

01962



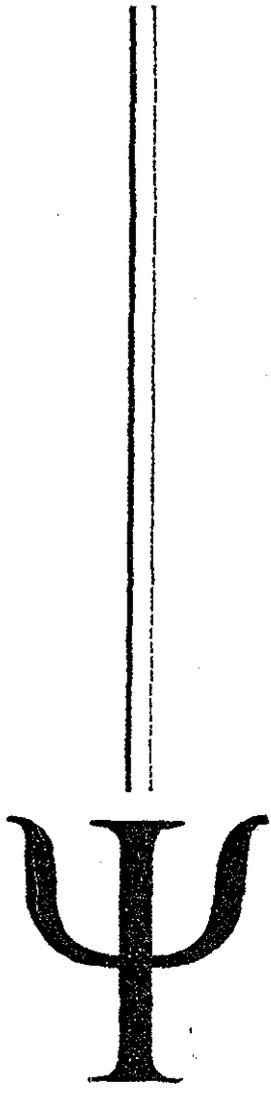
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TRASTORNO POR ESTRES POST TRAUMATICO EN
NIÑOS VICTIMAS DE INUNDACIONES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A :
GUADALUPE CONCEPCION MELENDEZ CAMPOS

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN
COMITE DE TESIS: MTR. ARIEL VITE SIERRA
MTRA. MA. ROSARIO ESPINOSA SALCIDO
MTR. LEONARDO REYNOSO ERAZO
MTRA. AIDA IVONNE BARRIENTOS NORIEGA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

GRACIAS SEÑOR POR DARMÉ LA OPORTUNIDAD DE VIVIR
POR DESCUBRIR QUE SIRVIENDO A LOS DEMAS SE SABOREA MAS LA
VIDA

GRACIAS POR HABERME PERMITIDO SERVIR CON ESTE TRABAJO

GRACIAS MAMA POR TU PRESENCIA, TU EJEMPLO DE VIDA Y TU
IMPULSO PARA SEGUIR ADELANTE

GRACIAS PAPA PORQUE SIEMPRE SE PUEDE ENCONTRAR UNA PALABRA
DE ALIENTO AL RECURRIR A TI

ANGELICA GRACIAS POR TU ALEGRIA DE VIVIR, TU TERNURA Y TU
EJEMPLO DE LUCHA POR LO QUE SE QUIERE

JULIE GRACIAS POR TU COMPAÑÍA, TU CONSEJO SIEMPRE AMOROSO Y
ATINADO

ROBERTI GRACIAS POR TUS SONRISAS OCULTAS, POR TU APOYO
SILENCIOSO

A MI FAMILIA

MI AMOR INCONDICIONAL

A MIS MAESTROS

**MI AGRADECIMIENTO SINCERO POR SU GENEROSIDAD AL COMPARTIR
CONMIGO SU SABER**

**DE MANERA MUY ESPECIAL A LA DRA. LAURA HERNÁNDEZ POR TU TIEMPO, ENERGÍA
Y CONOCIMIENTOS VERTIDOS EN ESTE TRABAJO**

LO MISMO QUE AL MTRO. ARIEL VIJE Y A LA MTRA. ROSARIO ESPINOSA

A MIS AMIGOS

**POR TENER CON USIEDES LA OPORTUNIDAD DE INTERCAMBIAR UNA
SONRISA, FESTEJAR UNA BROMA Y HASTA LLORAR UNA PENA**

A MIS COMPAÑEROS

**PORQUE SIN SU PRESENCIA NO HUBIESE SIDO LO QUE FUE LA BELLA
EXPERIENCIA DE LA MAESTRIA**

**A LOS NIÑOS CON LOS QUE TRABAJE, QUIENES ME PERMITIERON
COMPARTIR LO PRACTICO DE LA PSICOLOGÍA**

**GRACIAS PORQUE DESPUES DEL TRABAJO REALIZADO CONFIRMO QUE
VALE LA PENA SEGUIR EN ESTA PROFESION**

GRACIAS SOBRE TODO POR SU CONFIANZA, SU CARÍÑO Y SUS SONRISAS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO 1: Desastres naturales: inundaciones	4
1.1 Causas de las inundaciones	4
1.2 Huracanes	6
CAPITULO 2: Diagnóstico del Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT)	
2.1 Aparición del diagnóstico	13
2.2 Sintomatología	16
2.3 Definición del TEPT en niños	19
2.4 Sucesos estresores y factores de riesgo	21
2.4.1 Sucesos anteriores al desastre	22
2.4.2 Sucesos durante el desastre	25
2.4.3 Sucesos posteriores al desastre	30
CAPITULO 3: Teorías y Terapias	
3.1 El TEPT bajo diferentes marcos teóricos	33
3.2 Tratamientos para el TEPT	36
CAPITULO 4: Evaluación del TEPT	42
CAPITULO 5: Terapia cognitivo conductual para el tratamiento del TEPT	
5.1 Modelos de tratamiento Cognitivo – Conductuales	48
5.2 Modelos de tratamiento para niños	53
5.3 Apoyo en la investigación	62
METODO	71
RESULTADOS	77
CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	87
BIBLIOGRAFIA	100
ANEXOS	106

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

El objetivo general de la investigación fue determinar si la sintomatología del TEPT disminuía significativamente en los niños expuestos a un tratamiento con terapia cognitivo-conductual grupal en comparación con niños que no lo recibieron. Fueron evaluados 260 niños de dos comunidades rurales contiguas de un estado del centro de México, seleccionándose 45 pequeños (23 varones y 22 niñas) de entre 6 y 12 años de edad que fueron los que presentaron diagnóstico de Trastorno por Estrés Post Traumático luego de las inundaciones de octubre de 1999. Se formaron 3 grupos: dos grupos que se sometieron a terapia grupal y uno de lista de espera, compuestos por 10, 13 y 22 niños respectivamente. Se trabajó en los salones de clase de las escuelas primarias rurales de las comunidades afectadas. Para evaluar los síntomas del TEPT se aplicó a cada niño una Entrevista Estructurada TEPT-UNAM. En algunos casos y para corroborar las respuestas infantiles se aplicó una entrevista paralela dirigida a un adulto: Entrevista Estructurada al Adulto Responsable del niño. La investigación contempló tres fases: 1) Evaluación donde se evaluó a los 260 niños y se identificó a aquéllos que presentaban diagnóstico de TEPT mediante la aplicación de la Entrevista al Niño TEPT-UNAM. El mismo instrumento se aplicó a los dos grupos expuestos a la terapia inmediatamente después de la intervención (Post-Tratamiento) y tres meses después (Seguimiento). El grupo en lista de espera se evaluó una única ocasión paralelamente a la aplicación del post-tratamiento en los niños intervenidos. El tratamiento consistió en la aplicación grupal de un protocolo manualizado adaptado a un formato grupal de juego. El protocolo incluye los siguientes componentes: Inducción psicoeducativa, distinción entre pensamientos, conducta y sentimientos, relajación profunda, identificación de estímulos evocadores de pensamientos, conducta y sentimientos negativos, exposición por medio de imaginación guiada y búsqueda de soluciones y estrategias de afrontamiento funcionales.

Se puede argumentar que los niños expuestos a la terapia cognitivo conductual grupal difirieron significativamente de aquéllos pequeños no sometidos a este tratamiento, el hecho de haber tenido un grupo control nos permitió corroborar lo anterior. Los datos del pre test de los dos grupos intervenidos no difirieron de los del pre test del grupo control, sin embargo los resultados del post test de los intervenidos sí distaron de la evaluación única del grupo control (pre test), mostrándose la mejoría clínicamente significativa en los niños tratados con la terapia cognitivo conductual grupal. Además del dato general, al realizar un análisis por grupos, los hallazgos del grupo experimental 2 corroboraron lo encontrado en el grupo 1, lo cual aumenta la confiabilidad de los datos y nos permite argumentar la generalidad de los resultados, al menos en poblaciones rurales como la que nos ocupó en la presente investigación. Estos resultados apoyan la hipótesis de que la terapia cognoscitivo conductual grupal ayuda en la disminución de la sintomatología del TEPT, ya que el número de síntomas de los niños expuestos a terapia cognoscitivo conductual grupal tuvo una disminución estadísticamente significativa, lo que nos habla de la efectividad de este tipo de tratamientos en niños víctimas de desastres naturales, específicamente de inundaciones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La fuerza de la naturaleza va más allá de lo que el ser humano puede controlar, su poder devastador puede ser a veces inimaginable, nos percatamos de ello al ver de las consecuencias negativas de un huracán, de un tornado, de un sismo, de la explosión de un volcán o de cualquier otro fenómeno natural. Es posible constatar visiblemente los daños materiales, pero infortunadamente lo negativo que dejan atrás suele abarcar además otros ámbitos. Cuando se da atención a víctimas de desastres el aspecto psicológico frecuentemente se haya descuidado, la ayuda se limita en el mejor de los casos, a subsanar los desastres materiales. El apoyo psicológico a las víctimas sin duda se tomaría en cuenta si se reparara en las secuelas que a corto, mediano y largo plazo deja en los individuos un suceso fuertemente estresor como lo es un desastre natural.

