

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

UN CASO CLINICO

AUTOR
ABBENE, ALEJANDRA INES
aleabbene@hotmail.com

**CURSO VIRTUAL INTERDISCIPLINARIO A DISTANCIASALUD MENTAL, PSICOLOGÍA 2
Y PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO, EL ADOLESCENTE Y SU FAMILIA
DIRECTOR PROF. DR. HÉCTOR S. BASILE**



Ciudad de Río Grande. Tierra del Fuego. Argentina



Resumen

*En el presente trabajo se realiza una actualización bibliográfica a propósito de un caso clínico de Trastorno por estrés agudo y postraumático, en la infancia, abordado por el servicio de **Salud Mental del Hospital Regional de Rio Grande**.*

El objetivo del mismo, responde a la necesidad de diagnóstico y tratamiento precoz del TEPT, dado que las experiencias traumáticas infantiles, alteran y tergiversan el desarrollo infantil. Generando un pronóstico negativo en el desarrollo posterior del paciente.

Palabras claves : infancia, TEPT, diagnóstico, tratamiento, pronóstico.

Abstract.

*In this paper we perform a bibliographical update in regards to a clinical case of post-traumatic and acute stress disorder in the childhood addressed by the **Mental Health Service of the Regional Hospital at Rio Grande**.*

Since childhood traumatic experiences alter and misrepresent child development generating negative prognosis in the subsequent patient's development. The objective of this article responds to the need for an early diagnosis and treatment of Post-traumatic stress disorder (PTSD).

Key words: childhood, PTSD, diagnostic, treatment, prognosis

INTRODUCCIÓN

Los seres humanos a través de la evolución y la historia se han visto expuestos a diversas adversidades traumáticas. Frente a ello, muchos individuos han podido adaptarse con creatividad y flexibilidad, una vez superado el sufrimiento inicial, mientras que otros han quedado afectados, por estas situaciones, sufriendo las consecuencias biopsicosociales de las mismas, entre las que se encuentran diversas enfermedades.(5)

Llamamos evento traumático, a un suceso de características particulares, identificable (situaciones de combate, explosiones, catástrofes, accidentes, maltrato, abuso o cualquier otra situación de violencia física o psíquica, que se produce en forma sorpresiva, inexplicable y brutal, acarreando súbitamente una amenaza para la integridad, para sí o para terceros, que se encuentra fuera de las experiencias cotidianas del sujeto y sobre la cual no se puede ejercer ningún control. (12)

El término trauma, que la psicopatología toma prestado de la cirugía, desde el punto de vista etimológico, quiere decir: "herida, efracción en un organismo". Traumatismo hace referencia a las consecuencias en el organismo de esta efracción producida por un agente exterior. El psicoanálisis (Freud) designa por extensión "trauma psíquico" a los fenómenos que se producen en el seno del aparato psíquico de un individuo por la acción de agentes exteriores sobre

él. El trauma es el fenómeno dinámico de transmisión del shock al seno del psiquismo, y conlleva un alto riesgo de producir patología.(11)

El estrés es una reacción biológica normal que pone al organismo en capacidad de defenderse frente a una situación de agresión. Esta reacción puede ser normal o adaptativa o exagerada o desadaptada.(9)

Cuando un individuo se encuentra expuesto ante un evento potencialmente traumático se desencadena en el organismo la reacción de estrés, que en un comienzo se comporta como adaptativa y necesaria para la conservación y defensa del organismo. Pero, cuando por la magnitud del hecho o por las propias características de la víctima, el suceso supera el límite de la tolerancia y la capacidad de respuesta del mismo, se produce entonces, una reacción de estrés exagerada o desadaptativa con la consiguiente alteración del funcionamiento. (11)

En el caso particular del aparato psíquico de los niños, los mecanismos de defensa (simbolización, capacidad asociativa, etc) se encuentran inmaduros y muchas veces no son suficientes para responder exitosamente. La modalidad de reacción de más fácil acceso es la descarga motora. La noción de riesgo, así como el significado de la muerte son muy diferentes en los niños. (3)

La posibilidad para un niño de tramitar con éxito un suceso potencialmente traumático depende en gran medida de las herramientas que sus padres o los que cumplan la función parental puedan aportar.(1)

BREVE RESEÑA HISTORICA

La historia de la humanidad se encuentra atada a diferentes tipos de traumas, epidemias, catástrofes naturales, invasiones, guerras, etc, que impactan en los hombres. La exposición a estas situaciones, fue interpretada de distintas maneras a lo largo del tiempo.

