

Trastorno de estrés postraumático en la infancia y la adolescencia: Cuestiones sobre diagnóstico y evaluación

Visitación Fernández^{1,2}, Antonia Martínez^{1,2}, Maravillas Castro^{1,2}, Mavi Alcántara-López^{1,2} y
Concepción López-Soler^{1,2}

¹ Universidad de Murcia, Murcia, España.

² Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Juventud, «Quiero Crecer», Murcia, España.

Posttraumatic stress disorder in childhood and adolescence: Issues on diagnosis and assessment

Abstract: The aim of the study was to compare DSM-IV, DSM-5 and alternative criteria for PTSD, in three independent samples, with the purpose of analyzing their suitability. The sample consisted of 361 minors with ages between 8 and 18 years, (122 community sample, 86 minors that suffered chronic family violence and 153 minors exposed to intimate partner violence). From the entire sample, 52.9% ($n = 191$) were girls and 47.1% ($n = 170$) were boys. The CPPS (Child PTSD Symptom Scale) was administered. The results showed a better PTSD diagnostic valuation using alternative criteria for the different ages and sample groups. An exhaustive revision of current PTSD diagnostic criteria for childhood and adolescence stages seem necessary.

Keywords: Assessment; diagnosis; PTSD; childhood; adolescence.

Resumen: El estudio tuvo por objetivo comparar criterios DSM-IV, DSM-5 y criterios alternativos de TEPT, en tres muestras independientes con la finalidad de analizar la idoneidad de estos. La muestra se configuró con 361 menores entre los 8 y 18 años (122 muestra comunitaria; 86 menores habían sufrido maltrato intrafamiliar crónico y 153 menores expuestos a violencia de género). De la totalidad de la muestra el 52.9% ($n = 191$) eran chicas y el 47.1% ($n = 170$) chicos. Se administró la escala CPSS (Child PTSD Symptom Scale). Los resultados evidenciaron una mejor valoración diagnóstica del TEPT utilizando los criterios alternativos en las diferentes edades y en los diferentes grupos muestrales. Parece necesario una revisión exhaustiva de los criterios diagnósticos TEPT actuales en la etapa de la infancia y la adolescencia.

Palabras clave: Evaluación; diagnóstico; TEPT; infancia; adolescencia.

Recibido: 01 de julio 2020; aceptado: 31 de julio 2020

Correspondencia: A. Martínez, Universidad de Murcia, Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Campus de Espinardo, 30100, Murcia, España. Teléfono: 646427787. Correo-e: amperez@um.es

Agradecimientos: Esta investigación se llevó a cabo en virtud de los siguientes proyectos: «Servicio de Atención Psicológica a Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género», basado en la adjudicación a la Asociación para el Desarrollo de la Salud Mental en Infancia y Juventud «Quiero Crecer» a través del Instituto de la Mujer de la Región de Murcia (actualmente Dirección General de Mujer y Diversidad de Género), y el «Proyecto de Evaluación, Diagnóstico e Intervención con Menores Maltratados Tutelados», basado en el convenio de colaboración entre la Universidad de Murcia y Dirección General de Familia e Infancia (conocida actualmente como Dirección General de Familias y Protección de Menores).

En la infancia y la adolescencia el riesgo de exposición a traumas es alto (Gunaratnam, y Alisic, 2017; Takada et al., 2018). De hecho, alrededor del 60% de estos menores habrá experimentado algún evento traumático al final de la adolescencia (McLaughlin et al., 2013). Se considera que la prevalencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) puede oscilar entre el 5% (Merikangas et al., 2010) y el 16% (Alisic et al., 2014). Si bien, cuando el trauma es interpersonal el riesgo potencial parece incrementarse significativamente (Smith, Dalgleish, y Meiser-Stedman, 2019), llegando a situarse en torno al 25% (Kolaitis, 2017). Las divergencias en las estimaciones de prevalencia en el diagnóstico de TEPT en población infanto-juvenil posiblemente obe-

dezcan a diferencias en los métodos de muestreo y tamaño muestral; al sistema de evaluación empleado, que generalmente no incorpora las especificidades de cada cultura y grupos étnicos en la medición de la psicopatología general (p.ej., Achenbach, Rescorla, y Ivanova, 2012; Stevanovic et al., 2017), y particularmente del TEPT (Armour, 2015; Charak et al., 2014); a la falta de sensibilidad en los marcos de diagnóstico con respecto al desarrollo evolutivo en estas etapas; y, por último, a los criterios cambiantes del DSM para el diagnóstico de este trastorno.

En este sentido, las ediciones anteriores al DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), se desarrollaron sin tener en cuenta criterios de TEPT específicos para la infancia y la adolescencia, tal y como algunos autores sugerían (p.ej., Scheeringa, Peebles, Cook, y Zeanah, 2001; Scheeringa, Zeanah, Myers, y Putnam, 2005; Scheeringa, Zeanah, y Cohen, 2011). Entre otros, el estudio de Scheeringa, Myers, Putnam, y Zeanah (2012) documentó dicha situación. Con una muestra de 284 menores, de entre 3 y 6 años, distribuidos en tres grupos (evento traumático único, eventos traumáticos repetidos y huracán Katrina) más un grupo control, estos autores hallaron una tasa de TEPT del 13% utilizando criterios diagnósticos DSM-IV, del 45% con criterios alternativos (TEPT parcial), del 44% con criterios DSM-5, y del 49% considerando dos nuevos criterios propuestos para ser introducidos en la versión DSM-5 (síntomas de tristeza/culpa y juegos con temas de muerte o suicidio). Concluyeron que usando criterios DSM-IV se observó una tasa de infraclasificación del 32% en relación con el TEPT parcial (sin valorar al menos un área de deterioro); del 32% según los criterios DSM-5 que estaba previsto incluir; y del 37% una vez valorados los dos nuevos criterios para el DSM-5. Es decir, más de un tercio de los no diagnosticados con los criterios DSM-IV, lo hicieron con alguno de los otros criterios.