El tema central de este trabajo es precisamente el tratamiento psicológico que se puede dar a niños víctimas de desastres naturales, específicamente de inundaciones.

El capítulo 1 versa sobre los diferentes eventos que pueden combinarse para provocar una inundación, señalando como una de las principales causas a los huracanes. Se hablará de la destrucción del entorno que suelen dejar a su paso y de la forma en que esto repercute en la vida cotidiana de los afectados.

En el capítulo 2 se señala que cuando los individuos experimentan un evento estresor intenso tal como una inundación, están en riesgo de desarrollar lo que el DSM-IV (A.P.A., 1994) ha denominado Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT). Se narra cómo ha sido la evolución del diagnóstico, se señala la sintomatología, haciendo especial mención de las características que suele presentar la población infantil. Así mismo se mencionan los principales sucesos que pueden generar el TEPT, lo mismo que los factores de riesgo más relevantes.

Dependiendo de la posición teórica que se tenga es la manera en que se da explicación a un fenómeno, en el capítulo 3 se hace referencia a diferentes teorías que han dado cuenta del TEPT, mostrando la manera en que concibe cada una de ellas al trastorno y señalando los tratamientos derivados de cada postura teórica, así como la efectividad probada de cada uno de éstos.

El capítulo 4 habla de las diversas formas que se tienen para evaluar el trastorno por estrés post traumático. Infortunadamente la mayor parte de los instrumentos se encuentran en inglés, lo que implica que son muy pocos los que se emplean para realizar diagnósticos a una población latina y los que existen van dirigidos a adultos mayoritariamente. Se mencionan aquí los principales elementos que se deben tomar en cuenta al evaluar a una persona con TEPT, así como algunos de los pocos instrumentos en español enfocados a la población infantil.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Es importante señalar que la teoría en la cual se haya sustentada la presente investigación es la cognitivo conductual. debido a que a partir de la revisión bibliográfica realizada fue la que dio cuenta de su probada efectividad en el tratamiento del TEPT. En el capítulo 5 se abordará lo relativo a esta teoría, señalando sus premisas básicas los diferentes modelos de tratamiento cognitivo conductuales para personas con TEPT, los modelos de tratamiento cognitivo conductuales que se enfocan exclusivamente a niños y la efectividad de éstos reportada en la literatura

Además de los cinco capítulos teóricos, se haya un capítulo dedicado al método en el cual se especifican los participantes en el estudio, el lugar en el que se trabajó, los materiales e instrumentos utilizados, así como la descripción del procedimiento seguido en la investigación. Un apartado de resultados da cuenta de los datos obtenidos, para finalizar con un capítulo destinado a las conclusiones de la investigación y la discusión con los autores consultados

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO I

DESASTRES NATURALES: INUNDACIONES

Slaikau (1984) menciona que en la vida existen momentos de crisis principalmente de dos tipos por un lado, están las crisis del desarrollo que son por las que pasamos todos los seres humanos al atravesar de una etapa a otra de nuestro ciclo vital. Por otro lado están las crisis situacionales que se caracterizan porque suceden de repente, imprevistamente, que tienen el carácter de emergencia, tienen impacto en la comunidad entera y provocan serios daños. Este último tipo de crisis se puede generar por diferentes factores que a continuación se enumerarán:

- ❖ Enfermedad y daño físico: cirugías, pérdida de algún miembro del cuerpo, enfermedad que amenace la vida, discapacidad física
- ❖ Muerte inesperada: accidente o enfermedad fatal, homicidio, suicidio
- ❖ Víctima o testigo de un crimen: asalto (por la espalda o violación); violencia doméstica (golpes o abuso al cónyuge o a los niños); encarcelamiento o liberación de los agredidos
- ❖ Guerra y actos relacionados: invasión u otra acción militar; toma de prisioneros de guerra
- ❖ Crisis situacionales de la vida moderna: experiencias con drogas psicodélicas, problemas económicos (inflación, desempleo), migración, separación, divorcio
- ❖ Desastres provocados por el ser humano: accidentes nucleares, choque de aviones, terrorismo, etc
- ❖ Desastres naturales: terremotos, incendios, inundaciones, tornados, huracanes

Son precisamente los desastres naturales los que en este trabajo nos interesan y en particular las inundaciones, por lo que enseguida se procederá a abundar en el tema.

1.1 CAUSAS DE LAS INUNDACIONES

Landsberg (1981) menciona que muchos asentamientos humanos se localizan cerca de lugares con agua. Además de la cuestión estética, arroyos, lagos y ríos se convierten en el punto de localización de villas, pueblos y ciudades, por ser una fuente importante de suplemento de agua. Los ríos ofrecieron

medios de transportación y sus valles hicieron más fácil la construcción de caminos y carreteras. Desafortunadamente, el curso del agua se convirtió en una vía barata para desechar las aguas negras.

Se han visto, a lo largo del tiempo, cambios notables en el ciclo hidrológico urbano, especialmente el incremento en las lluvias. Además de esto, hay cambios radicales en las características de la superficie en las áreas urbanas, llevando a un rápido desagüe de las precipitaciones y a inundaciones. El problema del manejo del agua en las ciudades se ha convertido en el mayor problema de la sociedad moderna.

Las inundaciones urbanas constituyen uno de los principales peligros climáticos. Pérdidas de vidas y otros daños son frecuentemente muy altos. Aunque las grandes cantidades de agua son el principal factor de las inundaciones, la mala urbanización de las ciudades contribuye al problema. La razón es la misma que la del calentamiento de las islas.

Los cambios radicales de la superficie de suelos permeables y con vegetación, a pavimentos impermeables, reducen el tiempo en que la lluvia o el hielo derretido alcanzan su curso. Los sistemas de drenaje, deliberadamente designados para llevar el agua de los distritos residenciales y de negocios, reducen el tiempo de retraso aún más. El beneficio derivado del secado rápido de las avenidas algunas veces tiene un alto costo: la inundación.

Las superficies naturales permiten a la lluvia penetrar al suelo donde una parte del agua se almacena y gradualmente se infiltra en el subsuelo hasta encontrar algún depósito de agua. Aún en fuertes lluvias, la ida del agua de la superficie se retarda. En áreas con vegetación mucha del agua se acumula en hojas, ramas y troncos. Las plantas evaporan una parte. La hojarasca es un medio efectivo de almacenamiento. Así es claro que el radio de permeabilidad de la cubierta del suelo, controla el desagüe en las tormentas fuertes. Este radio no se puede calcular exactamente, se calcula con base en fotografías aéreas o fotografías de satélite, o bien, de acuerdo con la densidad de población. La fórmula general es

$$I = aDb$$

I = porcentaje de suelo impermeable, que se refiere a la descarga de agua en las estelas de los ríos y en las cuencas donde la comunidad está localizada. La descarga se describe como una inundación hidrográfica, que indica el volumen de agua, pasando el punto estimado por unidad de tiempo.

D = densidad de población

a, b = constantes dependientes en el uso de la tierra (p. ej. forestación, tierra cultivable, zona habitacional, calles, autopistas, etc.) (Landsberg, 1981)

Griffiths (1976) sostiene que las inundaciones ocurren cuando hay una gran descarga de agua sobre parte del curso de un río; en esos casos, partes vecinas al río están en peligro. Por ejemplo los bancos se

rompen o se llenan demasiado, las presas se desbordan o las orillas de los ríos sujetas a presiones críticas se destruyen. En general, el mayor factor meteorológico para la inundación puede ser la lluvia sobre cierta área durante un intervalo de cierto tiempo, aunque la inundación puede ser causa también de patrones de temperatura. Esta relación se ha puesto de manifiesto por ejemplo, en el caso del desbordamiento del río Yukon, donde el hielo se derretía en los manantiales, mientras que río abajo permanecía congelado. Así se puede entonces apiñonar el hielo que puede estancar completamente el río.

Las inundaciones generalmente tienen tres causas principales: lluvias intensas, derretimiento de agua acumulada o ambos factores juntos.