Samuel Pepys en 1666, a raíz de su experiencia como víctima del Gran Incendio de Londres, describió un cuadro con características similares a lo que hoy llamamos TEPT.

En 1866 Erichsen describe un síndrome con síntomas cognitivos y psicosomáticos en víctimas de accidentes de trenes. Pero es Jacob Da Costa, psiquiatra estadounidense, quien en 1871, al trabajar con soldados expuestos al combate en la guerra civil Norteamericana (1861- 1865) describe el cuadro de Corazón Irritable del soldado y en el especifica que la exposición es perturbadora del sujeto y le provoca hiperactividad, irritabilidad, taquicardia, etc. (8)

En 1889, Oppenheim adscribe un origen orgánico a las “neurosis de guerra”, y al asignar este diagnóstico, preservaba la valía de los soldados; pero otras conceptualizaciones durante la Primera Guerra Mundial, llevaron a los psiquiatras franceses y alemanes a considerar, la simulación y el diagnóstico médico de “estrés postraumático pasó por décadas a ser considerado una falla de voluntad de los soldados.

El psiquiatra francés Pierre Janet a fines del siglo XIX contribuye a la comprensión de esta problemática y dice:....”Incapaces de integrar los

recuerdos traumáticos, los pacientes parecen haber perdido su capacidad de asimilar también nuevas experiencias, es como si el desarrollo de su personalidad se hubiera detenido en un cierto punto y no puede progresar más por la adición o asimilación de nuevos elementos. ... Permanecen detenidos por un obstáculo insuperable.”(Janet, 1911). Janet, se adelantó casi un siglo en sus descripciones clínicas sobre trauma y TEPT.(5)

Charles Myers (1915) aplica el término “shell shock” o shock de las trincheras a los síntomas presentes en algunos soldados, inclusive en algunos que no habían sido expuestos directamente, lo que lo lleva a suponer causas emocionales.

En 1920 Freud define el concepto de trauma psíquico como una ruptura de la barrera de los estímulos. Y en década del 40, el psicoanálisis da cuenta de la importancia de los traumas psíquicos en la infancia.(4)

Es durante el siglo XX cuando H. Selye demuestra que: “excesivas demandas al organismo, somáticas o psicológicas, producían una secuencia típica de respuestas fisiológicas, junto con una activación del simpático y del eje HPA. (teoría del estrés).

La Segunda Guerra Mundial, La Guerra de Vietnam , El Holocausto, dieron cuenta de las secuelas psiquiátricas del trauma psíquico masivo y que frecuentemente los síntomas persistían o empeoraban con el tiempo.

Finalmente, diversos grupos de trabajos, y comités científicos logran que en 1980 se incluya como categoría diagnóstica el TPET en el DSM III.(5)

Epidemiología

Se estima que la prevalencia de por vida del TEPT es de alrededor del 8% en la población general, aunque el 5-15 % puede presentar formas subclínicas del trastorno.

La prevalencia de por vida varía entre el 10 al 12% en las mujeres y del 5 al 6% en hombres. Este trastorno puede aparecer en cualquier edad, pero la máxima prevalencia corresponde a adultos jóvenes por que tienden a estar más expuestos a situaciones desencadenantes. (8)

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es un síndrome que sobreviene después que una persona presencia o experimenta un acontecimiento traumático extremo, o escucha sobre éste. La persona reacciona a esta experiencia con miedo e indefensión, revive persistentemente el suceso e intenta evitar que se lo recuerde.

Los factores de estrés que provocan tanto el trastorno por estrés agudo como el TEPT son suficientemente abrumadores para afectar a casi cualquier persona. Las causas pueden ser experiencias bélicas, torturas, catástrofes naturales, agresión sexual, y accidentes graves (automovilísticos,

incendios). las personas que vuelven a experimentar el suceso traumático en los sueños y en sus pensamientos diarios, están determinados a eludir cualquier cosa que les recuerde el episodio y sufren una parálisis de la capacidad de respuesta junto con un estado de hiperexcitación.