La evidencia empírica aportada por todos estos investigadores, tras años de trabajo, culminó con la inclusión de un nuevo diagnóstico de TEPT para preescolares en el DSM-5, que proporciona criterios más apropiados para esta etapa de desarrollo, por lo que las prevalencias de TEPT deberían incrementarse con relación al DSM-IV. Todo ello contribuirá a que los profesionales puedan identificar con más certeza a los niños que necesitan intervención (De Young, Kenardy, Cobham, y Kimble, 2011).

La inclusión de tres nuevos síntomas de TEPT y la configuración de un nuevo grupo (alteraciones persistentes en el estado de ánimo y las cogniciones) significa que el TEPT en el DSM-5 está definido más ampliamente que en el DSM-IV (Smith et al., 2019). Sin embargo,

surgen dudas sobre la validez de los criterios diagnósticos en adolescentes (Espinosa et al., 2018; Mikolajewski, Scheeringa, y Weems, 2017), observándose todavía una tasa de infradiagnóstico notable. Diferentes estudios han comparado los criterios DSM-IV con criterios DSM-5 en adolescentes y adultos jóvenes (Carmassi et al., 2013; Elhai et al. 2012; Hafstad, Dyb, Jensen, Stienberg, y Pynoos, 2014), y en general sugieren tasas de prevalencia, en algunos casos, sólo ligeramente más altas para el DSM-5.

Con respecto a la etapa de entre 7 y 11 años, la literatura científica publicada es escasa. Por ejemplo, Danzi, y La Greca (2016) examinaron dos muestras de menores de 7 a 11 años expuestos a huracanes, para comparar tasas de diagnóstico entre diferentes clasificaciones (DSM-IV, DSM-5 y CIE-11), mediante medidas de autoinforme. Los resultados apoyaron los criterios DSM-5 en comparación con el DSM-IV, aunque las diferencias en el diagnóstico de TEPT entre los principales sistemas de diagnóstico no fueron lo suficientemente significativas.

Mikolajewski et al. (2017), evaluaron TEPT, deterioro y psicopatología comórbida en 135 menores de 7 a 18 años expuestos a trauma. Emplearon criterios diagnósticos DSM-IV y DSM-5, además del uso de criterios DSM-5 para niños de 6 años y menores. Se evaluó de forma separada al grupo de entre 7 y 12 años, con respecto al de 13 y 18 años, con el fin de valorar posibles diferencias en función del desarrollo evolutivo. Los resultados informaron que hubo un 53% de menores entre 7 y 12 años que cumplieron criterios DSM-5, frente al 37% con criterios DSM-IV. En el caso del grupo de 13 a 18 años, no se encontraron diferencias significativas (73% en DSM-5 vs. 74% en DSM-IV). El uso de los nuevos criterios para menores de 6 años o menos ofreció una proporción significativamente superior de diagnósticos positivos en el grupo de menores de 7-12 años, pero no en el de 13-18 años (en comparación con el uso de los criterios DSM-IV o DSM-5), aunque estos menores mostraron menor deterioro y comorbilidad que aquellos diagnosticados con DSM-IV. Si bien los resultados mostraron que el DSM-5 puede conducir a tasas de prevalencia de TEPT más altas en niños de 7 a 12 años, no ocurrió lo mismo en población adolescente, lo que sugiere la necesidad de criterios TEPT más sensibles al desarrollo para los niños mayores y preadolescentes.

Estudios previos han propuesto que los criterios alternativos para niños de 6 años o menos pueden ser adecuados en el diagnóstico de TEPT para niños mayores y adolescentes (p.ej., Iselin, Le Brocq, Kenardy, Anderson, y Mckingaly, 2010; Meiser-Stedman, Smith, Glucksman, Yule, y Dalgleish, 2008; Scheeringa, Wright,

Hunt, y Zeanah, 2006) en todos ellos, el uso de criterios alternativos arrojó una tasa de diagnóstico más alta que los criterios DSM-IV.

Por otra parte, cabe señalar que, en la etapa preadolescente y adolescente, además de los síntomas clásicos de TEPT según criterios DSM-5 (APA, 2013) (pensamientos intrusivos, evitación, alteración del humor y de la cognición, y activación), podrían sumarse algunas especificidades si lo comparamos con el TEPT en adultos (Herrington, 2017). Recientemente, se ha encontrado que los síntomas relacionados con el pensamiento intrusivo, la conducta de evitación, el afecto negativo, la anhedonia, el comportamiento externalizante, la ansiedad y la excitación disfórica representan mejor el TEPT en estas etapas (Cao, Wang, Cao, Zhang, y Elhai, 2017). Así mismo, se ha observado una expresión tardía de los efectos completos de la exposición al trauma en comparación con los adultos (Herrington, 2017).

Por tanto, es importante destacar que aquellos adolescentes con síntomas de TEPT que no alcanzan el umbral para el diagnóstico según los criterios que proponen las clasificaciones oficiales actuales también pueden presentar angustia y/o deterioro significativo en el funcionamiento de su vida diaria (Copeland et al., 2007), y es muy probable que no estén recibiendo tratamiento psicológico y/o no sea el más adecuado.

En síntesis, el diagnóstico de TEPT es fundamental para el abordaje de los posibles riesgos que surgen en estas etapas (Chapman, y Ford, 2008; Ford, Hartman, Hawke, y Chapman, 2008). La detección temprana constituye el primer paso crucial para abordar y mejorar estos riesgos, que requieren herramientas de detección y diagnóstico ajustados.