Algunas ecuaciones suponen dar el exacto caudal del río como una función del tamaño del área drenada, tomando en cuenta una región hidrológicamente homogénea. Las constantes en estas ecuaciones varían con el tipo de terreno, pero no dan idea de la frecuencia ni del parámetro de lluvia contenido en ellos.

La mayoría de las ecuaciones, sin embargo, usan a la lluvia como una variable, pero es necesario saber con qué frecuencia ocurre en el área una precipitación de cierta cantidad de agua. Es posible utilizar una ecuación tal como una "fórmula racional" para calcular la inundación (q)

$$q = c_i A$$

En esta ecuación " c " es el coeficiente de agua drenada, " T " es la intensidad de lluvia sobre una duración igual al tiempo de concentración en la cuenca y " A " es el área receptora. El coeficiente " c " puede expresarse como una fórmula relativa a la frecuencia de ocurrencia. Existen, por supuesto, muchas variaciones a estas ecuaciones.

12 HURACANES

Como se ha mencionado, una de las principales causas para que se den las inundaciones son fuertes precipitaciones pluviales, las cuales sin lugar a dudas ocurren a consecuencia de los huracanes.

Oficialmente en México la temporada de huracanes comienza el 1° de junio y termina el 30 de noviembre, pero un huracán puede formarse en cualquier mes del año.

La temporada de huracanes del Atlántico inicia en verano cuando las aguas de la costa occidental de África comienzan a calentarse. En tierra se desarrollan tempestades que luego se arrastran hacia el mar.

Todos los años cientos de pequeñas tormentas alcanzan esta etapa. Si la temperatura del agua es de 27° C o más estas tormentas pueden intensificarse y organizarse para convertirse en depresiones tropicales. En 2 semanas una pequeña área de baja presión puede transformarse en un sistema meteorológico violento.

El cálido océano calienta el aire húmedo haciendo que se eleve y entonces el agua del aire se condensa formando nubes. El aire de abajo se desplaza velozmente hacia arriba, aspirando más aire desde abajo. El nuevo aire se une en espirales, también se eleva aspirando más aire y el sistema se fortalece. Este es el motor que mueve al huracán.

A medida que los vientos alisios empujan el sistema completo sobre el Atlántico hacia el oeste, la espiral se aprieta y la tormenta se hace aun más poderosa. Se forma una columna de aire diáfano, es el ojo del huracán. Aquí las corrientes ascendentes alrededor del ojo son compensadas por aire que se devuelve hacia abajo dentro del ojo (Carter & Cosmas, 1997). Couper y Carpenter (1999) señalan que el ojo es la parte más extraña de un huracán, una columna de entre 8 y 48 km de diámetro tan en calma que se puede ver a través de ella, hasta se han logrado ver aves volando dentro. En algún lugar del Atlántico, cuando los vientos sobrepasan los 120 km/hr la tormenta, se transforma en huracán.

Acerca de los huracanes el diccionario da la siguiente definición:

“Huracán: ciclón tropical cuya velocidad supera los 140 km/h. Es frecuente en las regiones cálidas, donde convergen los alisios del hemisferio norte con los del sur. En las zonas bajas, el aire converge hacia el centro de bajas presiones en forma de torbellino ligeramente asimétrico, con un momento angular considerable debido a la aceleración de Coriolis; en las regiones altas asciende y diverge. Es de núcleo caliente a causa de la humedad del aire ascendente. Lo acompañan sistemas de nimboestratos (nube grisácea constituida por gotas de agua, cristales y copos de nieve. Provoca la caída más o menos continua de agua o nieve. p. 2382) que producen copiosas lluvias, y en las capas inferiores también se forman cúmulos” (Salvat, 1978, p. 1745).

La terminología empleada por los centros meteorológicos da mayores precisiones al respecto:

Onda o perturbación tropical: Grupo de nubes con o sin aguaceros ni circulación organizada y vientos máximos de menos de 63 km/h.

Tormenta tropical: Sistema organizado de fuertes aguaceros y circulación definida y vientos máximos de entre 63 y 109 km/h, las tormentas tropicales pueden convertirse rápidamente en huracanes cuando alcanzan fuerza suficiente para clasificarlas como tormentas tropicales, se les asigna un nombre (Couper & Carpenter, 1999).

Huracán o ciclón: Intenso sistema tropical de circulación bien definida y vientos sostenidos de 199 km/h o más, y quizá ráfagas de hasta 322 km/h. Los grandes nubarrones que se forman a su alrededor

pueden cubrir un área de varios cientos de kilómetros a la redonda, ocasionando lluvias torrenciales y tornados

Marejada producida por la tormenta: Crecida del mar de hasta 60 cm de altura que llega junto con el huracán y que pueda afectar hasta 60 km de la costa. Las zonas de evacuación se identifican según la probabilidad de que las inunden las marejadas, que son las que causan la mayoría de las muertes asociadas con los huracanes, pudiendo destruir hasta las más sólidas estructuras o causar erosión en los grandes edificios ocasionando su derrumbe. De cada diez personas que mueren en un huracán, nueve perecen debido a esta marejada de tormenta (www.activanet.es/ivan/huracan.html)

Por su parte Eagleman (1985) sostiene que las tormentas tropicales intensas ocurren sobre los océanos en muchas partes del mundo. Reciben varios nombres, tales como huracanes, tifones y ciclones. Los que afectan a América del Norte son los llamados huracanes. Los huracanes se originan sobre los océanos cálidos tropicales y pasan por los estados de desarrollo ya descritos. Se originan como perturbación tropical y se convierten en una depresión tropical como una o más barras iguales desarrolladas en el comienzo de la tormenta. Se convierte en tormenta tropical conforme los vientos incrementan la velocidad sobre 60 km/h y alcanzan el estado de huracán cuando los vientos exceden 120 km/h, según este autor.

Los huracanes son menores en tamaño que los ciclones de mediana latitud y tienen una estructura interna diferente. Se caracterizan por un aire descendente en el ojo del huracán sobre la baja presión superficial, con las corrientes de aire subiendo en bandas de lluvia alrededor de la pared del ojo. La banda de vientos fuertes es sólo fuera del ojo del huracán y puede contener vientos con velocidad de 320 km/h como el huracán Camila. En 1988 el huracán Gilberto tuvo en el ojo de la tormenta la presión más baja registrada para un huracán. Los vientos de la superficie disminuyen muy rápidamente fuera de esta banda de viento intenso y las velocidades de los vientos también decrecen sobre la superficie (Science Time, 1998).

El promedio de vida del huracán es de 9 días y ocurre más frecuentemente en temporada de otoño. Un promedio de 2 huracanes por año azotan los Estados Unidos, y muchos de ellos afectan nuestro país. Los huracanes normalmente decaen muy rápido en cuanto tocan tierra y envejecen, dejando a su paso una estela de destrucción. Sin embargo es posible que se transformen a ciclones de latitud media. La destrucción de los huracanes ocurre por fuertes vientos e inundaciones debidas a grandes precipitaciones y aumento de los niveles del océano (Couper & Carpenter, 1999; Science Time, 1998).

Sin el cálido mar bajo ellos, los huracanes no tienen calor para seguir avanzando y se desintegran, pero son tan poderosos y extensos que demoran días en disolverse, aún sobre la tierra (Carter & Cosmas, 1997).

El Centro Nacional de Huracanes de Estados Unidos predice el movimiento de los huracanes después de ser identificados por fotografías del satélite. Los satélites son usados no sólo para identificarlos sino para obtener información cuantitativa de las tormentas. La aparición del ojo del huracán y la naturaleza de las bandas de lluvia alrededor del ojo, observadas en las fotografías del satélite son comparadas con fotos de satélite de huracanes pasados, para estimar la velocidad de los vientos y la presión dentro de la tormenta. Los huracanes varían en su rango de intensidad. Los vientos en muchos huracanes no son tan intensos para destruir edificios y hacer otros daños, pero hay otros que si 61 personas en promedio al año mueren a consecuencia de los huracanes en Estados Unidos (Science Time, 1998)

En los años setenta los satélites comenzaron a hacer más precisos los pronósticos de los huracanes. Comprender y predecir los huracanes para ayudar a las personas a escapar o protegerse de su furia, constituye un poderoso aliciente para la ciencia. En Miami en el Centro Nacional de Huracanes, los meteorólogos estudian las tormentas las 24 horas del día con el fin de predecir qué depresiones se convertirán en huracanes. Estos científicos son los encargados de predecir qué tormentas son peligrosas. Si se equivocan se desperdiciarán millones de dólares y se pondrán en peligro miles de vidas.

