de tipo intrusivo relacionados con el trauma y pesadillas o sueños recurrentes en referencia al acontecimiento traumático. En los niños más pequeños estos síntomas pueden tomar la forma de miedo a monstruos o animales, siendo más difícil hacer un diagnóstico diferencial con temores y pesadillas normales en este grupo de edad. Todo aquello que recuerde el acontecimiento traumático generalmente provoca en el niño un intenso estrés psicológico o aumento del umbral de activación fisiológica. Estos niños típicamente tratan de evitar todo aquello que recuerde al trauma. Los adolescentes con TEP pueden usar drogas o alcohol para disminuir los síntomas de re-experimentación, o para evitar pensar en lo ocurrido. Muchos de estos niños tienen dificultades para expresar verbalmente sus síntomas e incluso su desesperanza respecto al futuro, debido sobre todo a limitaciones a nivel cognitivo para su edad. En ocasiones una forma de manifestar la afectación emocional es autolesionándose.

El aumento del umbral de activación fisiológica puede hacerse evidente en forma de ataques de rabia, irritabilidad, dificultades en el sueño, dificultades de concentración y atención, hiperactividad motora, quejas somáticas (principalmente dolor abdominal y cefalea) e hipervigilancia. En muchas ocasiones es necesario recabar información de padres y profesores para determinar si estos síntomas existían antes o son posteriores al acontecimiento traumático.

Distintos tipos de TEP incluyen: **agudo** (duración de menos de tres meses), **crónico** (duración de tres meses o más), y con **inicio retardado** (si el inicio de los síntomas se da al menos seis meses después del acontecimiento traumático). Diversos autores (Scheeringa, Zeanah, Drell, y Larrieu, 1995) han cuestionado que los criterios que se aplican para el diagnóstico de TEP en adolescentes sean aplicables a los niños más pequeños o en aquellos con retraso madurativo, sugiriendo la necesidad de establecer criterios alternativos.

## **Epidemiología**

Los datos sobre la prevalencia del trastorno de estrés postraumático son un tanto dispares, debido a que proceden de estudios con notables diferencias metodológicas, sobre todo a nivel de los criterios diagnósticos y en los instrumentos de evaluación utilizados.

Se estima que la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en la población general es aproximadamente del 1 al 4% (Helzer et al., 1987).

En un estudio realizado en la población general (Giaconia et al., 1995) se observó que a los 18 años más de las dos quintas partes tenían criterios DSM-III-R de haber sufrido una experiencia traumática, y que alrededor del 6% reunían criterios para el diagnóstico del trastorno en una ocasión como mínimo.

En un estudio (Terr, 1989) se vio que el 100% de los niños que fueron secuestrados en el autobús escolar (en Chowchilla, California) sufrieron un importante trauma psíquico. Este estudio mostró que cuando el agente estresante es lo bastante intenso y el niño lo sufre de forma directa, la experiencia resulta traumática en todos los casos, al margen de otros factores como el nivel de desarrollo, los antecedentes personales o diversos factores familiares que, sin embargo, sí se ha comprobado que influyen en otras situaciones potencialmente causantes de trastorno de estrés postraumático.

No existe acuerdo en la influencia del sexo en el desarrollo de los síntomas de TEP; algunos investigadores han encontrado diferencias de sexo tras la exposición a un acontecimiento traumático y otros no. Tampoco existe acuerdo en cuanto al papel que desempeña la edad del niño en el momento de la exposición. Respecto a diferentes etnias y culturas, diversos estudios han documentado que el trastorno de estrés postraumático se observa en todos los grupos étnicos y culturales.

### **Población / edades de riesgo-dianas**

El desarrollo del TEP en la niñez y la adolescencia no ha sido adecuadamente estudiado. Los estudios longitudinales no han controlado en la mayoría de los casos el impacto del tratamiento aplicado, la exposición a acontecimientos traumáticos estresantes, la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y una gran variedad de otros factores que podrían tener un impacto importante en la recuperación. Otros estudios han demostrado que el TEP en población infantil tiene una tasa baja de remisión espontánea, y que el TEP persiste en la mayoría de las ocasiones durante meses o años en muchos niños. Existe además escasa información en lo que respecta a factores de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de TEP.