Es urgente, pero escasa, la evaluación psicométrica del diagnóstico de trastorno de estrés postraumático y la gravedad de los síntomas, debido a las altas tasas de exposición al trauma y trastorno de estrés postraumático en este periodo de desarrollo. Además, las revisiones de los criterios diagnósticos para el TEPT en el DSM-5 (APA, 2013) han dejado obsoletas las herramientas de evaluación anteriores, lo que requiere la elaboración de nuevas

medidas actualizadas que se alineen con los estándares actuales en la materia (Smith et al., 2019).

De lo expuesto se deriva la necesidad de aportar más evidencia empírica acerca de las tasas de prevalencia de TEPT, tanto en niños mayores de seis años como en población adolescente, según criterios DSM-5, así como determinar la idoneidad de los mismos, por lo que en el presente estudio se buscó comparar criterios diagnósticos DSM-IV, DSM-5 y criterios alternativos de TEPT, en tres muestras independientes: población comunitaria, menores expuestos a violencia de género, y menores que habían sufrido maltrato intrafamiliar crónico con tal objetivo.

Método

Participantes

La selección de los adolescentes se llevó a cabo a través de un muestreo no probabilístico incidental. En el estudio participaron 361 menores de entre 8 y 18 años, siendo las edades más frecuentes los 11 y 13 años (13.6%, respectivamente) ($M=12.15$; $DT=2.91$). De estos, 122 menores pertenecían a población comunitaria y 239 habían estado expuestos a algún tipo de violencia (86 habían sufrido maltrato intrafamiliar crónico y 153 habían estado expuestos a violencia de género). De la totalidad de la muestra, el 52.9% ($n=191$) eran chicas y el 47.1% ($n=170$) chicos. Para comprobar el diagnóstico en distintas etapas evolutivas (segunda infancia y adolescencia) la muestra se desagregó en dos grupos de edad: Grupo 1, formado por 206 menores entre 8 y 12 años (57.1%), y Grupo 2, constituido por 155 menores de entre 13 y 18 años (42.9%).

Las Tablas 1 y 2 muestran los estadísticos descriptivos de las características de los participantes por sexo y grupos de edad (ver Tablas 1 y 2).

Instrumentos

The Child PTSD Symptom Scale (CPSS; Foa, Johnson, Feeny, y Treadwell, 2001). Fue diseñado para eva-

Tabla 1. Distribución de la muestra en función del sexo

	Chicos		Chicas	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Muestra comunitaria	50	29.4	72	37.7
Violencia	120	70.6	119	62.3
Violencia intrafamiliar	44	36.7	42	35.3
Violencia de género	76	63.3	77	64.7

Tabla 2. Distribución de la muestra por grupos de edad

	8 a 12 años ($n = 206$)		13 a 18 años ($n = 155$)	
	Chicos = 97, Chicas=109		Chicos = 73, Chicas = 82	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Muestra comunitaria	53	25.7	69	44.5
Violencia	153	74.3	86	55.5
Violencia intrafamiliar	56	36.6	30	34.9
Violencia de género	97	63.4	56	65.1

luar el TEPT y la gravedad de los síntomas en niños de 8 a 18 años. La escala está formada por 2 preguntas abiertas referidas al tipo de acontecimiento y al tiempo transcurrido desde que éste ocurrió. Una primera parte con 17 ítems en los que se cuantifica la frecuencia de aparición del síntoma en el pasado mes a través de una escala tipo Likert de 4 puntos que va de 0 (Nada o sólo un momento) a 3 (5 o más veces por semana o casi siempre) distribuidos en 3 subescalas (reexperimentación, evitación y activación). La segunda parte está compuesta por 7 ítems adicionales con puntuación dicotómica (Sí = 1; No = 0; rango de puntuación de 0 a 7), para valorar en qué medida ha interferido la sintomatología TEPT en ámbitos específicos del funcionamiento diario de la vida del menor.

Los estudios de Foa et al. (2001) y Gillihan, Aderka, Conklin, Capaldi, y Foa (2013) confirmaron fuertes propiedades psicométricas de la CPSS, y mostraron una buena consistencia interna, buena fiabilidad test-retest y alta validez convergente.

Para esta investigación, la consistencia interna de los ítems obtenida para la totalidad de la muestra fue de $\alpha = .87$. También se halló la consistencia interna para los grupos independientes (muestra comunitaria $\alpha = .78$; grupo de violencia intrafamiliar $\alpha = .880$ y grupo de menores expuestos a violencia de género $\alpha = .88$).

Procedimiento

Se obtuvo consentimiento informado de los tutores legales de los menores que participaron en el estudio, garantizando en todo momento el carácter anónimo, vo-

luntario y confidencial del mismo. La recogida de los datos del grupo comunitario se realizó en institutos de Educación Secundaria Obligatoria y Bachiller, situados en la Región de Murcia. El grupo de menores que había sufrido maltrato intrafamiliar crónico estaba bajo tutela de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Estos menores fueron derivados al Proyecto de Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento Psicológico a Menores Tutelados (PEDIMET). El grupo de menores expuestos a violencia de género habían sido derivados por los centros de atención especializada para mujeres víctimas de violencia de género (CAVIS) de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, al Servicio de Atención Psicológica a Hijos e Hijas de Mujeres Víctimas de Violencia de Género (SAPMEX), y en el momento de la evaluación convivían con la madre.

El criterio de derivación, tanto para los grupos de maltrato intrafamiliar crónico y expuestos a violencia de género, fue el que presentaran alteraciones emocionales y/o conductuales. Los criterios de inclusión y exclusión que se consideraron para la participación de los menores en el estudio fue el siguiente (ver Tabla 3).

