

Trastorno Traumático del Desarrollo: una nueva propuesta diagnóstica.

Sandra Baita

Resumen. Los diagnósticos oficiales existentes en las clasificaciones de mayor uso a nivel internacional (DSM y CIE) no incluyen una categoría que represente adecuadamente las múltiples consecuencias de la exposición crónica al trauma interpersonal temprano. Sin embargo, los clínicos que atienden tanto a adultos como a niños y adolescentes desde una perspectiva psicotraumatológica, notan que la profusión de síntomas de sus pacientes supera cualquier diagnóstico existente. El presente artículo presenta los criterios propuestos por un equipo de académicos liderado por el Dr. Bessel van der Kolk, al Field Trial del DSM-V para la inclusión de un nuevo diagnóstico que podría echar luz a la complejidad de las presentaciones de niños expuestos a trauma crónico.

Palabras clave: Trauma complejo, trastorno traumático, desarrollo.

¿Qué le pasa a este niño? Roberto es adoptado a la edad de 4 años. Cuando llega a su nuevo hogar sus padres contemplan horrorizados que tiene múltiples marcas en su cuerpo. El niño, además, está casi desnutrido. Habla poco y apenas se le entiende. No hay muchos datos de su historia ni lugares en los cuales rastrearlos. Roberto come con una voracidad inusitada, no duerme prácticamente en toda la noche, y a cualquier hora el ruido de una sirena puede sumirlo en un estado de terror difícil de calmar. Rechaza todo contacto físico, pero de repente y sin previo aviso puede colgarse literalmente del cuello de cualquier persona que esté cerca, sea ésta conocida o no. Comienza el Jardín de Infantes y los problemas se trasladan a ese espacio: no acata consignas, agrede permanentemente a sus compañeritos, intenta tocarlos en sus genitales, tiene ataques de llanto repentinos, difíciles de calmar, y por momentos mira a su alrededor como si todo le resultara desconocido. Comienza la Escuela Primaria, pero las dificultades, lejos de ceder, recrudecen. Los maestros dicen que no puede aprender nada, y los Directivos sugieren a los padres que busquen otro establecimiento “más adecuado” para el niño. En la segunda escuela la situación no es mejor. Roberto comienza a robar cosas a sus compañeros. Lo etiquetan como un niño problemático. Los robos se dan también en la casa, donde además, rompe sus juguetes o su ropa, a veces en un ataque de furia, otras, en trance, como si estuviera lejos del lugar que lo está cobijando, en otro mundo. Los padres comienzan un recorrido por diversos profesionales de la salud mental que diagnosticarán a Roberto con un trastorno oposicionista, luego con un trastorno por déficit atencional con hiperactividad, para pasar luego a sugerir que tal vez el niño tenga un trastorno bipolar pediátrico.

Luego de tres terapeutas que lo atienden a lo largo de 5 años, sus síntomas iniciales han mejorado solo levemente. Su rendimiento escolar está lejos de alcanzarle para pasar de año, y comienza a juntarse con otros niños de su edad con los cuales comete algunos actos “vandálicos” en el lugar en el cual viven. Sus padres dicen que además miente todo el tiempo, y que por momentos tienen miedo de lo que le pueda suceder, ya que “no puede controlar su conducta”.

A su vez, ambos padres se sienten desahuciados y se preguntan si hicieron bien en quedarse con este niño en lugar de devolverlo al Juzgado que los llamó para que se hicieran cargo de él.

A lo largo de múltiples niveles de intervención, desde la familia hasta lo educativo, pasando por lo terapéutico, se puede escuchar una misma aseveración “*no se puede hacer nada con él*”.

¿Qué le pasa a este niño?

Ya a principios de los 90, Judith Herman propuso un diagnóstico que pretendía englobar a los múltiples síntomas que pacientes adultos mostraban en la consulta. La peculiaridad era que estos pacientes llegaban con historias de trauma temprano y/o repetido crónicamente a lo largo de un tiempo importante. Síntomas estos que superaban la triada de re-experimentación – hiperactivación – evitación propia del TEPT (Trastorno por Estrés Postraumático). Judith Herman propuso entonces llamar a este nuevo cuadro, Trastorno por Estrés Postraumático *Complejo*. Era una época en la cual la psiquiatría consideraba -por ejemplo- que las mujeres que permanecían en una relación abusiva intentaban llenar necesidades masoquistas, y se atribuía la relación abusiva a la psicopatología subyacente de la mujer, en lugar de conceptualizar a esta última como consecuencia -y no como causa- de la relación abusiva (Herman, 1997).