Las experiencias traumáticas alteran y tergiversan las expectativas infantiles, configurando conceptos catastróficos acerca de ellos mismos y de los demás, lo cual genera una impronta sobre actitudes presentes o pronósticos negativos acerca del futuro. Esta aproximación, desde una perspectiva evolutiva, debe aplicarse al amplio espectro del TEPT del niño y adolescente (March J 1999), incluyendo: (5)

- el riesgo de exposición
- la experiencia subjetiva del evento traumático
- la naturaleza y respuesta al distres agudo
- la construcción y evolución de los recuerdos y narrativa traumáticos
- la naturaleza, severidad y curso de los síntomas relacionados al trauma
- la neurobiología de la enfermedad
- la influencia de los factores de resistencia, vulnerabilidad o adaptación
- la influencia de los roles parentales en la valoración subjetiva del TEPT
- la relación con pares
- el medio escolar y comunitario
- las estrategias de prevención e intervención

Síntomas en niños y adolescentes:

Pueden presentarse síntomas somáticos atribuibles a la hiperactividad autónoma, que pueden ser tónicos o fásicos. Estos últimos se presentan con frecuencia ante recordatorios traumáticos. Las perturbaciones del sueño pueden ser severas y persistentes, en forma de insomnio, sonambulismo o pesadillas, los cuales perturban la capacidad de concentración y repercuten en el aprendizaje. (4)

La hipervigilancia, los estallidos de agresividad e ira, las manifestaciones de irritabilidad, suelen estar presentes.

Otro síntoma prevalente es el intento de evitar recuerdos respecto del trauma y desinterés en sus actividades habituales.

Los más pequeños pueden evidenciar miedos generalizados, asimismo pueden presentar ansiedad de separación, manifestar con o sin palabras preocupaciones. Un síntoma clave es el juego postraumático, por medio del cual repiten compulsivamente, secuencias del trauma (no siendo el objetivo del juego aliviar ansiedades). Pueden también perder ciertas habilidades que habían adquirido (ej. control de esfínteres). (1)

En el adolescente los síntomas se parecen más a lo de los adultos, salvo por la probabilidad de: tendencia al acting out, conductas reactivas, conductas impulsivo-agresivas y el abuso de alcohol y drogas.

Los niños y adolescentes que padecen este trastorno reviven, en forma persistente, el evento traumático en forma de pensamientos o imágenes intrusivas, recuerdos, sueños y pesadillas. Esta reexperimentación continua del

trauma puede generarse a partir de estímulos que les recuerden el incidente o de manera espontánea.

Cuando se exponen a hechos que recuerdan y simbolizan el trauma se dispara una gran ansiedad y temor. Tienen a evitar actividades, personas y lugares que se relacionen.

El no poder disfrutar, como solían hacerlo, los hace sentir solos y separados del grupo de pares. (5)

La magnitud de este trastorno afecta el funcionamiento global, varía de persona a persona, así como las características sintomáticas.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO DEL DSM- IV- TR.

A. La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que experimentó las situaciones siguientes:

- (1) la persona experimentó, presenció o enfrentó un acontecimiento o sucesos que significaron muerte real o amenaza de muerte, o lesiones graves, o una amenaza a su integridad física o la de otros.
- (2) la respuesta de la persona fue miedo intenso, indefensión u horror. Nota: en los niños, esto se puede manifestar, en cambio, con comportamiento desorganizado o agitado.

B. El individuo vuelve a experimentar persistentemente el suceso traumático, en uno (o más) de los siguientes modos:

- (1) recuerdos dolorosos recurrentes o intrusivos del suceso, como imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños, se puede observar juego repetitivo en el que se expresan temas o aspectos del trauma.
- (2) sueños dolorosos recurrentes del suceso. Nota: En los niños, puede haber sueños atemorizadores sin contenido reconocible.
- (3) actuar o sentir como si el suceso traumático se estuviera repitiendo, esto incluye, la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos con recurrencia vívida de la experiencia (flashbacks), aun los ocurridos al despertar o en estado de intoxicación.

Nota: en los niños pequeños puede haber una reactuación específica del trauma.

- (4) malestar psicológico profundo ante la exposición a hechos externos o internos que simbolizan o remedan un aspecto del suceso traumático.
- (5) reactividad fisiológica ante la exposición a hechos internos o externos que simbolizan o remedan un aspecto del suceso traumático

C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma o aletargamiento de la capacidad de respuesta general (no presente antes del trauma), indicados por tres (o más) de las siguientes manifestaciones:

- (1) esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el trauma.
- (2) esfuerzos por evitar actividades , lugares o individuos que despierten recuerdos del trauma
- (3) incapacidad de recordar un aspecto importante del trauma
- (4) notoria disminución del interés o la participación en actividades significativas
- (5) sentimiento de desapego o extrañeza respecto de los otros
- (6) espectro limitado de afecto (por ejemplo, incapacidad de tener sentimientos amorosos)
- (7) sensación de un futuro abreviado (por ejemplo, el individuo no espera hacer carrera, casarse, tener hijos o tener una expectativa de vida normal