Análisis estadístico

Para la consecución del objetivo del presente estudio el diseño de investigación fue de tipo descriptivo-comparativo transversal retrospectivo con muestra comunitaria no equivalente y medidas antes de la aplicación del tratamiento. Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico informati-

Tabla 3. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Edad entre 8 y 17 años	Diagnóstico de discapacidad intelectual
Ser derivado por centros de tutela y/o CAVIS	Diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo
Presentar alteraciones emocionales y/o comportamentales	Menores no remitidos por los centros de tutela y/o CAVIS

Nota. CAVIS = centros de atención especializada para mujeres víctimas de violencia de género.

zando IMB-SPSS-Statistics en su versión 24. Los procedimientos que se llevaron a cabo fueron el análisis de fiabilidad de la escala empleada para evaluar el TEPT (alfa de Cronbach); se utilizó el análisis exploratorio de datos y descriptivos básicos de tendencia central (máximo, mínimo, media) y dispersión (desviación típica) para conocer detalladamente los datos de la muestra y las distribuciones de las frecuencias; así mismo, se realizó un análisis de frecuencias y tablas de contingencia para hallar la prevalencia de TEPT en los tres grupos muestrales. Se analizó la diferencia de medias para relacionar las variables nominales y ordinales/continuas (coeficiente de contingencia de Pearson chi-cuadrado, y coeficiente Phi y V de Cramer).

Resultados

Se utilizaron tres clasificaciones diagnósticas para comparar la idoneidad del diagnóstico de TEPT en la infancia. En primer lugar, los criterios diagnósticos del DSM-IV según los cuales se requiere 1 ítem en pensamientos intrusivos, 3 en evitación, 2 en hiperarousal, y al menos un indicador de deterioro funcional. Los nuevos criterios propuestos por el DSM-5 en los que se requiere sintomatología persistente de al menos 1 síntoma en pensamientos intrusivos, 1 en evitación, 2 en alteraciones negativas en la cognición y el humor y 2 en hiperarousal, y al menos un indicador de deterioro funcional. Finalmente, criterios alternativos propuestos por Scheeringa (Scheeringa, Zeanah, Myers y Putnam, 2003; Scheeringa et al. 2011), que requieren cumplir 1 síntoma de pensa-

mientos intrusivos, 1 de evitación y 2 de hiperarousal.

En primer lugar, se hallaron las prevalencias para determinar cuántos menores del estudio presentaban diagnóstico TEPT con y sin deterioro, en función de los diferentes criterios diagnósticos. Los resultados mostraron que cuando se utilizaron los criterios alternativos de Scheeringa (TEPT parcial), el porcentaje de menores con diagnóstico TEPT aumentó considerablemente (21.4% sin deterioro vs. 19.7% con deterioro), sin embargo, el porcentaje de menores diagnosticados con criterios DSM-5 fue el más bajo de las tres clasificaciones (ver Tabla 4).

Posteriormente se realizaron tablas de contingencia para hallar el porcentaje de sujetos en cada uno de los grupos (muestra comunitaria, violencia de género y tutelados) que presentó diagnóstico TEPT en función de los diferentes criterios diagnósticos. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos usando las diferentes clasificaciones, pero fue en el diagnóstico con criterios DSM-IV sin deterioro ($\chi^2(2) = 15.28, p < .000$) y con criterios de TEPT parcial, con y sin deterioro ($\chi^2(2) = 23.38, p < .000$ y $\chi^2(2) = 19.67, p < .000$), donde se encontró la mayor significación estadística y nivel de relación entre las variables (ϕ y $V_{\text{Cramer}} = .239$ (sin deterioro) vs. $.260$ (con deterioro)) (ver Tabla 5).

Cuando se realizó la comparación por pares de grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tutelados y el de violencia de género en ninguna de las clasificaciones (ver Tabla 6), pero sí entre la muestra comunitaria y menores tutelados cuando se utilizaron los criterios diagnósticos

Tabla 4. Porcentaje de TEPT con diferentes criterios diagnósticos con/sin deterioro

	DSM-IV	DSM-5	Scheeringa
TEPT con deterioro	11.9%	10.1%	19.7%
TEPT sin deterioro	12.8%	11%	21.4%

Tabla 5. Comparación criterios diagnósticos con/sin deterioro con grupos muestrales

	Deterioro	Muestra comunitaria	Violencia de Género	Grupo tutelados	$\chi^2(2)$	Estadísticos Phi y V_{Cramer}
DSM-IV	Sin deterioro	3.3%	18.3%	17.1%	15.28**	.210
	Con deterioro	3.3%	16.3%	17.1%	13.37**	.197
DSM-5	Sin deterioro	3.3%	15%	15.7%	11.54**	.183
	Con deterioro	3.3%	13.1%	17.7%	10.12**	.171
Scheeringa	Sin deterioro	8.2%	28.8%	28.6%	19.67***	.239
	Con deterioro	5.7%	26.8%	28.6%	23.38***	.260

** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tabla 6. Tipo de violencia sufrida y criterios TEPT con/sin deterioro

	Deterioro	Grupo Tutelados	Violencia de Género	$\chi^2(1)$	Estadísticos Phi y V_{Cramer}
DSM-IV	Sin deterioro	17.1%	18.3%	.044	.014
	Con deterioro	17.1%	16,3%	.022	-.010/.010
DSM-5	Sin deterioro	15.7%	15%	.017	-.009/.009
	Con deterioro	15.7%	13.1%	.280	-.033/.033
Scheeringa	Sin deterioro	28.6%	28.8%	.001	.002
	Con deterioro	28.6%	26.8%	.076	-.018/.018

de TEPT parcial, siendo el porcentaje de diagnóstico sin deterioro de 8.2% en la muestra comunitaria y 28.6% en la de menores tutelados ($\chi^2(1) = 14.00$, $p < .000$); y con un área de deterioro el 5.7% en la muestra comunitaria y 28.6% en la de menores tutelados ($\chi^2(1) = 19.19$, $p < .000$). En el DSM-IV los porcentajes con deterioro y sin deterioro fueron los mismos tanto para la muestra comunitaria (3.3%) como para el grupo de menores tutelados (17.1%), existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras ($\chi^2(1) = 11.19$, $p < .001$). Lo mismo ocurrió cuando se valoró el TEPT con criterios DSM-5 los porcentajes con deterioro y sin deterioro fueron los mismos tanto para la

muestra comunitaria (3.3%) como para el grupo de menores tutelados (15.7%), presentando diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras ($\chi^2(1) = 9.55$, $p < .002$) (ver Tabla 7). La comparación entre la muestra comunitaria y el grupo de menores expuestos a violencia de género también arrojó diferencias significativas entre ambos grupos en las tres clasificaciones, alcanzando el mayor porcentaje con criterios diagnósticos de TEPT parcial con y sin deterioro (26.8% vs. 28.8%) frente al resto de clasificaciones (DSM-IV: 16.3% vs. 18.3%; DSM-5: 13.1% vs. 15%), mientras que con criterios DSM-5 se detectaron menos casos con TEPT (ver Tabla 8).