Incluir el TEPT en el DSM no había sido una tarea sencilla. Incluir el diagnóstico de TEPT complejo fue simplemente, imposible. Si bien se reconoció que había una diferencia en la presentación clínica de estos pacientes respecto de aquellos que presentaban un TEPT simple, no se incluyó un diagnóstico diferente, sino que en la descripción del TEPT simple se incluyeron los síntomas propios del TEPT complejo como “manifestaciones y síntomas asociados” (van der Kolk & Courtois, 2005).

Sin embargo, la clínica siguió demostrando que –a pesar de no existir un consenso ni una aceptación oficial al nuevo diagnóstico- observar a estos pacientes desde la perspectiva de los múltiples efectos que impactaban a la vez en casi todas las áreas de funcionamiento, tenía sentido. Permitía una mejor planificación del tratamiento, ya que lograba comprender de una manera más ajustada cómo intervenir en cada área afectada.

A lo largo de los años se reconoció a esta condición como TEPT complejo, trastorno por estrés extremo no especificado (el nombre que adquirió para ser propuesto al Grupo de Trabajo de la American Psychiatric Association para considerar su inclusión en la cuarta edición del DSM, lo que finalmente no sucedió), o simplemente, trauma complejo.

En su primera descripción, Herman proponía como criterio de exposición que la persona hubiera estado sujeta a un control totalitario a lo largo de un período prolongado de tiempo; entre las experiencias incluidas en esta categoría, se encontraban todas las formas de maltrato y violencia intrafamiliar.

Con el tiempo, resultó lógico comenzar a preguntarse acerca de cómo se manifestaba –en los niños y adolescentes que *estaban siendo expuestos* a tales situaciones- el impacto acumulativo de las mismas (Cook et al, 2003; van der Kolk, 2005).

Los estudios que se fueron realizando a lo largo de las últimas décadas, lograron establecer que en la mayoría de los casos los niños no desarrollan un TEPT aislado, relacionado con un único evento, sino que se encuentran expuestos a múltiples tipos de victimización, muchas veces crónica, y a diversos eventos adversos (van der Kolk et al, 2009). La edad es un factor de vulnerabilidad de primer nivel para la exposición a tales eventos repetidos, en tanto y en cuanto los niños -cuanto más pequeños son- más dependen de los adultos para vivir y desarrollarse.

Las neurociencias fueron agregando datos confirmatorios sobre el impacto deletéreo del trauma repetido en el desarrollo del cerebro infantil (Teicher, 2010).

De diversas investigaciones surge que el porcentaje de niños que desarrollan TEPT simple subsiguiente a la traumatización crónica de índole interpersonal es baja. Van der Kolk y colaboradores plantean que a falta de opciones diagnósticas disponibles las variadas manifestaciones sintomáticas de estos niños terminan siendo relegadas a una serie de co-morbilidades, aparentemente sin relación entre sí, tales como trastorno bipolar, trastorno por déficit atencional, trastorno de conducta, ansiedad fóbica, trastorno reactivo del apego y trastorno de ansiedad por separación (van der Kolk et al, op.cit). ¿Podemos imaginar un niño que reúna semejantes co-morbilidades o algunas de ellas? ¿Cuál sería el tratamiento a diseñar en estos casos? ¿A qué problema se le daría prioridad?

Van der Kolk y colegas plantean además que el problema diagnóstico de los niños con historias de malos tratos crónicos en el contexto intrafamiliar es que o no reciben diagnóstico alguno, o reciben diagnósticos imprecisos o reciben diagnósticos inadecuados (van der Kolk et al, op.cit).

La consecuencia para los tratamientos ofrecidos a estos niños, es que éstos resultan igual de imprecisos e ineficientes. ¿Podría entonces servir un diagnóstico que capture adecuadamente la complejidad y multiplicidad de síntomas que estos niños presentan?

Así es como nace la propuesta para incluir un nuevo diagnóstico, elevada para su consideración al Field Trial encargado de la edición del DSM-V por van der Kolk y un equipo de colaboradores.