La presentación del TEP va a depender del grado de desarrollo evolutivo del niño. Típicamente, es más probable que los niños manifiesten todos los síntomas de TEP cuando adquieren un mayor grado de madurez. Por eso, los adolescentes a menudo cumplen todos los criterios diagnósticos de TEP, aunque aquellos que padecen TEP crónico y han experimentado acontecimientos traumáticos severos o repetitivos pueden tener predominancia de síntomas disociativos como despersonalización, desrealización, ataques de agresividad, automutilación o abuso de sustancias. Asimismo, los niños en edad preescolar pueden manifestar síntomas de ansiedad general, tales como dificultades de separación, miedo a extraños, a monstruos o a la oscuridad, preocupación relacionada con / evitación de palabras o símbolos que pueden tener relación con el acontecimiento traumático, y trastornos del sueño.

Es importante señalar que el diagnóstico precoz de TEP puede evitar una afectación severa en el funcionamiento cognitivo y en el desarrollo evolutivo del niño, de ahí la importancia de una identificación precoz y un tratamiento adecuado.

El TEP en el niño aparece con frecuencia asociado a otros trastornos psiquiátricos como el trastorno depresivo mayor y la distimia. Varios investigadores han informado de la alta tasa de comorbilidad entre trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad de separación, agorafobia, y otros trastornos pertenecientes a este grupo en niños con TEP.

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad aparece frecuentemente asociado a la exposición a un acontecimiento traumático, aunque estos niños no cumplan criterios para diagnosticar TEP. Además de TDAH, se ha observado una alta relación entre TEP y otros trastornos externalizantes, como el Trastorno Opositor Desafiante y el Trastorno de Conducta. El TEP puede a su vez exacerbar los síntomas de Trastorno Opositor Desafiante, y la exposición a un acontecimiento traumático en la niñez puede contribuir a una hipotética progresión de TDAH a Trastorno Opositor Desafiante.

Existe también una importante comorbilidad entre TEP y abuso de sustancias en adolescentes, quizás en parte debido a la auto-administración de drogas y alcohol para aplacar la re-experimentación de síntomas relacionados con el acontecimiento traumático.

Finalmente, existe evidencia preliminar de comorbilidad entre el TEP y los trastornos disociativos en niños que han sufrido abuso físico o sexual. También se ha encontrado una alta comorbilidad con el Trastorno Límite de Personalidad en niñas que han sufrido abuso sexual; en algunos estudios más de la mitad de estas niñas informaron de historia de abuso sexual. Algunos autores incluso han especulado con la idea de que el TLP puede ser en realidad una forma muy severa de TEP más que una categoría diagnóstica aislada, aunque hasta el momento esta idea no ha podido ser demostrada empíricamente.

El diagnóstico diferencial del TEP infantil incluye los trastornos de adaptación, otros trastornos de ansiedad, trastornos del humor, y raramente trastornos psicóticos. Los *flashbacks* y otros fenómenos de reexperimentación pueden manifestarse de forma muy similar a alucinaciones, ilusiones u otros síntomas psicóticos. Síntomas disociativos como afecto aplanado, comportamiento desorganizado y retraimiento social pueden presentarse de forma similar a los trastornos psicóticos cuando se dan en el contexto de una situación amenazante. En estos casos, si el clínico no está informado del acontecimiento traumático previo, puede ser muy difícil distinguir esta presentación de un verdadero trastorno psicótico. Además, el TEP puede

presentarse con síntomas muy similares a los de un trastorno depresivo con síntomas psicóticos, o incluso estas dos condiciones pueden coexistir.

### Necesidad de unidad de criterios

Existe una gran controversia en la actualidad en lo que respecta al diagnóstico de TEP por parte de aquellos clínicos que no están familiarizados con el trastorno, y podrían por ello infra o sobrediagnosticarlo. Con frecuencia, el trastorno se infradiagnostica porque los pacientes no relacionan el acontecimiento traumático con el inicio de la sintomatología. La evidencia empírica disponible sugiere que es esencial preguntar al niño directamente sobre la posible exposición a un acontecimiento traumático y sobre síntomas de TEP relacionados con dicha experiencia para diagnosticar este trastorno de forma precisa.