Para pronosticar necesitan información precisa de lo que la tormenta está haciendo, aún a miles de kilómetros en medio del océano. Reciben informes de barcos, vuelos comerciales, de radares costeros, aviones especiales cazadores de huracanes que entran y salen al menos 3 veces en el transcurso de la tormenta en diferentes direcciones, pero su mejor fuente son satélites a miles de kilómetros en el espacio.

Las más modernas armas de observación de tormenta son los nuevos satélites ambientales operacionales estacionarios "Goes", estos satélites permanecen en órbitas a 36,000 km sobre la línea ecuatorial, escudriñan la mitad visible del globo terráqueo y generan imágenes en luz normal e infrarroja cada 30 min. Las imágenes se usan para buscar remolinos de nubes característicos lejos de la línea ecuatorial. Sólo desde el espacio se puede apreciar la verdadera escala del huracán (Carter & Cosmas, 1997)

Una de las tormentas más grandes de 1997 en Norteamérica fue Guillermo, donde investigadores probaron nueva tecnología para obtener una visión global de lo que sucedía al interior de la tormenta. Los científicos dejaban caer desde un avión, paquetes de instrumentos llamados "drafsons" que dispara una cámara presurizada instalada en el piso del avión. Los instrumentos envían señales a las computadoras que dan mayor idea de lo que sucede en el interior de la tormenta. Parte de la información que envían ha revelado que al haber más contraste en las temperaturas al interior de la tormenta, ésta será más violenta (Science Time, 1998)

Un huracán puede tener hasta 1600 km de extensión, es tan enorme que su extremo superior empuja contra el techo de la atmósfera baja a unos 19,000 m de altura. Su imponente belleza y aparente calma

falsean una verdad inevitable. La baja presión de un huracán aún de categoría 2 es suficientemente poderosa para aspirar el océano convirtiéndolo en una cúpula de un metro de altura. A medida que los vientos llevan la marejada hacia la tierra, la cúpula puede alcanzar los 2 metros y medio o más. En algunos lugares donde la costa es poco profunda, la marejada del huracán puede llegar a los 10 m.

Los huracanes están clasificados en 5 categorías: categoría 1 hasta 150 km/hr, categoría 2 hasta 175 km/hr, categoría 3. 180 km/hr, categoría 4 hasta 210 km/hr y categoría 5 arriba de esta cifra (Carter & Cosmas, 1997). En los últimos años ha habido un aumento en el número de huracanes categoría 5. Gilberto y Andrés fueron dos de ellos. Esto preocupó a los científicos ya que se espera que un huracán categoría 5 aparezca cada 100 años y los anteriores ocurrieron en el transcurso de cuatro años. Se cree que tal vez el calentamiento global del planeta esté incrementando la temperatura de los océanos y esto eleva la ocurrencia de los huracanes (Couper & Carpenter, 1999).

Como menciona Eagleman (1985) en diferentes países se conoce a los huracanes con distintos nombres. En el Pacífico se les llama Tifones, a menudo los tifones son más peligrosos que los huracanes del Atlántico porque tienen mayor superficie de mares cálidos por donde desplazarse desarrollando todo su poderío. En Australia se les llaman Ciclones. En el hemisferio sur los vientos de la tormenta giran en dirección opuesta a las manecillas del reloj alrededor el ojo. En promedio hay 6 huracanes por año en el Atlántico y hasta 20 tifones en el Pacífico (Carter & Cosmas, 1997).

Para muchos, los tornados son los elementos más difíciles de predecir y lo más peligroso de un huracán. Un tornado es un "ciclón acompañado de huracán, propio de los valles del Mississippi" (Salvat, 1978, p. 3183). Los científicos se preguntan por qué algunos huracanes producen tornados y otros no. Aproximadamente 1/4 de los huracanes producen tornados. Donde golpean los tornados, las casas quedan completamente destruidas.

Mel Nichols y Roger Pielke (en Science Time, 1998) de la Universidad estatal de Colorado, dicen que un huracán está compuesto por un grupo de tronadas (tempestades de truenos) organizadas que actúan conjuntamente, concertadamente y producen una enorme descarga de energía. Estos investigadores han estudiado la forma de pronosticar un huracán con base en lo que ellos llaman "ondas térmicas de compresión", generadas por la energía de las tormentas, con estas ondas de compresión buscan detectar cuándo las tronadas se vigorizan o debilitan. Lo que predice la fuerza del huracán.

Se dice que el arma más mortal de un huracán no es el viento, sino el agua. Enormes muros de agua de mar llamados maretazos provocan el 90% de las muertes por huracanes. Los grandes oleajes se han llevado poblaciones enteras. Uno de los desastres más terribles que se recuerdan en Norteamérica, fue el provocado por los maretazos que azotaron Galveston, Texas el 18 de septiembre de 1900 con vientos de

190 km/h y olas de 7 m que causaron la muerte de 8000 personas y dejaron la mitad de la ciudad destrozada.

Engstrom (1996) da cuenta de una gran tormenta que azotó la región de California en el invierno de 1861 – 1862. El clima inusual comenzó la tarde de Navidad del 1861 y persistió por cerca de 45 días como una serie de ciclones de mediana latitud que desprendían gran cantidad de agua en la costa californiana. Episodios de mucho frío y mucha calidez ocurrieron durante la tormenta y en la primavera de 1862 prevaleció como una corriente meridional. Fuertes precipitaciones aumentaron el río Santa Ana tres veces más que la descarga estimada para ese siglo. Durante la primavera altos niveles de agua rociaron la costa entre Los Angeles y San Diego. Se crearon lagos en el valle de Los Angeles y en el desierto de Mojave. Los arroyos se cortaron. Se presentaron sedimentos de la inundación en cuencas a distancia de la costa.

Las muertes por huracanes han descendido abruptamente en E.U. de 8000 en el año de 1900, a 200 aproximadamente para la década de los 90's, a consecuencia de las predicciones más precisas de los huracanes, sin embargo el costo de los daños ha aumentado por haber mayor número de comunidades costeras, es por ello que se da mucho apoyo a la investigación de los fenómenos meteorológicos, específicamente de los huracanes (Science Time, 1998).

Los científicos han registrado las rutas de los huracanes del Atlántico por más de 100 años. La mayoría de ellos vienen del oeste por el Atlántico y giran hacia el norte al acercarse a E.U. A pesar de que no existen pronósticos exactos, cada año son 1% ó 1.5 km más precisos que el año anterior (Carter & Cosmas, 1997).

La península de la Florida es propensa a la llegada de huracanes, sin embargo, ninguno ha causado tantos estragos como Andrés en agosto de 1992. Siendo tormenta tropical en el Atlántico, se precipitó sobre Miami como huracán con vientos de 240 a 320 km/h. Una de cada 10 personas quedó sin hogar, los daños estimados fueron de 40 mil millones de dólares. Hubieron 38 muertos. Después de cruzar Florida, cayó en Louisiana, el maremoto dejó las islas de barrera que protegen a Louisiana en solo fango. Las islas de barrera son franjas de arena que protegen la costa, es un ecosistema líquido en constante movimiento, por ello es sumamente peligroso asentar poblados en ellas.

Los psicólogos ambientales argumentan que la información acerca de la manera en la que la gente percibe el ambiente físico puede utilizarse en la planeación ambiental en casos de desastres naturales. Lo más preocupante en este sentido es la tendencia de las personas a construir en lugares que con frecuencia sufren cataclismos como inundaciones, tornados o terremotos, sin tomar las precauciones necesarias. La planeación se facilita al conocer la forma en que los habitantes de dichas regiones perciben los peligros a los que están sujetos (Science Time, 1998).

Robert Kates (en Science Time 1998) en la década de los 50's. encontró que las experiencias personales de individuos que sobrevivieron a un desastre natural determinaron la manera de enfrentar el desastre. mientras que las personas que no vivieron esas experiencias no tomaban en cuenta las posibles consecuencias del peligro que entraña. Kates también encontró que muy poca gente toma medidas preventivas. más bien prefieren aceptar las pérdidas. Algo interesante es que la mayoría de la gente prefiere reducir los costos que provoca un desastre natural, antes que mudarse o cambiar su modo de vida. de hecho se encontró que las personas que radican en zonas de mayor riesgo tienden a ignorar el peligro, aun más que aquéllas que viven más alejadas. Estos datos sugieren la planeación para casos de desastre, donde se involucren programas educativos dirigidos a sensibilizar a los individuos acerca de los costos personales que puede ocasionar el desastre, además de motivarlos a tomar medidas preventivas cuyo costo sea relativamente bajo.