Trastorno traumático del desarrollo (*Developmental Trauma Disorder*).

A continuación se presentarán los criterios que fueron propuestos preliminarmente para considerar la inclusión de este trastorno (van der Kolk, 2005; NCTSN DSM V, 2008; van der Kolk et al, 2009). Seguidamente a cada uno de estos criterios, presentaré mi opinión personal sobre los mismos, sobre la base del trabajo que he realizado a lo largo de mi carrera con niños severamente traumatizados en el seno de sus relaciones familiares.

Es importante destacar que a la fecha de realización de este trabajo no ha salido aún la nueva edición del DSM, y el futuro del diagnóstico objeto de este trabajo, en cuanto a su inclusión en el Manual de referencia, no está claro aún.

A. Exposición. *El niño/ adolescente ha experimentado o ha sido testigo de múltiples o prolongados eventos adversos a lo largo de un período de por lo menos un año comenzando en la infancia o adolescencia temprana, incluyendo:*

A.1. Experiencia directa o ser testigo de episodios repetidos y severos de violencia interpersonal, y

A.2. Disrupciones significativas en los cuidados básicos como resultado de cambios repetidos de cuidador primario, separación repetida del cuidador primario, o exposición a abuso emocional severo y persistente.

El criterio de exposición captura de manera adecuada la exposición a los eventos traumatogénicos, haciendo hincapié en el rol que cumplen los cuidadores primarios o figuras de apego, por haber sido éstos los agentes del trauma y/o por las consecuencias directas que el maltrato repetido puede tener en la continuidad de la vinculación del niño con sus cuidadores. Esto hace necesario reconsiderar las prácticas de intervención desde la perspectiva del daño producido por las acciones maltratantes, tanto como del daño que la discontinuidad en el sistema de cuidados básicos puede producir en los niños afectados. No significa que haya que dejar al niño en contacto con sus cuidadores a cualquier costo, sino que es

imprescindible proveer de estabilidad al primero donde sea que sea ubicado (casas de acogida o guarda para la adopción). Lamentablemente la permanencia prolongada e indefinida de los niños en el sistema de protección, potencia los efectos nocivos de la exposición traumática, ya que impide la creación de un vínculo seguro y estable con un adulto no maltratante, que favorezca el procesamiento y recuperación de tales efectos.

B. Desregulación afectiva y fisiológica. *El niño exhibe un deterioro en sus competencias evolutivas normales relacionadas con la regulación de la activación (arousal), incluyendo por los menos dos de los siguientes ítems:*

B.1. Incapacidad para modular, tolerar o recuperarse de, estados afectivos extremos (miedo, enojo, vergüenza), incluyendo berrinches prolongados y extremos o inmovilización.

B.2. Perturbaciones en la regulación de funciones corporales (perturbaciones persistentes en el sueño, alimentación y control esfinteriano; híper o hipo-reactividad al tacto y a los sonidos; desorganización durante la transición entre rutinas).

B.3. Reconocimiento disminuido/disociación de sensaciones, emociones y estados corporales [despersonalización, desrealización, discontinuidad en los estados afectivos, embotamiento afectivo, analgesia física y dificultad para el reconocimiento de emociones].

B.4. Dificultad en la descripción de emociones y estados corporales [dificultad para describir estados internos o para comunicar necesidades tales como hambre o la evacuación y eliminación].

El criterio B describe la mayoría de los síntomas que cualquier clínico que trabaje con niños y niñas que han sido víctimas de alguna o varias formas de malos tratos, observa en estos pequeños pacientes. Esta desregulación es consecuencia de la combinación de una alteración en el patrón de respuesta ante la alarma -prototípico de las situaciones de exposición prolongada a eventos traumáticos- con la alteración en el apego derivada del hecho de que

tales eventos traumáticos ocurren precisamente en el contexto de los cuidados primarios. De esta manera, la figura de apego pierde su cualidad vital de favorecedor, modelo y promotor de los procesos de regulación de los estados internos del bebé/niño, en tanto y en cuanto puede ser a la vez la fuente del peligro y la respuesta al mismo (tal como sucede en los casos de malos tratos físicos y emocionales, o en el abuso sexual), o bien representa la falla o falta absoluta de respuesta frente al peligro o la tensión (como puede ser en la negligencia o en los casos en los cuales el niño es maltratado por un progenitor y el otro progenitor no responde o lo hace deficitariamente y no logra prevenir el daño).