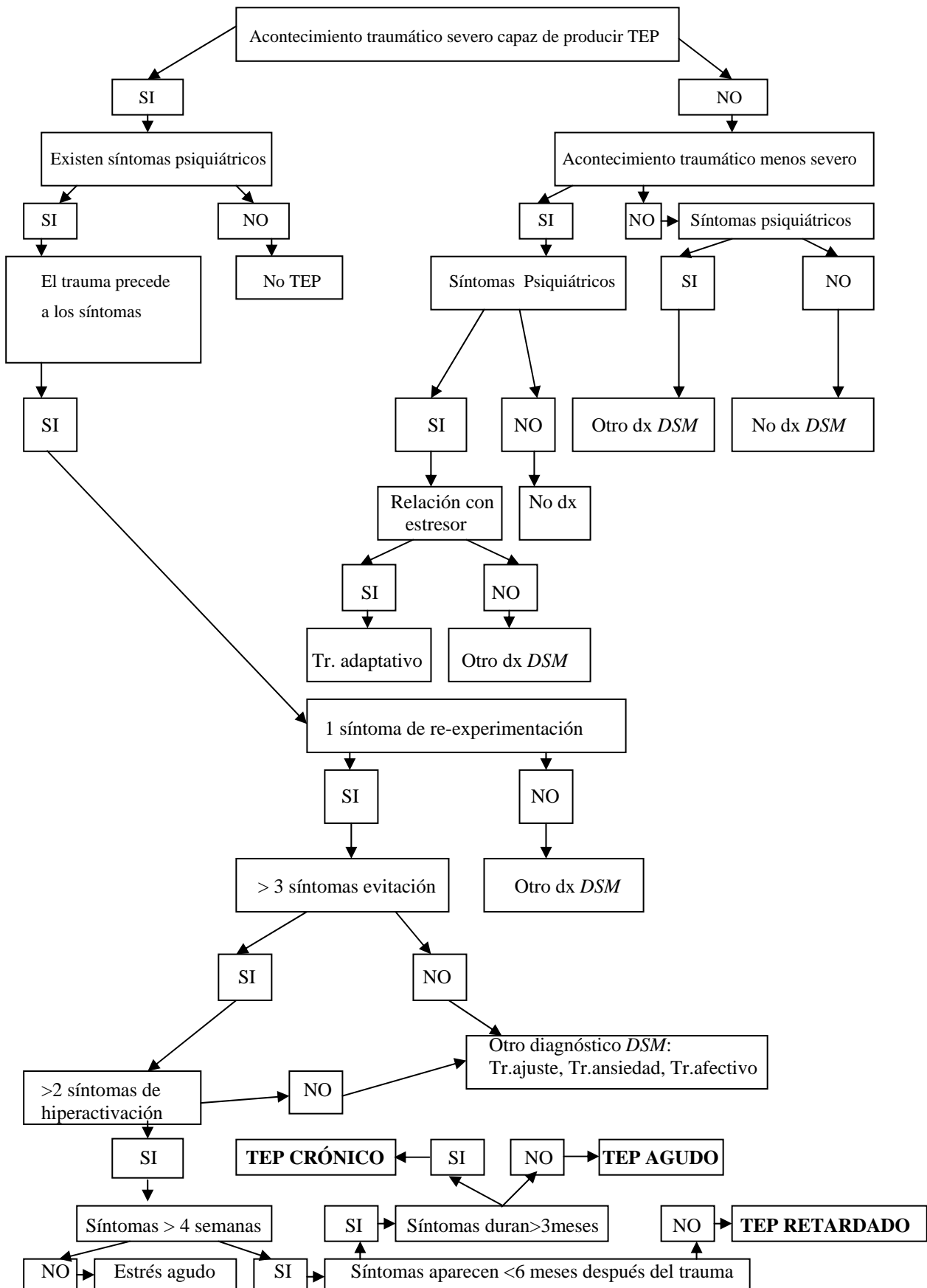
**Tabla 1.- Posibles signos y síntomas de TEP**

- Pensamientos, recuerdos o sueños desagradables de carácter invasor.
- *Flashbacks* o rememoración del acontecimiento traumático de forma espontánea o en respuesta a recuerdos directamente relacionados con algún aspecto concreto del trauma estresante. Puede consistir en olores, sonidos, imágenes o impresiones centradas en el momento del trauma.
- Conductas repetitivas en relación con la experiencia traumática.
- Conductas de evitación: los niños van a intentar eludir cualquier pensamiento, sentimiento o actividad que les desencadene el malestar asociado al suceso traumático.
- Aumento de la activación o hiperactivación fisiológica.
- Cambios en la afectividad: frecuentes en niños en edad escolar.
- Cambios en las expectativas, inseguridad respecto al futuro: frecuente en adolescentes.