Tabla 7. Muestra comunitaria frente a Tutelados y criterios TEPT con/sin deterioro

	Deterioro	Muestra comunitaria	Grupo Tutelados	$\chi^2(1)^*$	Phi y V_{Cramer}
DSM-IV	Sin deterioro	3.3%	17.1%	11.19	.241
	Con deterioro	3.3%	17.1%	9.55	.241
DSM-5	Sin deterioro	3.3%	15.7%	9.55	.223
	Con deterioro	3.3%	15.7%	9.55	.223
Scheeringa	Sin deterioro	8.2%	28.6%	14.00	.270
	Con deterioro	5.7%	28.6%	19.190	.265

Nota: * Todas las comparaciones resultaron estadísticamente significativas ($p < .01$).

Tabla 8. Muestra comunitaria frente a violencia de género y criterios TEPT con/sin deterioro

	Deterioro	Muestra comunitaria	V. de Género	$\chi^2_{(1)}$	Phi y V_{Cramer}
DSM-IV	Sin deterioro	3.3%	18.3%	14.90**	.23
	Con deterioro	3.3%	16.3%	12.28**	.21
DSM-5	Sin deterioro	3.3%	15.0%	10.59*	.20
	Con deterioro	3.3%	13.1%	8.17*	.17
Scheeringa	Sin deterioro	8.2%	28.8%	18.19**	.28
	Con deterioro	5.7%	26.8%	20.89**	.28

Nota: * $p < .01$; ** $p < .001$.

Para determinar la prevalencia de TEPT en función de la edad en los distintos grupos muestrales y según los diferentes criterios diagnósticos sin deterioro, se realizaron tablas de contingencia. Con los criterios DSM-IV, no se encontraron diferencias significativas en el grupo de 8 a 12 años (Grupo 1), y significativas ($\chi^2(2) = 11.87, p < .003$) en el grupo de 13 a 18 años (Grupo 2). Los datos para el Grupo 1 mostraron mayor porcentaje de diagnóstico con criterios DSM-IV en violencia de género (16.5% frente a muestra comunitaria: 3.8% y tutelados: 13.6%), mientras que para el Grupo 2, el mayor porcentaje fue para los menores tutelados (23.1%, frente a muestra comunitaria: 2.9% y violencia de género: 21.4%). Cuando se utilizaron los criterios DSM-5, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos grupos de edad, en el Grupo 2 no se pudo valorar el resultado dado que más del 20% de casillas tenían una frecuencia esperada menor de 5. Los resultados con los criterios de TEPT parcial arrojaron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos de edad ($\chi^2(2) = 7.79, p < .020$ para el Grupo 1; y $\chi^2(2) = 11.76, p < .003$ para el Grupo 2). Los datos para el Grupo 1 revelaron mayor porcentaje de diagnóstico con criterios de TEPT parcial en el grupo de violencia de género (28.9% frente a muestra comunitaria: 9.4% y tutelados: 27.3%). Para el Grupo 2 el porcentaje fue más elevado en tutelados (30.8% frente a muestra comunitaria: 7.2% y violencia de género: 28.6%). Cuando se tuvo en cuenta el criterio con un área de deterioro, el Grupo 2 no pudo ser valorado en ninguna de las clasificaciones dado que más del

20% de casillas tenían una frecuencia esperada menor de 5. En el Grupo 1 se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en relación con los diferentes criterios diagnósticos, además fue la muestra de tutelados la que mayor porcentaje de diagnóstico TEPT presentó en comparación con el resto de los grupos muestrales, siendo el diagnóstico de TEPT parcial el que mejor discriminó (13.6% con DSM-IV; 13.6% con DSM-5 y 27.3% con TEPT parcial) (ver Tabla 9).

La Tabla 10 muestra el porcentaje total de menores que cumplen síntomas de TEPT según las diferentes clasificaciones. Respecto a los porcentajes en las áreas sintomáticas en relación con los criterios de TEPT parcial, el porcentaje más alto se observó en evitación (55.7%) frente a criterios DSM-IV (20.3%) y DSM-5 (44.1%). Se realizó también una tabla de contingencia para determinar el porcentaje de menores que presentaron alguno de los grupos sintomáticos de TEPT (ver Tabla 11). El grupo de menores tutelados de 8 a 12 años fue el que más número de criterios cumplió y presentó mayor porcentaje en casi todos los grupos sintomáticos. En el Grupo 1 (8-12 años), los menores tutelados obtuvieron la tasa más alta (65.9%) en pensamientos intrusivos, hallando diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos ($\chi^2(2) = 13.105, p < .001$). En el Grupo 2 (13 a 18 años), los menores expuestos a violencia de género alcanzaron el porcentaje más elevado en pensamientos intrusivos (51.8%), si bien no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos muestrales. Cuando se valoró el área