C. Desregulación Atencional y Conductual. *El niño exhibe un deterioro en sus competencias evolutivas normales relacionadas con el mantenimiento de la atención, el aprendizaje o el afrontamiento del estrés, incluyendo al menos tres de los siguientes ítems:*

C.1. Preocupación por la amenaza, o dificultad para percibirla, incluyendo una mala interpretación de las señales de seguridad y peligro.

C.2. Deterioro en la capacidad de auto protegerse, incluyendo conductas de riesgo o búsqueda de emociones violentas [conductas sexuales de riesgo, descontrol impulsivo, subestimación del riesgo, dificultad para comprender las reglas, para planificar la conducta y anticipar las consecuencias].

C.3. Intentos desajustados de auto-calma (movimientos rítmicos o rocking, masturbación compulsiva) [incluye consumo de sustancias]

C.4. Auto injuria habitual (intencional o automática) o reactiva [cortarse, golpearse la cabeza, quemarse, pellizcarse].

C.5. Incapacidad para iniciar o mantener una conducta dirigida a un objetivo [falta de curiosidad, dificultades para planificar o completar tareas, abulia].

El criterio C continúa describiendo el listado de síntomas que los terapeutas solemos ver en estos niños, pero ¿en qué es este listado diferente del anterior? ¿Por qué estos síntomas están incluidos en un criterio diferente?

Si las emociones pueden ser entendidas como una guía para nuestra conducta, y el área de la regulación afectiva se ve afectada en estos niños ¿no es lógico pensar que conductas e impulsos también lo estén?

En las manifestaciones descritas como parte del criterio C podemos notar cómo se expresa la alteración de la respuesta de alarma en los sub-criterios 1 y 2, y cómo se expresa la falta de una experiencia de regulación aprendida en el seno de las figuras primarias de apego en los sub-criterios 3 y 4.

D. Desregulación del Self (sí mismo) y Relacional. *El niño exhibe un deterioro en sus competencias evolutivas normales relacionadas con su sentido de identidad personal e involucración en las relaciones, incluyendo por lo menos tres de los siguientes ítems:*

D.1. Preocupación intensa por la seguridad del cuidador o de otros seres queridos (incluyendo una actitud temprana de cuidado hacia otros) o dificultades en la tolerancia al reencuentro con los mismos luego de una separación.

D.2. Persistente sentido negativo de sí mismo, incluyendo odio hacia sí mismo, impotencia, sentimiento de falta de valía, ineficacia o defectuosidad.

D.3. Desconfianza extrema y persistente, conducta desafiante o falta de reciprocidad en las relaciones cercanas con adultos o pares [incluye expectativa de ser victimizado por otros].

D.4. Reactividad física o agresión verbal [impulsiva, no intencionalmente coercitiva o manipuladora] hacia pares, cuidadores u otros adultos.

D.5. Intentos inapropiados (excesivos o promiscuos) de tener contacto íntimo (incluyendo –pero sin limitarse a- la intimidad sexual o física) o dependencia excesiva en pares o adultos en busca de seguridad o reaseguro.

D.6. Deterioro en la capacidad de regular la activación empática (empathic arousal) evidenciado por una falta de empatía por, o intolerancia a, las expresiones de estrés de los otros, o excesiva respuesta al distrés/perturbación de los otros.

¿Es factible establecer relaciones interpersonales seguras, ajustadas y confiables cuando las experiencias con quienes debieran haber modelado tales relaciones incluyeron el maltrato, la negligencia, el terror? ¿Cómo saber si un extraño será amigo o enemigo? ¿Si abusará de mí, me maltratará o si deberé cuidarme de sus reacciones? ¿Cómo saber si su mirada anticipa peligro, o un movimiento, o un tono de voz, o una palabra? Y a la vez ¿cómo sobrevivir sin el contacto con el otro? ¿Deberé relacionarme atacando antes de ser atacado, defendiéndome del simple acercamiento, o asegurándome de darle lo que siempre me han pedido?