D. Síntomas persistentes de hiperexcitación (no presentes antes del trauma), indicados por dos (o más) de las siguientes manifestaciones:

- (1) dificultad para mantener o conciliar el sueño
- (2) irritabilidad o estallidos de ira
- (3) dificultad en la concentración
- (4) estado de hiperalerta
- (5) respuesta de alarma exagerada

E. El trastorno (síntomas de los criterios B, C y D) dura más de un mes .

F. La alteración causa malestar o deterioro clínicamente significativo del desempeño social, laboral o en otras áreas importantes.

Especificar si es:

Agudo: si los síntomas persisten menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas persisten 3 meses o más

Especificar si es:

Con inicio demorado: si los síntomas comienzan por lo menos 6 meses después del factor de estrés.(6) (7)

Criterios diagnósticos de trastorno por estrés agudo del DSM-IV-TR.

- A. La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que experimentó las dos situaciones siguientes:
- (1) la persona experimentó, presenció o enfrentó un acontecimiento o sucesos, que implicaron muerte real o amenaza de muerte, o lesión grave, o una amenaza a su integridad física o la de otros.
 - (2) La respuesta de la persona fue miedo intenso, indefensión u horror.
- B. Mientras experimenta o tras experimentar al suceso traumático, el individuo
Presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
- (1) sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de respuesta emocional
 - (2) disminución de la conciencia de su entorno (por ej. Estar aturdido)
 - (3) desrealización
 - (4) despersonalización
 - (5) amnesia disociativa (incapacidad de recordar un aspecto importante del trauma).
- C. Se vuelve a experimentar persistentemente el suceso traumático en uno (o más) de los siguientes modos: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de imágenes retrospectivas recurrentes, o una sensación de revivir la experiencia; o malestar al exponerse a recordatorios del suceso traumático.
- D. Notoria evitación de estímulos que despiertan recuerdos del trauma (por ej. Pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, gente)
- E. Notorios síntomas de ansiedad o mayor excitación (por ej. Dificultad para dormir, irritabilidad, escasa concentración, estado de hiperalerta, respuesta de alarma exagerada, desasosiego motor)
- F. La alteración causa malestar o deterioro clínicamente significativo del desempeño social, ocupacional o en otras esferas importantes, o altera la capacidad del individuo para realizar alguna tarea necesaria, como obtener necesaria o movilizar recursos personales contándole a sus familiares la experiencia traumática.
- G. La alteración persiste un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y sobreviene dentro de las 4 semanas del episodio traumático.

- H. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ej., una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general, y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve, ni es meramente una exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II. (6)

El caso clínico:

Una niña de 6 años de edad es internada en la sala de pediatría, luego del incendio de su casa, en horas de la noche.

Clínicamente estable, presentaba signos y síntomas irritativos de vías aéreas superiores, compatibles con la exposición al humo. 36 horas después se solicita la interconsulta a Salud Mental porque la niña se mostraba ansiosa, inquieta, insomne, se negaba a comer, evitaba la mirada, aceptaba pasivamente los cuidados de enfermería, pero el síntoma que motivó la interconsulta fue el mutismo (no emitía ninguna palabra. No lloró en ningún momento.

Se le había informado del estado de salud de su mamá, Sara, que se encontraba internada en UTI del mismo hospital.

Se encontraba acompañada por una amiga de la madre, ya que no cuentan con familia directa en la ciudad.

El equipo de Salud Mental inició aproximación a la niña.

Se recabaron datos de su historia personal: no poseía antecedentes de importancia, y muy buen desempeño escolar y social.

Se interpretó la sintomatología como ***Trastorno por estrés agudo.***

Se medicó con difenhidramina para tranquilizarla e inducir el sueño. Se consideró, este antihistamínico con el equipo de pediatría. (10)

Se comenzó tratamiento con la niña: la terapeuta generó un vínculo cálido y colaborador. Utilizó técnica de juego, dado que la pequeña no hablaba. Pero esta técnica comprende el medio comunicacional y expresivo más rico en las primeras etapas del desarrollo y es un recurso básico a la hora de intervenir.

(2) Se orientó al personal, y a la acompañante.

Cuando el estado de la madre lo permitió se la acompañó a UTI, para ver a su mamá.