Tabla 9. Porcentaje por edad y diagnóstico de TEPT con/sin deterioro

Diagnóstico	Edad	Muestra comunitaria	Tutelados	V. de Género	$\chi^2(2)$	Phi y V_{Cramer}
DSM-IV ^a	8-12	3.8%	13.6%	16.5%	5.20	.16
	13-18	2.9%	23.1%	21.4%	11.88**	.28
DSM 5 ^a	8-12	3.8%	13.6%	14.4%	4.17	.15
	13-18	2.9%	19.2%	16.1%	8.13*+	.23
Scheeringa ^a	8-12	9.4%	27.3%	28.9%	7.80*	.20
	13-18	7.2%	30.8%	28.6%	11.77**	.28
DSM-IV ^b	8-12	3.8%	13.6%	13.4%	3.76	.14
	13-18	2.9%	23.1%	21.4%	11.879***+	.28
DSM 5 ^b	8-12	3.8%	13.6%	11.3%	3.17	.13
	13-18	2.9%	19.2%	16.1%	8.13*+	.23
Scheeringa ^b	8-12	7.5%	27.3%	25.8%	8.12*	.21
	13-18	4.3%	30.8%	28.6%	15.91***+	.33

Nota: a = sin deterioro; b = con deterioro.

+ = más del 20% de casillas con recuento menor de 5 en la muestra comunitaria.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Tabla 10. Porcentaje de menores que cumplen criterios en grupos sintomáticos de TEPT

	DSM-IV	DSM-5	Scheeringa
Pensamientos intrusivos	51.0%	51.0%	51.0%
Evitación	20.3%	44.1%	55.7%
Alteración del humor y la cognición	—	18.6%	—
Hiperarousal	27.8%	27.8%	27.8%

sintomática de evitación, los criterios de TEPT parcial fueron los que mayores porcentajes arrojaron en ambos grupos de edad. Para el Grupo 1 el 70.5% de menores tutelados presentó síntomas, frente a los otros dos grupos (comunitario: 34% y violencia de género: 58.8%). encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\chi^2(2) = 14.24, p < .001$). En el Grupo 2, los menores expuestos a violencia de género alcanzaron una tasa más elevada en evitación (60.7%) frente al resto de grupos de la muestra (comunitario: 53.6% y tutelados: 57.7%). Al valorar los síntomas con criterios DSM-IV, el porcentaje de menores que presentaron síntomas fue muy inferior, al compararlo con los criterios de TPEP parcial y DSM-5. Cuando se estimó el nuevo criterio de alteraciones persistentes en el estado de ánimo y las cogniciones incluido en el DSM-5, el 31.8% de menores tutelados presentó esos síntomas frente al resto de los grupos (comunitario: 11.3% y violencia de género: 17.5%) hallándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($\chi^2(2) = 6.84, p < .033$). En el Grupo 2, los menores tutelados presentaron el mayor

porcentaje en el estado de ánimo y las cogniciones, no pudiéndose valorar las diferencias entre los grupos muestrales dado que más del 20% de las casillas tenía una frecuencia esperada menor de 5. Finalmente, al examinar el criterio de hiperarousal en el Grupo 1, los menores expuestos a violencia de género alcanzaron la tasa más alta (35.1%) frente al resto de grupos de la muestra (comunitario: 11.3% y tutelados: 34.1%), hallándose diferencias estadísticamente significativas entre los mismos ($\chi^2(2) = 10.42, p < .005$). En el Grupo 2, los menores tutelados obtuvieron el porcentaje más elevado de hiperarousal (34.6%), frente al resto de grupos de la muestra (comunitario: 18.8% y violencia de género: 33.9%), no encontrando diferencias significativas.

Discusión

Los estudios sobre las consecuencias del TEPT en la infancia son numerosos, si bien no hay acuerdo entre los autores a la hora de perfilar criterios válidos que abarquen las diferentes etapas del desarrollo, y permitan un

Tabla 11. Porcentaje de menores que presentan criterios TPET en las diferentes muestras y edad

	Edad	Muestra comunitaria	Grupo Tutelados	Violencia de Género	$\chi^2(2)$	Phi y V_{Cramer}
Pensamientos intrusivos (DSM-IV, DSM-5, Scheeringa)	8-12	32.1%	65.9%	57.7%	13.10**	.026
	13-18	47.8%	46.2%	51.8%	.29	.044
Evitación (DSM-IV)	8-12	9.4%	29.5%	19.6%	6.33*	.181
	13-18	8.7%	38.5%	30.4%	13.56***	.300
Evitación (Scheeringa)	8-12	34%	70.5%	58.8%	14.24***	.271
	13-18	53.6%	57.7%	60.7%	13.64***	.065
Evitación (DSM 5)	8-12	20.8%	56.8%	46.4%	14.57***	.274
	13-18	34.8%	57.7%	57.15	7.64*	.225
Estado ánimo y cogniciones (DSM 5)	8-12	11.3%	31.8%	17.5%	6.84*	.188
	13-18	7.2%	34.6%	23.2%	11.35***	.274
Hiperarousal (DSM-IV, DSM 5, Scheeringa)	8-12	11.3%	34.1%	35.1%	10.42**	.232
	13-18	18.8%	34.6%	33.9%	4.44	.172

Nota. * Más del 20% de casillas con recuento menor de 5 en la muestra comunitaria * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

diagnóstico más adecuado para esta franja de edad. El objetivo de este estudio fue analizar la idoneidad de los criterios diagnósticos de TEPT, en tres muestras independientes comparando criterios DSM-IV, DSM-5 y criterios alternativos de este trastorno. En el presente trabajo cuando se valoró el porcentaje de diagnóstico TEPT, con y sin deterioro, la tasa mayor se obtuvo con los criterios alternativos de TEPT (19.7% con deterioro y 21.4% sin deterioro), frente a los porcentajes estimados con las clasificaciones DSM-IV (11.9% con deterioro y 12.8% sin deterioro) y DSM-5 (10.1% con deterioro y 11% sin deterioro), resultados que están en consonancia con otros autores (De Young et al. 2011; Mikolajewski et al., 2017; Scheeringa et al., 2012), que también informaron de tasas notables de infraclasificación de TEPT con criterios diagnósticos DSM.

