

Comentarios al Trastorno por Estrés Postraumático en niños de 6 años y menores. DSM-5.

Por Michael Scheeringa, MD.

Siempre ha sido un desafío para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) considerar las diferencias por desarrollo, en la expresión de trastornos en grupos de diferentes edades.

La investigación ha sugerido que los individuos de diferentes edades pueden manifestar rasgos del mismo criterio de forma un tanto diferente. Además, hay suficientes diferencias en las manifestaciones de algunos trastornos, que justifican un subtipo de los mismos dependiendo de la edad. Esto es particularmente importante cuando se trata del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) porque aunque el TEPT ha sido ampliamente reportado en niños y adolescentes, los criterios del DSM-IV fueron desarrollados antes de un sustancial número de estudios realizados en niños pequeños. (1)

La Quinta Edición del DSM (DSM-5) incluye un nuevo subtipo del TEPT basado en el desarrollo, llamado **Trastorno por Estrés Postraumático en Niños de Preescolar**.

Como primer subtipo basado en el desarrollo del niño, representa un significativo avance en la taxonomía (clasificación) del DSM. Desde que Michael Scheeringa y Charles Zeanah (2) propusieron un conjunto de criterios diagnósticos alternativos, los criterios han sido refinados empíricamente (3,4) y han sido respaldados por un grupo de trabajo de expertos en salud mental infantil. (5).

Si bien la mayor parte de la investigación empírica que soporta este trastorno fue realizada con niños de preescolar entre 3 y 6 años, los estudios frecuentemente incluyeron pequeños de 1 y 2 años de edad. Estos estudios mostraron que cuando se aplicaron este grupo de criterios sensibles al desarrollo, el número de niños que clasificaron para el diagnóstico aumento aproximadamente de 3 a 8 veces comparado con el DSM-IV (3, 6).

¿Qué tipo de trauma experimentan los niños pequeños?

Los niños pequeños están expuestos a muchos tipos de experiencias traumáticas, lo que los pone en riesgo de desarrollar TEPT. Estas incluyen:

- Abuso (7).
- Presenciar violencia interpersonal (8).
- Accidentes automovilísticos (9).
- Experiencias con desastres naturales (10).
- Situación de guerra (11).
- Ser mordido por un perro.
- Procedimientos médicos invasivos (12).

¿Cómo es diferente el diagnóstico de TEPT en niños de preescolar?

Debido a que los niños pequeños tienen incipientes capacidades de expresión verbales y cognitivas abstractas, la investigación ha mostrado que los criterios diagnósticos deben de ser anclados más a las conductas, y ser sensibles a la edad de desarrollo, para detectar el TEPT en los niños de preescolar. (2, 13).

Criterio de reacción inmediata a evento traumático.

El criterio de que las reacciones de los niños en el momento del evento traumático eran de perturbación extrema ha sido descartado. Al ser los niños muy pequeños como para poder verbalizar sus reacciones en la fase aguda, y al no haber adultos presentes para atestiguar dichas reacciones, no había manera factible de saber acerca de ellas. Este criterio ha demostrado tener poca validez predictiva para ambas poblaciones, adultos (14) y niños (6), y también ha sido eliminado del criterio regular para TEPT en el DSM-5.

Síntomas Intrusivos.

El cambio en la redacción de la re-experimentación de los síntomas es relativamente menor, con el fin de incrementar su validez y por lo tanto disminuir, el umbral de detección de síntomas.

El antiguo síntoma: “recuerdos recurrentes, intrusivos y perturbadores del evento...” requería tres condiciones: (1) recurrentes, (2) intrusivos y (3) perturbadores. Las investigaciones mostraron empíricamente que los niños de preescolar no siempre manifiestan abiertamente perturbación frente a sus pensamientos intrusivos e indeseados. Algunos niños se muestran neutrales o “sobre alegres” (2,13).

Mientras que las reacciones de perturbación son comunes, los padres frecuentemente reportaron que no hubo ninguna afectación o lo que parecía ser excitación en sus hijos (6). Además, no hubo diferencias en la severidad del TEPT para aquellos que tuvieron recuerdos abiertamente perturbadores, comparados con quienes mostraron otras emociones con sus recuerdos.

Síntomas evitativos y alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo.

Debido a que muchos de los síntomas de evitación y cogniciones negativas son fenómenos altamente internalizados, los cambios más significativos en los criterios para niños de preescolar se encuentran en esta sección.

El cambio más importante fue que se requiere sólo de 1 síntoma, ya sea de los síntomas evitativos, o de las alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo; al contrario del DSM-IV en el que se necesitaba de 3 síntomas.

El número de estos síntomas que son posibles de detectar es menor comparado con los adultos. Los síntomas de “pérdida de interés”, “rango restringido de afectos”, “desapego de seres queridos” y “evitación de pensamientos y sentimientos relacionados al trauma” se manifiestan en los niños, pero aparecen consistentemente posicionados como los menos frecuentes de los síntomas de TEPT (15). Los síntomas de “sentir que no hay futuro” e “inhabilidad para recordar un aspecto importante del evento” fueron borrados debido a la dificultad para manifestarlos y/o detectarlos.

La redacción de dos síntomas fue modificada para mejorar su validez y detección. La disminución del interés en actividades importantes se puede manifestar como reducción del juego. Los sentimientos de desapego o extrañeza pueden manifestarse más conductualmente como retraimiento social.