El desastre que en este trabajo nos ocupa fue una inundación, ocurrida como consecuencia de las fuertes lluvias que azotaron la zona en cuestión, en octubre de 1999. Las lluvias produjeron la crecida de un río, lo que ocasionó que una presa se rompiera y el agua buscara sus canales naturales de salida. La inundación a los poblados a los que se acudió, ocurrió paulatinamente, el agua llegó por dos lugares y afectó de manera diferente a la gente dependiendo de dónde viviera. Según la altura a la que llegó el agua y sus consecuencias, se clasificó el impacto del suceso en niveles: Nivel I: pérdida total; Nivel II, pérdida parcial; Nivel III: no alcanzó el agua la casa pero estuvo cerca; Nivel IV: la gente vio de lejos el percance. La mayoría de los niños con quienes se trabajó estuvieron en el nivel II ó III, aunque hubo quien alcanzó el nivel I, y para la fecha en que realizamos la intervención, se encontraba aun viviendo en casa de parientes.

Infortunadamente, las consecuencias que dejan las inundaciones no se dan únicamente a un nivel material como se ha venido comentando. los daños entrañan problemas psicológicos en las personas que experimentan el suceso. Es a raíz de una experiencia traumática que la gente comienza a desarrollar una serie de síntomas, que si no se tratan a tiempo, pueden desencadenar en lo que se ha dado en llamar "Trastorno por Estrés Post Traumático". Este trastorno presenta como consecuencia un desajuste en el funcionamiento, que en muchas ocasiones puede hasta limitar las actividades cotidianas y crear con ello una sensación de mayor malestar. A continuación se abordará en detalle el trastorno antes referido.

CAPITULO 2

DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO POR ESTRES POST TRAUMATICO (TEPT)

2.1 APARICION DEL DIAGNOSTICO

No se sabe con exactitud cuándo se comenzó a presentar en las personas el Trastorno por Estrés Post Traumático "TEPT". Fue hasta 1980 cuando la American Psychiatric Association (APA) que en su Diagnostic and Statistical Manual III (DSM-III), reconoció la manifestación de este desorden y hasta 1987 (DSM-III-R) que se aceptó para la población infantil.

El TEPT se utilizó primeramente para describir la sintomatología de algunos veteranos de guerra. El diagnóstico se derivó de la observación de soldados con "neurosis de combate". Primero, significó que los veteranos de guerra sufrían un problema real para el cual había un nombre y podía tratarse. Segundo, significó que los veteranos podían desarrollar síntomas que eran reacciones normales a situaciones terroríficas. Lo anterior se dio desde que se reconoció que otras situaciones estresantes podían producir TEPT, tales situaciones incluyen haber sido rehén, raptado, violado, asaltado o torturado, haber recibido un diagnóstico de enfermedad terminal y haber tenido un accidente automovilístico serio. Se ha reconocido también que muchas víctimas de violencia doméstica pueden experimentar TEPT (Domestic Violence and Health Care).

Dos características del TEPT parecen ser particularmente sobresalientes cuando se consideran los estresores a los que se sujeta una mujer golpeada. Primero, la APA notó que el TEPT puede ser específicamente severo o de larga duración cuando es humano el origen del estresor. Esto podría incluir situaciones de violación, terrorismo, tortura y otros ataques personales violentos. En casos de violencia doméstica, es siempre un humano el que produce el estresor ya que la violencia es perpetrada por el esposo o el compañero de la víctima. Segundo, la probabilidad del desarrollo del TEPT puede aumentar en tanto se incrementa la intensidad o la proximidad física del estresor. En casos de violencia doméstica, la víctima se sujeta frecuentemente a ataques repetidos cuya frecuencia e intensidad aumenta con el paso del tiempo (Domestic Violence and Health Care).

La APA (1994 en Domestic Violence and Health Care) señala una "constelación de síntomas" que ocurren con frecuencia en conjunción con los estresores interpersonales, en casos como los de violencia doméstica:

- Dificultad en la modulación de los afectos
- Conducta impulsiva y autodestructiva
- Síntomas disociativos
- Quejas somáticas
- Sentimientos de ineffectividad, pena o desesperanza
- Sensación de daño permanente
- Pérdida de creencias significativas previas
- Hostilidad
- Sentimiento de amenaza constante
- Retiro social
- Dificultad para relacionarse con otros
- Cambio de características personales previas, etc

Beall (1997) y Ochotorena (1995) señalan que la aparición del TEPT dentro del DSM-III no fue espontánea. Tuvo como antecedentes la clasificación como “reacción grave de estrés” en la primera edición del DSM, y “desorden situacional transitorio”, “desorden de ansiedad” o “trastorno disociativo” en el DSM-II.

Ochotorena (1995) comenta que una novedad que destaca el DSM-IV es la incorporación de la existencia de una situación de amenaza real y la percepción subjetiva de tal amenaza, además de la inclusión obligatoria de alteraciones claras de adaptación personal, familiar o social (criterio F). La mayor parte de los datos sobre la epidemiología del TEPT vienen de investigaciones con veteranos de guerra, los resultados son muy variados, por ejemplo la tasa de TEPT en ex combatientes de la guerra de Vietnam es de 3.5% si no resultaron heridos, de 20 a 40% si resultaron heridos y de cerca del 50% si fueron prisioneros de guerra. En otros tipos de poblaciones las cifras son diferentes, el porcentaje de TEPT en refugiados del sudeste asiático varían dependiendo del país: 54% en refugiados vietnamitas, 68% en laosianos, 92% en camboyanos y 9% en los mien. Los dos últimos grupos experimentaron en mayor medida atrocidades, lo que justificaría la alta prevalencia del TEPT.

El 47% de una muestra de judíos víctimas del holocausto presentó TEPT 40 años después de ocurrido éste. 51% de los que estuvieron en un campo de concentración y 65% de quienes estuvieron en un campo de exterminio

El autor señala que las tasas más altas de TEPT se han encontrado en víctimas de violaciones, con una prevalencia de más del 70% siendo extraños en su mayoría los violadores. Se encontró también una tendencia a haber sido agredido físicamente y amenazado con alguna arma a las víctimas. La prevalencia del TEPT en otras situaciones se ha estudiado menos, como en sobrevivientes de ataques con armas de fuego. Existen diferencias en los datos de víctimas de desastres naturales, por ejemplo sólo un 3.3% de mujeres y 0.7% de varones presentaron TEPT luego de la erupción de un volcán

Vernberg, La Greca, Silverman y Prinstein (1996 en La Greca et al., 1996) en concordancia con los datos que apoyan que el TEPT es una reacción común a un desastre natural, encontraron a los tres meses del huracán Andrés una alta prevalencia de síntomas de TEPT en una muestra de 568 niños. Específicamente, 30% de los niños manifestaron niveles de severo a muy severo en el PTSDRI, de hecho el 60% había presentado pensamientos de que morirían durante la tempestad

Earls en 1988 (en Shannon et al., 1994) empleó una entrevista de diagnóstico estructurada para evaluar 32 parejas de niño (de 6 a 17 años) y uno de sus padres, un año después de una inundación que provocó evacuaciones y daños en las propiedades. Un número de niños mostró síntomas de TEPT pero ninguno alcanzó los criterios del diagnóstico del DSM-III-R. Los síntomas más frecuentes fueron las pesadillas y el miedo a la ocurrencia de otro desastre

Es posible que el tiempo transcurrido entre la evaluación y el evento traumático haya propiciado que la agudeza en los casos de niños con TEPT hubiera disminuido, pudo ser que se presentaran casos inmediatamente después del suceso, pero poco probable la presencia de síntomas luego de 12 ó 22 meses

Menciona Beall (1997) que para algunos el TEPT tuvo sus orígenes desde las investigaciones de la histeria realizadas por Freud y Pierre Janet en el siglo XIX. Argumentan que los sucesos ambientales precipitan la histeria. Posteriormente, las reacciones que presentaban los soldados veteranos de guerra y los sobrevivientes de los campos de concentración de la Segunda Guerra Mundial derivaron en investigaciones. Sin embargo, los estudios se enfocaban a los adultos y no fue sino hasta la década de los 50's que aparecieron los primeros escritos acerca del trastorno en población infantil

El primer trabajo sobre TEPT en los niños fue "Trastorno por estrés post traumático en niños" escrito por Spencer Eth y Robert Pynoos. Otro artículo "Niños y desastres" de Conway Saylor discute el TEPT en niños víctimas de desastres. El trabajo explora la variedad de respuestas psicológicas dadas por estos niños ante desastres naturales y causados por el hombre. Terr en su escrito "Recuerdos

desencadenados: Historias verdaderas de recuerdos traumáticos perdidos y encontrados, señala que un evento traumático único raramente se olvida mientras que los traumas infantiles prolongados frecuentemente se reprimen y disocian (Beall 1997)