Al utilizar criterios diagnósticos DSM-5 para la edad de 13 a 18 años, se diagnosticaron menos adolescentes con TEPT que con las estimaciones DSM-IV y criterios alternativos de TEPT parcial, lo cual indica que quizá estos criterios no son los más apropiados para establecer el diagnóstico en esta franja de edad. Además, el nuevo grupo diagnóstico (alteraciones persistentes en el estado de ánimo y las cogniciones, introducido en el DSM-5 tampoco informó de un porcentaje relevante de menores con estos síntomas en ninguna de las dos franjas de edad, en los tres grupos muestrales, ni en el total de la muestra (18.6%). Esto puede explicar en parte la reducción del diagnóstico de TEPT con el sistema DSM-5 en el presente estudio. Por tanto, el nuevo grupo sintomático permitiría una mejor definición del TEPT (Smith, et al., 2019), sin embargo, en la adolescencia no parece tener tanto peso diagnóstico. Al contrario de lo que sugieren otros estudios (Mikolajewski, et al., 2017), en esta investigación los criterios DSM-IV detectan mejor el TEPT que el DSM-5 en la muestra analizada.

Como ya se ha informado en estudios anteriores (Danzi, y La Greca, 2016; Mikolajewski et al., 2017), los criterios diagnósticos para el TEPT de uno de los principales sistemas de clasificación mundialmente utilizado (DSM), parecen no ser lo suficientemente adecuados y sensibles como para realizar valoraciones que no dejen sin atención a parte de la población infantil que presenta este problema. El uso de criterios diagnósticos alternativos como los planteados por Scheeringa et al. (2005; Scheeringa et al., 2011) para niños de 6 años o menos, pueden ser adecuados para el diagnóstico de TEPT en niños mayores y adolescentes, tal y como se ha comprobado en este trabajo y señalan otras investigaciones (Iselin et al., 2010; Meiser-Stedman et al., 2008).

A la luz de los nuevos avances en la clasificación dimensional de la salud mental de jóvenes y adultos (Cu-

thbert e Insel, 2013; Kotov et al., 2017) el TEPT como diagnóstico debería ser revisado. La creación de instrumentos de evaluación actualizados que se centren en estas particularidades beneficiaría a los profesionales, que dispondrían de herramientas de base amplia, multiinformantes y más ajustadas a las especificidades de la población infanto-juvenil (Smith et al., 2019). Dado que es uno de los pocos diagnósticos psiquiátricos que especifica una causa de origen externo, sería conveniente desarrollar intervenciones preventivas (Smith et al. 2019) en niños y jóvenes expuestos a diversos traumas, y evaluarlas rigurosamente, teniendo en cuenta su multiplicidad y la gravedad de estos. Además, son necesarias las adaptaciones pertinentes de los protocolos de tratamiento centrados en el trauma, cuando se interviene con los niños de menor edad, en base a la evidencia acumulada. Una mayor implicación de los cuidadores, el aprendizaje de habilidades para reducir la hiperactivación en niños, o el uso de métodos lúdicos que permitan construir narrativas sobre el trauma pueden ser algunas de las herramientas de trabajo alternativas (Scheeringa, 2016).

El estudio también presenta algunas limitaciones: (a) el tamaño de la muestra no es tan amplio como hubiera sido deseable, pero al ser dos de ellas muestras clínicas resulta limitante, por lo que los resultados deben entenderse desde la reflexión y no extrapolarse a otros contextos; (b) el estrés postraumático se ha medido con una escala de autoinforme (CPSS), por lo que no se pueden descartar sesgos de subjetividad y de memoria, por lo cual, en futuras investigaciones será necesario incluir otras medidas que permitan recabar información de manera más objetiva; (c) tampoco se examinó la psicopatología antes del trauma, por lo que es complejo diferenciar ésta de la sintomatología postraumática; (d) hay que resaltar que la frecuencia e intensidad de los tipos de trauma que se encuentra en dos de las muestras estudiadas (menores tutelados y menores expuestos a violencia de género) no es representativa del maltrato informado en población general.

Finalmente, dada la limitada investigación existente hasta la fecha con niños más pequeños, es evidente la necesidad de más trabajos en esta línea (Dalglish et al., 2015) que ayuden a aclarar si algunos de los síntomas adicionales que presentan (Cao et al., 2017; Herringa, 2017) implican un trastorno cualitativamente distinto, o son una manifestación de una forma particularmente severa del TEPT (Resick et al., 2012).