Esto fue tranquilizador para la niña. Luego se organizó para que la mamá a la salida de UTI se alojara en la misma habitación. Y se trabajó con ambas.

La niña paulatinamente comenzó a comunicarse verbalmente con la madre y luego con el resto.

Se mantuvo la difenhidramina solo por la noche, hasta que fue dada de alta de la internación.

Se organizó seguimiento por consultorios externos, de ambas.

Durante el seguimiento, Sara de 29 años, ***la madre de la pequeña, maestra de una escuela, consulta porque detectó síntomas de alarma en una pequeña de su curso, que se agravaron cuando ella retomó su actividad. En la escuela se había comentado lo ocurrido, el siniestro se había pasado por la TV local.***

Vanina de 6 años, desde que comenzó primer grado, presenta dificultades de integración, dificultades para concentrarse y ejecutar tareas. Quejas somáticas, episodios de ansiedad y angustia.

Cuando Sara entrevistó a la madre de Vanina, ésta aportó como dato que Vanina hace 8 meses que vive en esta ciudad, que durante el año pasado se quedó con su abuela en su lugar de origen, Formosa. Que no la habían traído a ella y sus hermanos, hasta que no consiguieron trabajo y vivienda. (esta situación es frecuente en el medio social de Río Grande). Se interpretó entonces como una dificultad adaptativa, producto del cambio locacional, y socio cultural.

Pero, ***desde el regreso a la actividad de su maestra***, Vanina, agravó sus síntomas, ha presentado episodios de irritabilidad severa, hipervigilancia, autolesiones. La madre refiere insomnio, con pesadillas y gritos nocturnos.

La maestra, sospecha un trastorno por estrés post traumático, la misma siempre se mostró muy interesada en lo que le había ocurrido a su hija, y en tratar de buscar como prevenir situaciones.

Asisten a la consulta, Vanina , su mamá y la maestra.

Se entrevista a la mamá que corrobora los datos de la maestra, y pide ayuda para su hija que no tenía estos comportamientos, se siente culpable por haberse mudado aquí.

Se inician entrevistas diagnósticas, las primeras entrevistas se desarrollan en presencia de la maestra, la niña no quería separarse de ella.

Hasta que logra contar sus episodios de flashbacks, refiere que solo su maestra le creyó lo que “veía”, las imágenes intrusivas corresponden a un incendio en el monte cercano a la casa donde vivía en Formosa.

Dice que desde que pasó lo de su maestra, cada vez más ve esas imágenes.

Luego de recolectada y analizada la información, se determinan las áreas problemáticas y se eligen las estrategias a seguir de acuerdo a determinados objetivos, elaborando un plan terapéutico que es comunicado y acordado con los padres en una entrevista de devolución. (2)- Diagnóstico Trastorno por estrés post traumático crónico

En este caso se decidió terapia cognitivo conductual.

La **Academia Norteamericana de Psiquiatría para Niños y Adolescentes** (1998) ha elaborado un modelo que incluye diferentes formas de intervención:

1. Una contención adecuada para los niños y adolescentes que vivenciaron un acontecimiento traumático.
2. El entrenamiento en habilidades que los ayuden a enfrentarse y elaborar el trauma sufrido.
3. El tratamiento de los trastornos en comorbilidad.
4. El tratamiento específico para los síntomas agudos del TEPT.

Los pacientes pueden beneficiarse con un tratamiento que se focalice en la sintomatología específica. La terapia cognitivo conductual (TCC), sería una intervención efectiva. La TCC para niños suele incluir: exposiciones (se trabaja sobre la experiencia traumática), técnicas para el control de la ansiedad (relajación, respiración), técnicas asertivas y de reestructuración cognitiva.(5)
Psicoeducación destinada al niño y a sus familiares.

Terapia de juego. (5)

Se indicó además psicoterapia individual para la madre.

Entrevistas de orientación a padres.

Y se organizó un taller para padres y docentes a pedido de la maestra, sobre síntomas de alerta en la conducta infantil.

Comorbilidad y diagnósticos diferenciales

Dado que el trauma viene a insertarse en el proceso evolutivo, es que desde ese instante forma parte integrante de la vivencia individual. (1).

Las tasas de comorbilidad son altas en los pacientes con TEPT, alrededor de los 2/3 pueden tener otros dos trastornos (depresivos, de ansiedad, de abuso de sustancias, psicótico, etc). (8)

En niños, como se describe en el caso clínico, los síntomas pueden ser subestimados, o encuadrados en la conflictiva familiar.