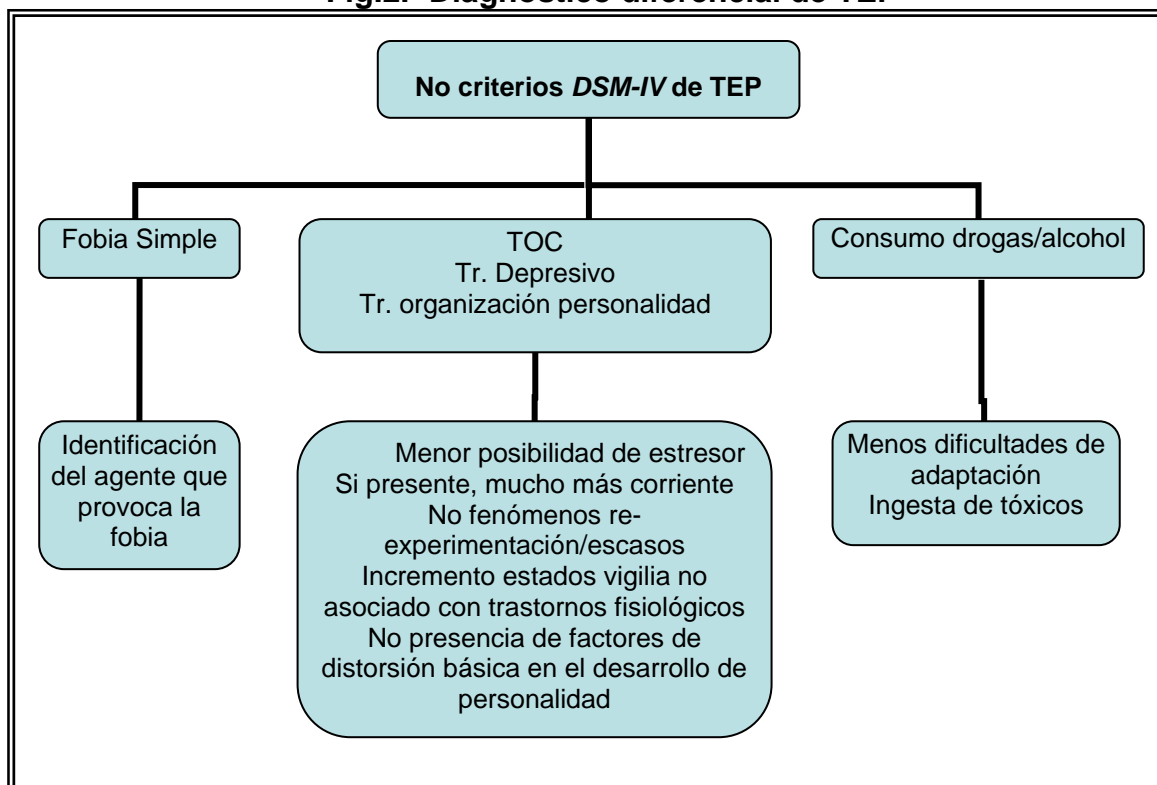
**Tabla 2.- Instrumentos de evaluación del trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes (Bobes et al. 2000)**

<b>Medidas</b>	<b>Formato</b>	<b>Versión</b>	<b>Comentarios</b>
<b>PTSD Reaction Index</b>	20 ítems. Autoaplicado o entrevista semiestructurada	DSM-III	Adaptado de adultos Diseñado para investigación
<b>Levonn</b>	40 ítems. Autoaplicado	DSM-III-R	
<b>Checklist for PTSD Symptoms in Infants and Young Children</b>	Cuestionario para el profesional	DSM-IV	Para niños menores de 4 años
<b>Child PTSD Symptom Scale</b>	17 ítems para preguntar al niño	DSM-IV	Adaptado de una escala de adultos
<b>Posttraumatic Symptom Inventory for Children</b>	30 ítems, entrevista	DSM-IV	Diseñado específicamente para niños