Síntomas de Aumento de la Activación (arousal).

Siendo los más conductuales y observables de los tipos de síntomas, se hicieron pocos cambios para estos problemas. Los síntomas de “irritabilidad o arrebatos de ira” fueron modificados para incluir “berrinches extremos” para aumentar su validez.

Validación de TEPT preescolar.

La evidencia muestra la validez de criterios, predictiva, discriminante y convergente de los criterios de TEPT de preescolar (revisados en Scheeringa, et al., 2011;6). Posiblemente más convincentemente, incluso cuando el umbral/rango de los criterios de evitación y aplanamiento se redujo de 3 a 1 síntoma, pues los casos diagnosticados fueron todavía altamente sintomáticos, con medias de 6 a 10 síntomas a través de los estudios. Un marcado deterioro funcional a través de un rango de dominios también ha sido documentado. Estudios prospectivos longitudinales también han documentado la estabilidad a largo plazo de diagnósticos y deterioro a través del tiempo (9,16,17).

Evaluación y tratamiento del TEPT para preescolares.

Instrumentos estandarizados de exploración y evaluación han sido desarrollados para cuidadores de este grupo de edad, tanto con listas de chequeo auto-administradas como con entrevistas diagnósticas (revisado en 18).

Los tratamientos basados en la evidencia para TEPT como terapia cognitivo conductual son efectivos (7, 19, 20). Un tratamiento a largo plazo basado en relaciones ha mostrado efectividad después de violencia interpersonal (8). Terapia de juego, Reprocesamiento y Desensibilización a través del Movimiento Ocular (EMDR) y otras modalidades pueden ser efectivas si las memorias traumáticas pueden ser tratadas con métodos apropiados al desarrollo del niño.

Referencias.

1. Kilpatrick, D., Resnick, H., Freedy, J., Pelcovitz, D., Resick, P., Roth, S., & van der Kolk, B. (1998). Posttraumatic Stress Disorder Field Trial: Evaluation of the PTSD construct - criteria A through E. In T. Widiger, A. Frances, H. Pincus, R. Ross, M. First, W. Davis & M. Kline (Eds.), *DSM-IV Sourcebook* (Vol. 4, pp. 803-844). Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J., & Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34* (2), 191-200. doi: 10.1097/00004583-199502000-00014
3. Scheeringa, M. S., Myers, L., Putnam, F. W., & Zeanah, C. H. (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: an empirical assessment of four approaches. *Journal of Traumatic Stress*, *25* (4), 359-367.
4. Scheeringa, 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*, *42* (5), 561-570. doi: 10.1097/01.CHI.0000046822.95464.14.
5. Task Force on Research Diagnostic Criteria: Infancy and Preschool. (2003). Research diagnostic criteria for infants and preschool children: The process and empirical support. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *42*, 1504-1512.
6. Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents: Towards an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, *28* (9), 770-782. 10.1002/da.20736.

7. Cohen, J., & Mannarino, A. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 42-50.
8. Lieberman, A., Ippen, C., & Van Horn, P. (2006). Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (8), 913-918. doi: 10.1097/01.chi.0000222784.03735.92
9. Meiser-Stedman, R., Smith, P., Glucksman, E., Yule, W., & Dalgleish, T. (2008). The posttraumatic stress disorder diagnosis in preschool- and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 165 (10), 1326-1337. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081282
10. Scheeringa, M. S., & Zeanah, C. H. (2008). Reconsideration of harm's way: Onsets and comorbidity patterns in preschool children and their caregivers following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37 (3), 508-518.
11. Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L. C., Golomb, A., Silverberg, D. S., Weizman, R., & Cohen, D. J. (1996). Israeli preschoolers under Scud missile attacks. *Archives of General Psychiatry*, 53, 416-423.
12. De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Diagnosis of posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40 (3), 375-384. doi: 10.1080/15374416.2011.563474
13. Scheeringa, M. S., Peebles, C. D., Cook, C. A., & Zeanah, C. H. (2001). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (1), 52-60. doi: 10.1097/00004583-200101000-00016
14. Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28 (9), 750-769.
15. Scheeringa, M. S. (2006). Posttraumatic stress disorder: Clinical guidelines and research findings. In J. L. Luby (Ed.), *Handbook of Preschool Mental Health: Development, Disorders, and Treatment* (pp. 165-185). New York: The Guilford Press.

16. Ohmi, H., Kojima, S., Awai, Y., Kamata, S., Sasaki, K., Tanaka, Y., . . . Hata, A. (2002). Post-traumatic stress disorder in pre-school aged children after a gas explosion. *European Journal of Pediatrics*, *161*, 643-648.
17. Scheeringa, M., Zeanah, C., Myers, L., & Putnam, F. (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *44* (9), 899-906. doi: 10.1097/01.chi.0000169013.81536.71
18. De Young, A. C., Drury, S.S., Scheeringa, M.S. (in press). Assessing trauma-related symptoms during early childhood. In R Del Carmen-Wiggins, A Carter (Eds.), *Handbook of Infant, Toddler, and Preschool Mental Health Assessment*, 2nd edition. New York, NY: Oxford University Press.
19. Deblinger, E., Stauffer, L., & Steer, R. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, *6*, 332-343.
20. Scheeringa, M. S., Weems, C. F., Cohen, J. A., Amaya-Jackson, L., & Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three through six year-old children: A randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52* (8), 853-860.