2.2 SINTOMATOLOGIA

Actualmente se ha llegado a la conclusión que el TEPT puede ser consecuencia de desastres naturales o provocados por el hombre, de violencia, accidentes, guerras o cualquier acontecimiento fuertemente traumático. El DSM-IV (Beall, 1997; Jones & Peterson 1993; Yule & Canterbury 1994) establece que lo esencial de este desorden es el desarrollo de síntomas característicos seguidos a un evento psicológicamente estresante, que está fuera de la experiencia usual del ser humano (p. ej. fuera del rango de las experiencias comunes como el simple duelo, enfermedad crónica, pérdidas en los negocios y conflicto marital) y amenaza seriamente la integridad personal. El evento estresor que produce este síndrome se experimenta usualmente con miedo intenso, terror e impotencia. Los síntomas característicos incluyen:

- 1) Re-experimentar el evento traumático: pesadillas, "flashbacks" y pensamientos intrusivos (DSM-IV). Mucho tiempo después de que el peligro ha pasado la gente revive el evento como si estuviera ocurriendo aún en el presente. No pueden retomar el curso normal de sus vidas porque el recuerdo del trauma repetidamente los interrumpe en los momentos de vigilia, o en pesadillas durante el sueño. Cosas insignificantes pueden evocar los recuerdos traumáticos, los cuales frecuentemente regresan vívidamente y con toda la fuerza del suceso original: así un ambiente seguro puede sentirse como peligroso. El trauma arremete contra el desarrollo normal a través de la intrusión repetida en la vida del sobreviviente (Lewis, 1992)
- 2) Evitar los estímulos asociados con el evento o embotamiento de la responsividad general (DSM-IV). En algunas ocasiones las situaciones de peligro pueden evocar no sólo terror o cólera sino paradójicamente un estado de calma desinteresada en donde el terror, la rabia y el dolor se disuelven. Los eventos continúan registrándose en la conciencia, pero parecen desconectados de los significados ordinarios. Las percepciones pueden estar embotadas o distorsionadas, parcialmente anestesiadas o con pérdidas de sensaciones particulares. El sentido del tiempo parece estar alterado con una sensación de estar en "cámara lenta" y la experiencia tiende a perder su calidad de realidad ordinaria. La persona puede sentir como que las cosas no

están sucediéndole a ella, como si las estuviera viendo desde fuera de su cuerpo, o como si todo fuera un mal sueño del cual pronto despertará. Estos cambios perceptivos se combinan con sentimientos y emociones de indiferencia y una profunda pasividad en la cual la persona abandona toda iniciativa y esfuerzo. Los síntomas de evitación pueden interferir con la anticipación o la planeación del futuro (Lewis, 1992)

- 3) Aumento de la activación: dificultad para dormir, hipervigilancia e irritabilidad (DSM-IV). Este síntoma refleja la persistente expectativa de peligro. Después de la experiencia traumática el sentido de supervivencia entra en alerta permanente, como si el peligro fuera a regresar en cualquier momento. La activación psicológica continúa sin disminuir. En este estado de hiperactivación, la persona se sobresalta fácilmente, reacciona irritable ante la menor provocación y duerme poco. Tiene una combinación de síntomas de ansiedad generalizada y miedos específicos (Lewis, 1992)

El diagnóstico no se aplica cuando el trastorno dura menos de un mes.

Feldman (1998) señala como síntomas posteriores al evento traumático, abuso de alcohol o drogas y hasta suicidio, cabe aclarar que estos síntomas fueron hallados en veteranos de la guerra de Vietnam.

Ochotorena (1995) también menciona datos sobre la comorbilidad del TEPT con otros trastornos: el abuso del alcohol y drogas en excombatientes de guerra, así como depresión mayor, episodios maníacos y trastornos por ansiedad. En cuanto a los trastornos afectivos, se ha visto que entre un 11 y un 65% de los veteranos de la guerra de Vietnam con TEPT se suicidaron. Se dice que los pacientes con síntomas disociativos son más vulnerables a desarrollar el trastorno después de la exposición a un suceso traumático. Pero son quizá los trastornos de la personalidad los que se asocian con más frecuencia a la sintomatología de TEPT, detectándose un alto nivel de trastornos de tipo límite, obsesivo-compulsivo, evitación, paranoide, esquizotípico y pasivo-agresivo. Se admite que es necesaria más investigación para conocer si la exposición a eventos estresantes produce este tipo de síntomas así como trastornos psiquiátricos, o si son los individuos con estas características los más susceptibles a desarrollar el TEPT.

Terr (1991, en Shaw, Applegate, Tanner, Pérez, Rothe, Campo-Bowen & Lahey, 1995; Shaw, Applegate & Short, 1996; Selley, King, Peveler, Osola, Martin & Thompson, 1997) sugiere que el trauma físico consecuencia de un desastre es un factor etiológico crucial en el desarrollo de desórdenes psiquiátricos. El desastre natural provoca miedos específicos al trauma y por su recurrencia, ansiedad, desórdenes afectivos, imágenes y percepciones intrusivas del suceso traumático, juego post-traumático.

conductas regresivas enfermedades somáticas, evitación de recuerdos traumáticos problemas escolares y de conducta, cambio de actitudes acerca de sí mismo, del mundo y del futuro

Sharan, Chaudhary, Kavathekar y Saxena (1996) encontraron como los más frecuentes trastornos referidos por adultos sobrevivientes al terremoto de 1993 en la India: tristeza, trastornos del sueño, ansiedad, síntomas autonómicos, apetito disminuido, involucramiento reducido con el mundo externo, preocupación en torno a la muerte y a la pérdida de propiedades, dolores, evitación del lugar donde ocurrió el desastre, evitación de los sentimientos, reacciones de susto e imaginación intrusiva, falta de concentración, fobia e ira. En general agruparon los síntomas de los sobrevivientes en: trastornos por estrés post traumático, depresión mayor, ansiedad y pánico

De acuerdo con Yule y Canterbury (1994) además de los tres grupos característicos de síntomas, la reexperimentación del evento, las reacciones de evitación y aumento de la activación en los niños y adolescentes se presentan otras reacciones como dificultad para la separación. Muchos niños se tornan más irritables y enojones, tienen la sensación de soledad y encuentran dificultad para hablar con los padres y con los coetáneos. Otros refieren problemas de memoria y dificultad para concentrarse, para concluir trabajos escolares u otras actividades. Hay un sentimiento de desesperanza en el futuro. Muchos experimentan culpa por haber sobrevivido y por la muerte de otros, por pensar que pudieron haber hecho más para ayudar a otras personas, o por creer que sus acciones dañaron a otros. Los adolescentes sobrevivientes informan tasas altas de depresión, se tornan muy ansiosos y hay una aparición retardada de ataques de pánico. Los niños preescolares muestran muchas más conductas regresivas y antisociales, conductas destructivas y agresivas, asimismo presentan dibujos repetitivos y juegos relacionados con temas acerca del suceso traumático. Lewis (1992) señala que el juego cotidiano de la infancia es libre y sencillo, mientras que el juego que sigue a un suceso traumático es hosco y monótono. El juego no finaliza fácilmente cuando es inspirado por el trauma y es obsesivamente repetido. El juego post traumático, agrega, es literal y se puede deducir mucho acerca del trauma con pocos indicios extras.

La Greca, Silverman, Vernberg y Prinstein (1996) sostienen que los síntomas del TEPT pueden ser muy debilitantes e interferir con el funcionamiento cotidiano. Los niños con TEPT experimentan pensamientos intrusivos o sueños relacionados con el desastre, sentimientos de separación o evitación de actividades que les recuerden el evento, así como dificultades para dormir y concentrarse.

Para 1987 en que Pynoos, Frederick, Nader, Arroyo, Steinberg, Eth, Nuñez y Fairbanks habían publicado su artículo acerca de la amenaza a la vida y el TEPT, no había estudios donde se presentaran los síntomas que muestran los niños que sufren el trastorno. Señalan que de acuerdo con el DSM-III-R en respuesta a un estresor reconocible, los niños presentan síntomas como reexperimentar el evento

entumecimiento de la responsividad menor involucramiento con el mundo exterior y estados de hipervigilancia

Davis y Clark (1998) por su parte, mencionan que el TEPT consta de una constelación de síntomas, los cuales se desarrollan después de un evento traumático. El reexperimentar el trauma se considera como el sello característico de tal trastorno y frecuentemente toma la forma de recuerdos intrusivos y recurrentes del suceso. El inicio del TEPT puede ocurrir inmediatamente o en los meses sucesivos al evento y infortunadamente los síntomas persisten en muchos individuos a lo largo del tiempo. Pines (1991, en Karakashian, 1994) observó que la somatización de dolores físicos ayuda a los pacientes a evitar los efectos emocionales negativos provocados por el recuerdo del evento estresor.