Si los mensajes sobre mi persona han sido siempre de responsabilidad propia por los malos tratos recibidos -o por la atención *no* recibida- si he sido culpable de la ruptura de mi familia, del enojo de papá, de la tristeza de mamá, de la orfandad de mis hermanitos, y quién sabe de cuántas desgracias más ¿qué tengo de bueno para ofrecer a los demás?

E. Espectro de Síntomas Postraumáticos. *El niño exhibe por lo menos un síntoma en al menos dos de los tres criterios (B, C y D) de síntomas del TEPT.*

En el DSM IV y su versión revisada algunas de las manifestaciones que fueron propuestas para el diagnóstico en adultos de TEPT complejo, fueron incluidas como “síntomas asociados” al TEPT simple. La inclusión de este criterio parece seguir un lineamiento similar: se reconoce que estos niños exceden –por todos los criterios descritos anteriormente- la presentación clínica del TEPT simple, pero se reconoce la posible presencia de algunos de los síntomas del mismo.

F. Duración del trastorno. *(Síntomas en el TTD Criterios B, C, D y E) al menos 6 meses.*

La inclusión del criterio F hace a la necesidad de establecer un límite temporal a los síntomas para determinar la presencia de un trastorno asociado, tal como se realiza en todas las categorías diagnósticas presentes en el DSM.

G. Dificultades funcionales. *El trastorno causa distrés/perturbación clínicamente significativa o incapacidad en al menos dos de las siguientes áreas de funcionamiento:*

- **Escolar:** *bajo rendimiento, inasistencia, problemas disciplinarios, deserción, fallas para completar el grado/ciclo, conflictos con el personal escolar, trastornos de aprendizaje y dificultades intelectuales que no pueden ser explicadas por trastorno neurológico u otros factores.*

- **Familiar:** *conflictividad, evitación/pasividad, fuga, desapego y búsqueda de sustitutos, intentos de dañar física o emocionalmente a miembros de la familia, incumplimiento de las responsabilidades dentro de la familia.*

- **Grupo de Pares:** *aislamiento, afiliaciones desajustadas, conflicto físico o emocional persistente, involucración en violencia o actos inseguros, estilos de interacción o afiliación inadecuados para la edad.*

- **Legal:** *arrestos/reincidencia, detención, condenas, cárcel, violación de libertad condicional o de otras órdenes legales, aumento en la gravedad de los delitos, delitos contra otras personas, desinterés por la ley o las convenciones morales estándar.*

- **Salud:** *Enfermedad física o problemas que no pueden ser explicados por heridas físicas o degeneración, incluyendo los sistemas digestivo, neurológico (incluyendo síntomas conversivos y analgesias), sexual, inmunológico, cardiopulmonar, propioceptivo, o sensorial, o dolores de cabeza severos (incluyendo migrañas) o dolor crónico o fatiga.*

- **Vocacional:** *(aplica para los jóvenes que buscan empleo, o son referenciados para el mismo, o para trabajo voluntario o entrenamiento para el trabajo): desinterés en el trabajo/vocación, incapacidad para obtener/mantener empleos, conflicto persistente con compañeros de trabajo o supervisores, sub-empleo en relación con las capacidades que posee, fallas en el logro de avances esperables.*

¿Es posible imaginarse que con el conjunto de alteraciones en prácticamente todas las áreas de funcionamiento, no surjan dificultades funcionales? Prácticamente todos los ámbitos referidos en el criterio G son lugares de relación; algunos de ellos, como la familia, suelen ser el seno de las mismas experiencias traumáticas; cuando los niños pasan a sistemas de cuidados sustitutos o familias adoptivas, suelen repetir los mismos patrones relacionales aprendidos en sus familias de origen (Moreno, 2011). ¿Es esto muy difícil de entender? Las relaciones son disparadores de primer orden para la re-experimentación traumática, porque fue en las relaciones primarias en las cuales se moldeó y se cocinó a fuego lento todo aquello que le sucede al niño.

¿Cómo se aprende a discriminar qué relaciones -y con quiénes- son peligrosas, y cuáles, por el contrario, son inocuas e incluso reparadoras? El solo hecho de que contemos -como terapeutas, padres adoptantes, o maestros-, con la voluntad de acercarnos a estos niños y no dañarlos, no constituye una garantía de seguridad para ellos. Las relaciones reparadoras no solo se declaman: se construyen en la experiencia. Y para poder ser construidas adecuadamente es necesario saber qué falló y cómo se expresa hoy aquello que falló.