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Referencias

- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Ivanova, M. Y. (2012). International epidemiology of child and adolescent psychopathology I: Diagnoses, dimensions, and conceptual issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 1261-1272. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.010>
- Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma exposed children and adolescents: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 335-340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Armour, C. (2015). The underlying dimensionality of PTSD in the diagnostic and statistical manual of mental disorders: Where are we going? *European Journal of Psychotraumatology*, 6. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28074>
- Cao, X., Wang, L., Cao, C., Zhang, J., & Elhai, J. D. (2017). DSM-5 posttraumatic stress disorder symptom structure in disaster-exposed adolescents: Stability across gender and relation to behavioral problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 803-814. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0193-1>
- Carmassi, C., Akiskal, H., Yong, S., Stratta, P., Calderani, E., Massimetti, E., Akiskal, K., Rossi, A., & Dell'Osso, L. (2013). Posttraumatic stress disorder in DSM-5: Estimates of prevalence and criteria comparison versus DSM-IV-TR in a non-clinical sample of earthquake survivors. *Journal of Affective Disorders* 151, 843-848. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.07.020>
- Chapman, J., & Ford, J. (2008). Relationships between suicide risk, traumatic experiences, and substance use among juvenile detainees. *Archives of Suicide Research*, 12, 50-61. <https://doi.org/10.1080/1381110701800830>
- Charak, R., Armour, C., Elklit, A., Angmo, D., Elhai, J. D., & Koot, H. M. (2014). Factor structure of PTSD, and relation with gender in trauma survivors from India. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25547>
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577-584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Cuthbert, B.N., & Insel, T.R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11, 126. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>
- Dalglish, T., Goodall, B., Chadwick, I., Werner-Seidler, A., McKinnon, A., Morant, N., ... Lafortune, L. (2015). Trauma-focused cognitive behaviour therapy versus treatment as usual for post-traumatic stress disorder (PTSD) in young children aged 3 to 8 years: A randomised controlled trial. *Trials*, 16, 116. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0632-2>
- Danzi, B., & La Greca, A. (2016). DSM-IV, DSM-5, & ICD-11: Identifying children with posttraumatic stress disorder after disasters. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 57, 1444-1452. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12631>
- De Young, A. C., Kenardy, J. A., Cobham, V. E., & Kimble, R. (2011). Prevalence co-morbidity and course of trauma reactions in young burn injured children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 56-63. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02431.x>
- Elhai, J., Miller, M., Ford, J., Biehn, T., Palmieri, P., & Frueh, B. (2012). Posttraumatic stress disorder in DSM-5: Estimates of prevalence and symptom structure in a nonclinical sample of college students. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 58-64. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.013>
- Espinosa, R., López-Soler, C., Castro, M., Martínez, A., López, J. A., Cervera, I., ... y Alcántara, M. (2018). The Child PTSD Symptom Scale in abused children: Criteria for diagnosis. *Journal of Mental Disorders and Treatment*. 4, 1-6. <https://doi.org/10.4172/2471-271X.1000154>
- Foa, E., Johnson, K., Feeny, N., & Treadwell, K. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 376-384. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_9
- Ford, J., Hartman, H., Hawke, J., & Chapman, J. (2008). Traumatic victimization, posttraumatic stress disorder, suicidal ideation, and substance abuse risk among juvenile justice-involved youth. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1, 75-92. <https://doi.org/10.1080/19361520801934456>
- Gillihan, S., Aderka, I., Conklin, P., Capaldi, S., & Foa, E. (2013). The Child PTSD Symptom Scale: Psychometric Properties in Female Adolescent Sexual Assault Survivors. *Psychological Assessment*, 25, 23-31. <https://doi.org/10.1037/a0029553>
- Gunaratnam, S., & Alisic, E. (2017). Epidemiology of trauma and trauma-related disorders in children and adolescents. In M. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Eds.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (pp. 29 -47). Springer.
- Hafstad, G., Dyb, G., Jensen, T., Stienberg, A., & Pynoos, R. (2014). PTSD prevalence and symptom structure of DSM-5 criteria in adolescents and young adults surviving the 2011 shooting in Norway. *Journal of Affective Disorders*, 169, 40-46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.055>
- Herringa, R. J. (2017). Trauma, PTSD, and the developing brain. *Current Psychiatry Reports*, 19, 69. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0825-3>
- Iselin, G., Le Brocq, R., Kenardy, J., Anderson, V., & Mckingaly, L. (2010). Which method of posttraumatic stress disorder classification best predicts psychosocial function in children with traumatic brain injury? *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 774-779. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.05.011>
- Kolaitis, G. (2017). Trauma and post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, (sup. 4), 1351198. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351198>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... Eaton, N. R. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126, 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Hill, E. D., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52, 815-830. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>

- 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. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 1326-1337. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.0781282>.
- Merikangas, K. R., He, J., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 980-989. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.05.017>
- Mikolajewski, A., Scheeringa, M., & Weems, C. (2017). Evaluating diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition Posttraumatic Stress Disorder Diagnostic Criteria in older children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 27, 374-382. <https://doi.org/10.1089/cap.2016.0134>
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A.L., Dick, A. M., King, M.W., Mitchell, K.S., ... Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 241-251. <https://doi.org/10.1002/jst.21699>
- Scheeringa, M. (2016). *Treating PTSD in Preschoolers: A clinical guide*. Guilford Press.
- Scheeringa, M., Myers, L., Putnam, F., & Zeanah, Ch. (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: An empirical assessment of four approaches. *Journal of traumatic stress*, 25, 359-367. <https://doi.org/10.1002/jts.21723>
- Scheeringa, M., Peebles, C., Cook, C., & Zeanah, C. (2001). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 52-60. <https://doi.org/10.1097/00004583-200101000-00016.11195563>
- Scheeringa, M., Zeanah, Ch., & Cohen, J. (2011). PTSD in children and adolescents: Towards an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, 28, 770-782. <https://doi.org/10.1002/da.20736.20734362>
- Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., Myers, L., & Putnam, F.W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 561-570. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046822.95464.14>
- Scheeringa, M., Zeanah, Ch., 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, 899-906. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000169013.81536.71.16113618>
- Scheeringa, M., Wright, M., Hunt, J., & Zeanah, Ch. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 644-651. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.644>
- Smith, P., Dalgleish, T., & Meiser-Stedman, R. (2019). Practitioner review: post-traumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(5), 500-515. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12983>
- Stevanovic, D., Jafari, P., Knez, R., Franic, T., Atilola, O., Davidovic, N., ... Lakic, A. (2017). Can we really use available scales for child and adolescent psychopathology across cultures? A systematic review of cross-cultural measurement invariance data. *Transcultural Psychiatry*, 54, 125-152. <https://doi.org/10.1177/1363461516689215>
- Takada, S., Kameoka, S., Okuyama, M., Fujiwara, T., Yagi, J., Iwadare, Y., ... Kato, H. (2018). Feasibility and psychometric properties of the UCLA PTSD reaction index for DSM-5 in Japanese youth: A multi-site study. *Asian Journal of Psychiatry*, 33, 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.03.011>