**Fig.1.- Protocolo diagnóstico de TEP**



**Fig.2.- Diagnóstico diferencial de TEP**



**Tabla 3.- Abordaje terapéutico en el Trastorno de estrés postraumático**

<b>Terapia Cognitivo-Conductual (CBT)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Efectividad en estudios aleatorios comparativos.</li> <li>▪ Incluye:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Técnicas de exposición gradual.</li> <li>2. Procesamiento cognitivo del acontecimiento traumático.</li> <li>3. Psicoeducación.</li> <li>4. Entrenamiento en Técnicas de reducción de estrés.</li> </ol> </li> <li>▪ Tratamiento de primera línea para el TEP en niños y adolescentes.</li> </ul>
<b>Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (EMDR)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Técnicas de exposición y reprocesamiento cognitivo administradas en un número limitado de sesiones.</li> <li>▪ La evidencia científica disponible sitúa esta técnica en un estadio preliminar.</li> </ul>
<b>Terapia de Apoyo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estudios muestran menor efectividad para disminuir la sintomatología de TEP que la terapia cognitivo-conductual.</li> <li>▪ No debe considerarse como abordaje de primera elección.</li> </ul>
<b>Intervenciones farmacológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Propanolol</i> (Famularo, Kinscherff, &amp; Fenton, 1988): estudio abierto. Disminución significativa en los síntomas de TEP.</li> <li>▪ <i>Clonidina</i> (Perry, 1994) (Harmon &amp; Riggs, 1996): estudios no controlados. Reducción en los síntomas de TEP.</li> <li>▪ <i>Bloqueantes dopaminérgicos</i> (Horrigan, 1998): estudio abierto. La risperidona mostró efectividad en la reducción de síntomas de TEP.</li> <li>▪ <i>Antiepilépticos</i> (Looff et al., 1995): estudio abierto. La carbamazepina mostró remisión de los síntomas de TEP.</li> <li>▪ <i>ISRS</i> (Seedat et al., 2002): estudio abierto. El citalopram es tan eficaz para reducir los síntomas de TEP en población infanto-juvenil como lo es en adultos.</li> </ul>

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents. A clinician's Guide to Effective Psychosocial and Pharmacological Interventions. Ollendick, T.H., March, J.S. Oxford University Press. 2004.
- Trastorno de estrés postraumático. Bobes, J., Bousuño, M., Calcedo, A., González, M.P. Masson. Barcelona. 2000.
- Child and Adolescent Psychiatry. Rutter M. Taylor E. Fourth Edition. Blackwell Publishing.