La comorbilidad con trastornos de ansiedad por separación, déficit atencional, trastornos de conducta, somatizaciones, problemas relacionados con la escolaridad, suelen ser causa de subdiagnóstico en la infancia.(5)

Se evaluó la posibilidad de utilizar **IRSS**, para reducir los síntomas de reexperimentación, mientras se trabajaba en la psicoterapia. (10)

Actualmente no hay ninguna medicación que cuente con una indicación aceptada por la FDA en el tratamiento de TPET infantil, los datos procedentes de los estudios en adultos proporcionan orientación para la elección en niños.(3) (13)

Ante la necesidad de emplear fármacos para el tratamiento de un niño, se consideró:

- riesgo beneficio.
- el consentimiento de los padres previa información de los beneficios y efectos adversos.

- la posibilidad que presenten efectos paradójales ante algunos fármacos (30% de los niños).
- la colaboración de los adultos para la administración (en varias dosis día, según el fármaco).(3)

Se decidió no medicar, en primera instancia, dada la dinámica familiar y si bien existió compromiso terapéutico se evidenciaba una dificultad para la administración sostenida en el tiempo.

El tratamiento de Vanina se extendió por nueve meses, con resultados favorables, desapareció la sintomatología aguda, mejoró notablemente su desempeño escolar.

Se detectaron severos conflictos familiares, su madre permanece en tratamiento, fueron evaluados 2 de sus hermanos, de los cuales uno se encuentra en tratamiento.

CONCLUSIÓN:

El trauma durante la niñez tiene la potencialidad de influir en la organización permanente, y como consecuencia, puede determinar las futuras capacidades del niño. En la respuesta al trauma, el cerebro interviene con un conjunto de respuestas neurofisiológicas. Éstas incluyen diferentes estrategias de supervivencia. Dos respuestas adaptativas primarias en caso de amenaza extrema son el hiperalerta o la disociación. Cada una de ellas activa una combinación de sistemas neurales. El estilo adaptativo que utiliza el individuo como respuesta a una situación traumática determina los síntomas postraumáticos que desarrollará en el futuro. (9) (3)

BIBLIOGRAFÍA

1. Ajuriaguerra, J. Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona. Masson. Cuarta Edición 1977 Reimpresión 2000.
2. Baringoltz, S ; Levy, R. Terapia Cognitiva. Del Dicho al Hecho. Cap 1 . Bs As. Polemos 2007
3. Brió, M. C. Psicofarmacología y Neurociencia en Pediatría . Bs As Sciens Editorial 2007.
4. Cia, A. La Ansiedad y sus Trastornos. Manual Diagnóstico y Terapéutico. Bs As. Lab. Roche 2002-

5. Cia, A. Trastorno por Estrés Postraumático. Diagnóstico y Tratamiento Integrado. Bs As. Imaginador 2001
6. De American Psychiatric Association. Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorder 4 ta ed. Tex rev Washington, DC copyright 2000
7. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. Barcelona. Masson 2005.
8. Kaplan y Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Barcelona, Waverly Hispanica, 2004.
9. Kuper, E. Neurobiología y Comorbilidad del Trastorno de estrés postraumático: Un Paradigma Dimensional. BsAs. Editorial Polemos 2004.
10. Moizeszowicz J ,Psicofarmacologia Psicodinámica IV Actualizaciones 2006. Impresión 2006 Lab Roche Bs. As.
11. Novas, S. Intervención en situación de desastre y trauma. Curso de urgencias en psicopatología infantil 2009 Hospital Gutierrez Bs As
12. OMS Guia sobre desastres n°1 organización panamericana de la salud. programa de preparativos para situaciones de emergencia y socorro en caso de desastre. Washintongton agosto 2002.
13. Wikinski, S; Jufe, G. El Tratamiento Farmacológico en Psiquiatria. Bs. As. Editorial Panamerica 2004.

Referencias del Autor

ABBENE, ALEJANDRA INES

Medica psiquiatra

Ex residente Hospital de Clinicas "Jose de San Martin".

Desempeño profesional actividad privada en distintas instituciones de CABA y Pcia de Bs As.

Actualmente medica de planta del servicio de Salud Mental del HHRG

Direccion Particular: Luis Py 111 1°3 Río Grande Tierra del Fuego

TE: 02964 15 60 2445

E-Mail: aleabbene@hotmail.com

Lugar de trabajo: **Hospital Regional de Rio Grande. Tierra Del Fuego**

Teléfono del lugar de trabajo: 02964 422086 int. 169