Especialistas como Jones y Peterson (1993) explican que: 1) recuerdos constantes del evento, 2) conductas repetitivas, 3) miedo a cosas o situaciones específicas y 4) cambios en las actitudes hacia la gente, hacia aspectos de la vida y del futuro, son síntomas comunes en niños que han padecido algún suceso traumático. Mencionan que los niños "re-ven" el evento durante sus momentos de ocio, cuando están descansando, cuando "sueñan despiertos" o cuando intentan quedarse dormidos, en lugar de las pesadillas o de los "flashbacks" característicos de los adultos con TEPT.

2.3 DEFINICION DEL TEPT EN NIÑOS

Existe gran número de estudios que dan cuenta de los diferentes síntomas que presentan las personas que sufren de TEPT. Para agrupar los síntomas, diremos que el DSM-IV clasifica al Trastorno por Estrés Post Traumático como un trastorno por ansiedad, siendo esencial para su diagnóstico que la persona experimente, presencie o confronte un suceso que entrañe peligro real o amenaza de muerte o daño severo, o la amenaza a la integridad física propia o de otros. La respuesta debe incluir terror, desamparo y horror intensos. En el caso de los niños, desorganización o conducta agitada (Criterio A).

El diagnóstico requiere también que el suceso traumático se re-experimente o reviva por lo menos en una o más de las siguientes formas (Criterio B):

- ✓ En niños mayores, recuerdos recurrentes e intrusos del suceso que producen sufrimiento, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños, juego repetitivo en el que se expresen temas o aspectos del trauma.
- ✓ Sueños terroríficos sin contenido reconocible.



- ✓ Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolicen o recuerden algún aspecto del suceso traumático
- ✓ Respuestas fisiológicas alteradas al exponerse al mismo tipo de estímulos

El tercer criterio (Criterio C) es la evitación de estímulos asociados con el trauma y el embotamiento de la reactividad general (ausente antes del trauma), indicada por tres o más de los siguientes síntomas.

- 1 Esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el suceso
- 2 Esfuerzos por evitar actividades, lugares y gente que evoquen el trauma
- 3 Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma
- 4 Reducción acusada del interés o participación en actividades significativas
- 5 Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- 6 Afecto restringido (por ejemplo incapacidad para mostrar sentimientos de amor)
- 7 Sensación de que su vida no durará tanto como para llegar a ser adulto

Finalmente, el cuarto criterio (Criterio D) es la presencia de síntomas persistentes de aumento de la activación (no presentes antes del trauma), indicados por dos o más de los siguientes:

- Dificultad para iniciar o mantener el sueño
- Irritabilidad o brotes de ira
- Dificultad para concentrarse
- Hipervigilancia
- Respuesta exagerada de sobresalto

La duración del trastorno debe ser de más de un mes (con un total de al menos, seis síntomas de los criterios B, C y D) y causar malestar clínico significativo o deterioro social, escolar, etc.

Se considera agudo cuando la duración de los síntomas es menor de tres meses, y crónico cuando es de tres o más meses. Asimismo, el trastorno puede ser de inicio demorado cuando han pasado por lo menos seis meses entre el suceso traumático y la aparición de los síntomas. Se diagnostica TEPT parcial si se cumple el criterio A y el de duración, pero se identifican cinco o menos síntomas de los criterios B, C y D (DSM-IV, 1994)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Terr (1991, en Shannon, et al 1994) delincó dos clases de trauma que pueden conducir al desarrollo del TEPT en niños:

- ❖ Trauma tipo I: incluye eventos traumáticos individuales que son sorpresivos e inesperados. ejemplos de este trauma son haber sido víctima de un crimen violento o ser testigo de un homicidio
- ❖ Trauma tipo II: se refiere a la ocurrencia repetida de un evento traumático el cual *frecuentemente es esperado y previsible*. Ejemplos de ello son casos de abuso sexual, abuso ritualístico o abuso físico repetitivo

2.4 SUCESOS ESTRESORES Y FACTORES DE RIESGO

Los desastres exponen a la población normal a una severa amenaza a su vida, a muerte de parientes y a la destrucción masiva de su entorno. Los sobrevivientes experimentan un estado similar al que se vive como consecuencia de otras situaciones traumáticas como una violación o abuso sexual (Deblinger McLeer & Henry, 1990), violencia doméstica y homicidios (Miller, 1999), la muerte repentina de algún miembro de la familia (Richards & Bates, 1997), un secuestro, crímenes o violencia con armas (Cocco & Sharpe, 1993; Pynoos et al., 1987), accidentes industriales, automovilísticos (Jones & Peterson, 1993) o ferroviarios (Selley et al., 1997), combates y haber estado en un campo de concentración, o ser prisionero de guerra (Beall, 1997; Fontana & Rosenheck, 1997), ser rescatista que se enfrente a situaciones abrumadoras (Feldman, 1998) y, por supuesto, ser víctima de desastres naturales como terremotos, erupciones volcánicas, huracanes o inundaciones (Karakashian, 1994) que es el caso que aquí nos ocupa.

Jones y Peterson (1993) agrupan lo que desde su punto de vista son los principales sucesos estresores que provocan TEPT en los niños: secuestro o haber sido rehén, exposición a violencia incluyendo terrorismo, pandillismo, ataques de francotiradores y atrocidades de guerra; víctima o testigo de violación, homicidio y conductas suicidas, abuso sexual o físico, daño accidental severo incluyendo quemaduras y golpes, enfermedades que entrañen peligro de muerte y procedimientos médicos similares, accidentes automovilísticos, de tren, barco o avión y desastres naturales.

Además de la severidad del suceso estresor, donde se ha encontrado una fuerte relación entre el grado de exposición al suceso traumático y el subsecuente ajuste, hay elementos individuales que influyen en la habilidad para enfrentarlo. Garrison, Bryant, Addy, Spurrier, Freddy y Kilpatrick (1995) argumentan

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

que existen datos que sugieren que la edad, el género, el origen étnico, la intensidad de la exposición a un desastre, la previa exposición a otro suceso traumático, eventos indescabables en la vida y pérdidas posteriores a un desastre, pueden afectar la respuesta de niños o adolescentes

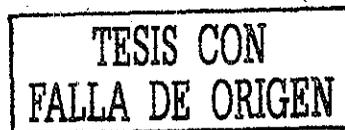
2.4.1. SUCEOS ANTERIORES AL DESASTRE

Se afirma (Garrison et al. 1995) que los aspectos familiares son importantes, ya que los padres que presentan dificultades para procesar sus reacciones emocionales, presentarán también dificultades para ayudar a sus hijos.

Lonigan, Shannon, Pharm, Taylor, Finch y Sallee (1994) mencionan que el desempleo de uno o ambos padres puede provocar más problemas sociales que se reflejan al interior de la familia, lo cual podría exacerbar las reacciones post traumáticas. El hecho de que la pérdida del empleo de los padres acrecienta síntomas como reexperimentar el evento y la hipervigilancia, en lugar del adormecimiento emocional y la evitación en los niños, puede reflejar las reacciones post traumáticas de los padres. Earls (1988) y Handford (1986, ambos en Lonigan et al. 1994) encontraron una relación significativa entre la severidad de los síntomas de los padres y la de los hijos.

Wasserstein y La Greca (1998) realizaron un estudio exploratorio para evaluar los efectos del conflicto parental y el origen étnico en niños expuestos al huracán Andrés, luego de tres meses de ocurrido éste. Participaron 47 niños y 42 niñas que vivían con sus padres. Los niños cursaban de 4º a 6º grados. El 58% eran blancos, el 25% afroamericanos y el 17% hispanos (predominantemente cubano-americanos). Se evaluó la sintomatología del TEPT, la percepción del conflicto parental, su nivel de ansiedad y las experiencias traumáticas relacionadas con el huracán. Se encontró que los niños hispanos que percibían a sus padres como más conflictivos manifestaron mayores niveles de síntomas de TEPT comparados con los niños que percibían a sus padres como menos conflictivos. Esta diferencia no se observó en los niños blancos ni en los afroamericanos. Estos hallazgos son consistentes con lo referido en la literatura acerca del funcionamiento de los niños hispanos, para los que la familia es culturalmente importante (Alvarez & Bean, 1976; Bernal, 1982; Falicov, 1982; Hines et al. 1992; Jalali, 1988; Mindel, 1980; Sue & Sue, 1990, todos en: Wasserstein & La Greca, 1998).