Importancia del diagnóstico.

La importancia de este diagnóstico no es solo clínica: afecta a todas las intervenciones que se realizan en estos casos (Baita, 2009).

Afecta a la intervención terapéutica porque permite al clínico diseñar un plan de tratamiento más eficaz y ajustado no solo a los síntomas, sino a la reparación de la experiencia que les dio origen.

Afecta a las intervenciones judiciales, porque permite entender el por qué de resolver de la manera más eficaz y pronta posible, cuál va a ser la familia que seguirá cuidando de estos niños, si la propia, la extensa o una nueva, para darle la oportunidad de continuar con el desarrollo normal que cualquiera de nosotros desea para sus propios hijos, sobrinos y nietos.

Afecta a las intervenciones educativas, porque permite entender que estos niños no aprenden porque no pueden, y no porque no quieren o no tienen la voluntad de hacerlo. Que no pueden establecer una relación con un maestro duro y exigente porque para ellos dureza y exigencia han sido preludio de maltrato, daño y dolor: no pueden distinguir entre la exigencia que se embebe de violencia y la exigencia puesta al servicio de la superación. Es muy difícil incorporar nuevos aprendizajes a un cerebro que ha estado ocupado en el último tiempo por sobrevivir al daño.

Afecta a las intervenciones sociales y a las políticas públicas, porque permite entender hacia dónde deben estar direccionados los esfuerzos, y ayuda a aceptar la dolorosa realidad de que –a veces- las propias familias no son el mejor lugar para crecer y desarrollarse.

Permite también entender la necesidad de mejorar y aumentar los recursos destinados a la asistencia integral de estos niños y sus familias. Si la intervención es eficaz desde el comienzo mismo, todos ahorramos, pero principalmente ahorra el niño al cual estamos atendiendo y tratando de proteger. ¿Qué ahorra? Sufrimiento. Y desesperanza.

Como miembros de una comunidad no podemos pedirles a estos niños que respeten los valores de la misma y que vivan conforme a ellos, si no sabemos o no hemos sabido responder adecuadamente a la necesidad que ellos han tenido de ser cuidados y respetados como seres humanos, con idénticos derechos que cada uno de nosotros.

Mi pregunta final para este trabajo invita al lector a pensar en cuántos niños que conoce se ven reflejados en lo que acaba de leer.

Si el lector es un recién llegado a estos temas, el ejercicio será el de volver a la historia del pequeño Roberto, al principio de este escrito, y observar si la descripción del diagnóstico propuesto, es adecuada para responder a la pregunta ¿qué le pasa a este niño?

BIBLIOGRAFIA

Baita, S. (2009). Il PTSD complesso e il disturbo post-traumatico dello sviluppo: quale futuro? En: Il disturbo post traumatico nello sviluppo. A cura di Ardino Vittoria, Editore: Unicopli, Milano, Italia.

Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J. & van der Kolk, B. (Eds). (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents*. National Child Traumatic Stress Network. <http://www.NCTSN.net>

Herman, J. (1997): Trauma and Recovery. The aftermath of violence-from domestic abuse to political terror. New York, Basic Books.

Moreno, P. (2011). La adopción de un niño severamente maltratado. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología, Volumen 1, No. 2, Año 2011. Disponible en <http://revibapst.com>

Teicher, M. (2010). Does Child Abuse Permanently alter the Human Brain? Pierre Janet Memorial Lecture, International Society for the Study of Trauma and Dissociation, Annual Conference, October, 2010, Atlanta, USA.

van der Kolk, B, Courtois, A. (2005). Editorial Comments: Complex Developmental Trauma. Journal of Traumatic Stress. Vol. 18, N.5

Van der Kolk, B.A. (2005). Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatric Annals, 35(5), 401-408.

van der Kolk, B.A., Pynoos, R.S., Cicchetti, D., Cloytre, M., D'Andrea, W., Ford, J.D., Lieberman, A.F., Putnam, F.W., Saxe, G., Spinazzola, J., Stolbach, B.C., Teicher, M. (2009): Proposal to Include Developmental Trauma Disorder Diagnosis for Children and Adolescents in DSM-V. Final version, February 2, 2009. www.traumacenter.org

Dirigir correspondencia a sbaita68@gmail.com