## BIBLIOGRAFÍA

- Almqvist, K., & Brandell-Forsberg, M. (1997). Refugee children in Sweden: Posttraumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse and Neglect*, 21(4), 351-366.
- Arroyo, W., & eth, S. (1995). Assessment following violence: Witnessing trauma. In E. Peled, P. G. Jaffe, & J. L. Edleson (Eds.), *Ending the cycle of violence: Community responses in children of battered women*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., Jetton, J. G., Chen, L., Mick, E., Greene, R. W., et al. (1996). Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1193-1204.
- Boyle, S., Bolton, D., Nurrish, J., O'Ryan, D., Udwin, O., & Yule, W. (1995). The Jupiter sinking follow-up: Predicting psychopathology in adolescence following trauma. *Paper presented at the 11<sup>th</sup> Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Boston*.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Liotus, L., Richardson, D., Canobbio, R, Schweers, J., et al. (1995). Posttraumatic stress disorder in peers of adolescent suicide victims. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (2), 209-215.
- Carrion, 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.
- Clark, D. B., Bukstein, O. G., Smith, M. G., Kaczynski, N. A., Mezzich, A. C., & Donovan, J. E. (1995). Identifying anxiety disorders in adolescents hospitalized for alcohol abuse or dependence. *Psychiatric Services*, 46, 618-620.
- Cohen J, Bernell W, Dunne R et al. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998, 37 (supl. 10): 4S-26S.
- DeBellis, M. D., Chrousos, G. P., Dorn, L. D., Burke L., Helmers, K., Kling M. A., Trickett, P. K., et al. (1994). H-P-A axis dysregulation in sexually abused girls. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 78, 249-255.
- DeBellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B.J., Giedd, J. N., Boring, A. M., Frustacik, & Ryan N. D. (1999). *Developmental traumatology, Part II: Brain development*. *Biological Psychiatry*, 45, 1271-1284.
- Drell, M. J., Siegel, C. H. & Gaensbauer, T. J. (1993). Posttraumatic stress disorder. In C.H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford Press.
- DSM-IV-TR. American Psychiatric Association.
- Famularo, R., Fenton, T., Augustyn, M., & Zuckerman, B. (1996). Persistence of pediatric posttraumatic stress after two years. *Child Abuse and Neglect*, 20(12), 1245-1248.
- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1988). Propanolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type: A pilot study. *American Journal of Diseases of Children*, 142, 1244-1247.
- Ford, J. D., Racusin, R., Daviss, W. B., Ellis, C. G., Thomas, J., Rogers, K, Reiser, J., et al. (1999). Trauma exposure among children with ODD and ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 786-789.
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleisher, A., & Thomas, J. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, 5(3), 205-217.
- Ford, J. D., Thomas, J. E., Rogers, K. C., Racusin, R. J., Ellis, C. G., Schiffman, J. G., Daviss, W. B., et al. (1996, November). Assessment of children's PTSD following abuse or accidental trauma. *Paper*



presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Francisco.

- Frederick CJ. Children traumatized by catastrophic situations. Eth, S., Pynoos RS., eds. *Posttraumatic stress disorder in children*. Washington: American Psychiatric Press, 1985.
- Giaconia RM, Reinherz MZ, Silverman AB et al. Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995, 34: 1369-1380.
- Goenjian, A. K., Karayan, I., Pynoos, R. S., Minassian, D., Najarian, L. M., Steinberg, A. M., & Fairbanks, L. A. (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry*, 154 (4), 536-542.
- Goenjian, A. K., Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Asarnow, J. R., Karayan, J., Ghurabi, M., et al. (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34 (9), 1174-1184.
- Goodwin, J. (1985). Posttraumatic symptoms in incest victims. In S. Eth & R. S. Pynoos (Eds.), *Posttraumatic stress disorder in children*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Goodwin, J. (1988). Posttraumatic stress symptoms in abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 1(4), 475-488.
- Green, B. L., Grace, M. C., Vary, M. G., Kramer, T. L., Gleser, G. C., & Leonard, A. C. (1994). Children of disaster in the second decade: A 17-year follow-up of the Buffalo Creek survivors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(6), 945-951.
- Green, B. L., Korol, M., Grace, M. C., Vary, M. G., Leonard, A. C., Gleser, G. C., & Smitson-Cohens, S. (1991). Children and disaster: Age, gender and parental effects on posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(6), 945-951.
- Harmon, R. J., & Riggs, P. D. (1996). Clinical perspectives: Clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1247-1429.
- Helzer J., Robins L., Mclevooy L. Posttraumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine* 1987, 317: 1630-1634.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Herman, J. L., & van der Kolk, B. A. (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Horrigan, J. (1998, December 18). Risperidone appears effective for children and adolescents with severe PTSD. *Psychiatric News*, p.8.
- Hubbard, J., Realmuto, G. M., Northwood, A. K., & Masten, A. S. (1995). Comorbidity of psychiatric diagnoses with posttraumatic stress disorder in survivors of childhood trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1167-1173.
- ICD-10. Classification of Mental and Behaviour Disorders. World Health Organisation. Geneva.
- Kessler RC., Somnoga A., Brumet E. et al. Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1995, 52: 1048-1060.
- Kiser, L. J., Heston, J., Milsap, P. A., & Pruitt, D. B. (1991). Physical and sexual abuse in childhood: Relationships with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 776-783.
- La Greca, A. M., Silverman, W. K., & Wasserstein, S. B. (1998). Children's predisaster functioning as a predictor of posttraumatic stress following Hurricane Andrew. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 883-892.
- La Greca, A. M., Vernberg, E. M., Silverman, W. K., & Prinstein, M. J. (1996). Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: A prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(4), 712-723.
- Laor, N., Wolmer, L., Mayers, L. C., Gershon, A., Weizman, R., & Cohen, D. T. (1997). Israeli preschool children under Scuds: A 30-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(3), 349-356.
- Lindley, S. E., Carlson, E., & Sheikh, J. (2000). Psychotic symptoms in posttraumatic stress disorder. *CNS Spectrums*, 5(9), 52-57.
- Lonigan, C. J., Shannon, M. P., Taylor, C. M., Finch, A. J., & Sallee, F. R. (1994). Children exposed to disaster: II. Risk factors for the development of posttraumatic symptomatology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(1), 94-105.
- Loeff, D., Grimley, P., Kuiler, F., Martin, A., & Shunfield, L. (1995). Carbamazepine for posttraumatic stress disorder (Letter to the Editor). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(6), 703-704.

- Macksoud, M. S., & Aber, J. L. (1996). The war experiences and psychosocial development of children in Lebanon. *Child Development*, 67, 70-88.
- McCloskey, L. A., & Walker, W. (2000). Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single event trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(5), 764-769.
- Milgram, N. A., Toubiana, Y. H., Klingman, A., Raviv, A., & Goldstein, I. (1988). Situational exposure and personal loss in children's acute and chronic stress reactions to a school bus disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 339-352.
- Nader, K., Krieger, J. A., Blake, D. D., Pynoos, R. S., Newman, E., & Weathers, F. W. (1996). Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents for DSM-IV. *Boston: National Center for PTSD and UCLA Trauma Psychiatry Program*.
- Pine, D.C., & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51, 519-531.
- Pymos R., Frederick C, Nader N et al. Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry* 1987, 44: 1057-1063.
- Pynoos, E., & Eth, S. (1986). Witness to violence: The child interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry*, 25, 306-319.
- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, D., Nunez, F. et al. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057-1063.
- Pynoos, R. S., Rodríguez, A., Steinberg, A., Stuber, M., & Frederick, C. J. (1998). *UCLA PTSD Index for DSM-IV. Unpublished questionnaire, UCLA. Email address: R.Pynoos@mednet.ucla.edu*.
- Seedat, S. Stein, D. J., Ziervogel, C., Middleton, T., Kammer, D., Emsley, R. A., Rossouw, W. (2002). Comparison of response to a selective serotonin reuptake inhibitor in children, adolescents and adults with PTSD. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 37-46.
- Shaw, J. A., Applegate, B., Tanner, S., Perez, D., Rothe, E., Campo-Bowen, A. E., & Lahey, B. L. (1995). Psychological effect of Hurricane Andrew on an elementary school population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1185-1192.
- Sheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995, 42, 561-570.
- Singer, M. I., Anglin, T., Song, L., & Lunghofer, L. (1995). Adolescent's exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *Journal of the American Medical Association*, 273(6), 477-482.
- Spiegel, D. (1984). Multiple personality as a post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 101-110.
- Stoddard, F. J., Norman, D. K., & Murphy, M. (1989). A diagnostic outcome study of children and adolescents with severe burns. *Journal of Trauma*, 29 (4), 471-477.
- Stone, M. H. (1990). Abuse and abusiveness in borderline personality disorder. In P. S. Links (Ed), *Family environment and borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sullivan, J. M., & Evans, K. (1994). Integrated treatment for the survivor of childhood trauma who is chemically dependent. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26(4), 369-378.
- Terr L. Family anxiety after traumatic events. *Journal of Clinical Psychiatry* 1989, 50 (supl): 15-19.
- Wolfe, D. A., Sas, L., & Wekerle, C. (1994). Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18, 37-50.
- Wozniak, J., Crawford, M., Biederman, J., Faraone, S., Spencer, T., Taylor, A., & Blier, H. (1999). Antecedents and complications of trauma in boys with ADHD: Findings from a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 48-55.
- Yule, W., & Udwin, O. (1991). Screening child survivors for posttraumatic stress disorder: Experiences from the "Jupiter" sighting. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 131-138