McFarlane (1987, en Shaw et al. 1996) en un estudio con niños supervivientes al incendio de un autobús australiano, demostró que el incremento en el riesgo de desórdenes psiquiátricos a través del tiempo, se relacionaba con disfunciones familiares. A los ocho meses del incendio (McFarlane, 1987, en



Shannon et al. 1994). los padres del 13% de los niños víctimas informaron que sus niños habían tenido pesadillas y jugaban en relación con el fuego, 35% tenían recuerdos del fuego y 43% hablaban acerca de él. A los 26 meses la prevalencia de estos síntomas no había disminuido, sobretodo en los niños definidos previamente como "casos identificados"

Shannon, et al (1994) por otro lado, tomaron una muestra de niños sobrevivientes al huracán Hugo (septiembre de 1989) para investigar: 1) qué proporción de niños exhibían sintomatología post traumática; 2) qué papel jugaba la edad, el género y la raza en la formación de los síntomas; 3) qué proporción de niños cumplían los criterios de diagnóstico de TEPT señalados por el DSM-III-R; y 4) cómo la sintomatología del TEPT afecta el funcionamiento de los niños.

Fueron 5687 niños y adolescentes de Carolina del Sur de entre 9 y 19 años, el 49% hombres; 67.3% blancos, 25.8% afroamericanos, 3.6% asiáticos, 1.4% hispanos y 1.9% de otras minorías étnicas. Los niños se autoadministraron el PTSDRI de Frederick (1985)

Los autores señalan que lo más importante de este estudio es que estableció que el tipo, el número y la severidad de los síntomas post traumáticos experimentados por los niños víctimas del desastre son suficientemente severos para asegurar la presencia del TEPT, muy semejante al diagnóstico que da el DSM-III-R

Se encontraron amplias variaciones en la expresión de los síntomas post traumáticos de los grupos de síntomas y de la presencia o ausencia del síndrome post traumático dependiendo de la raza, el género y la edad del niño. Se observó una mayor propensión de los niños afroamericanos a experimentar anhedonia, dificultades de atención, sensación de presagiar cosas y a estar involucrados en conductas peligrosas o imprudentes, en comparación con los niños blancos y otras minorías

La probabilidad de experimentar síntomas asociados con reacciones emocionales al trauma, resultó mayor en las mujeres que en los hombres. En contraste, más hombres que mujeres experimentaron síntomas relacionados con factores cognitivos o conductuales. En el grupo de adolescentes, la edad no se relacionó con experimentar pesadillas, tener pensamientos repetitivos del trauma, estrés psicológico asociado con pensamientos o recuerdos del trauma, evitación conductual o miedo a la recurrencia del suceso traumático. Por otro lado, las imágenes repetitivas, el aislamiento emocional y la culpa se relacionaron con la edad, aún en el grupo de adolescentes. En el nivel de síntomas agrupados, las diferencias en cuanto a raza, género y edad fueron similares a aquéllas obtenidas en los síntomas individuales de la muestra completa

En general, las mujeres afroamericanas tuvieron mayor probabilidad de presentar positivo cada uno de los 3 grupos de síntomas, mientras que en las mujeres blancas y otras no afroamericanas ocurrió lo

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

contrario. La probabilidad de la presencia del TEPT se relacionó similarmente con el género y la edad, esto es, las mujeres y los niños pequeños mostraron mayor propensión a presentar el trastorno.

Asarnow, Glynn, Pynoos, Nahum, Guthrie, Cantwell y Franklin (1999) investigaron a los sobrevivientes de un terremoto que sacudió el área de Los Angeles California en enero de 1994. Su muestra estuvo compuesta por tres grupos de niños: el primero diagnosticados previamente con depresión, el segundo con déficit de atención por hiperactividad y el tercero hermanos de los anteriores niños, sin ningún diagnóstico de psicopatología. Se plantearon tres hipótesis sugiriéndose que 1) la depresión previa al desastre; 2) los desórdenes de ansiedad pre-desastre y 3) los desórdenes psiquiátricos anteriores al evento son factores de riesgo de las reacciones de TEPT. Además se analizaron la pérdida de recursos de los niños, la exposición subjetiva o el estrés percibido y las habilidades de afrontamiento. Las edades de los investigados fluctuaron entre los 8 y los 18 años, siendo el 60% varones y predominantemente blancos.

Los resultados más sobresalientes fueron los siguientes: 1) un año después del terremoto el 28.6% de los niños reportó síntomas de leve a moderado en el PISDRI que es "Índice de Reacción del Trastorno por Estrés Post Traumático" de Frederick y Pynoos (1985) y que categoriza la severidad en 5 momentos: dudoso, ligero, moderado, severo y muy severo. 2) Estos síntomas se asociaron significativamente con la pérdida de recursos, el estrés percibido, un desorden de ansiedad previo al desastre y el mayor uso de estrategias cognitivas de afrontamiento. 3) Los niños que manifestaron tasas altas de síntomas de TEPT, también refirieron tasas altas de síntomas concurrentes de ansiedad general, síntomas depresivos y problemas de ajuste social con los amigos. 4) Las únicas correlaciones significativas entre los puntajes entre hermanos fueron en las medidas de la exposición objetiva.

Los autores sostienen que con estos datos se comprueba que los síntomas de ansiedad previos al desastre, predicen síntomas de ansiedad después de éste. Se demuestra también que los niños que viven en el mismo hogar, experimentando los mismos eventos objetivos parecen percibir estos eventos de manera diferente y muestran reacciones diferentes. Así la herencia biológica no parece jugar un papel importante en la predicción de las reacciones de los niños. Por otro lado, aparentemente los síntomas de depresión pre-desastre no predijeron los síntomas post traumáticos en los niños de esta muestra, por lo que se sugiere tener cuidado de diferenciar los desórdenes depresivos previos al evento estresor y la depresión que emerge de la exposición a éste.

Se han realizado estudios donde se muestra que niños involucrados en accidentes de tránsito, manifiestan alto grado de malestar que puede durar meses. Aunque existen pocos datos, parece ser que los pequeños presentan los mismos síntomas que muestran los adultos víctimas de accidentes de tránsito, tales síntomas incluyen trastornos afectivos como depresión, ansiedad al viajar y TEPT.

Un estudio realizado por Stallard, Velleman y Baldwin (1998) tuvo como finalidad determinar la prevalencia del TEPT, con base en una evaluación clínica individual en niños y adolescentes de entre 7 y 18 años expuestos a accidentes de tránsito. Se compararon dos grupos: el control compuesto por 166 niños que habían tenido accidentes deportivos, y el experimental con 119 niños con accidentes de tránsito. Se procuró entrevistar al niño sin la presencia de los padres cuando los niños eran muy pequeños y los padres estaban presentes se buscó minimizar su interferencia.

Se encontró que los niños que habían sufrido eventos traumáticos anteriores al accidente, o que lo habían percibido con amenaza de muerte tenían más riesgo de presentar TEPT. Este mismo riesgo se manifestó más en las niñas que en los niños. Comparando el grupo control con el experimental, se observó que 35% de los niños que sufrieron un accidente de tránsito presentaron TEPT, mientras que sólo en 3% de los niños con accidentes deportivos sucedió esto.

2.4.2 SUCESOS DURANTE EL DESASTRE

Como se señaló anteriormente un elemento importante como factor de riesgo para el desarrollo del TEPT es la proximidad al suceso estresor, así, Selley, et al (1997) realizaron una investigación con 187 sobrevivientes de un accidente ferroviario en el sur de Londres, compararon un grupo control que no vivió el accidente, con cuatro grupos que sí lo experimentaron. La diferencia en los grupos fue la proximidad al foco del desastre, desde los que estuvieron en los carros directamente impactados (proximidad 4) hasta los que iban en los carros a los que no les sucedió nada (proximidad 1).

Se les enviaron por correo una serie de cuestionarios (de los 10 a los 22 meses después del accidente). A través de ellos comprobaron mayores síntomas de intrusión y evitación en los grupos expuestos al accidente que en el grupo control. En general este grupo puntuó significativamente más bajo en la "Escala de Impacto del Suceso" que los grupos accidentados.

La severidad del daño físico se asoció significativamente con puntuaciones altas en la escala de impacto del suceso. 30% de los moderada a severamente dañados, mostraron altos niveles de síntomas de intrusión y evitación; 30% de las personas que estuvieron en mayor cercanía al lugar del choque obtuvieron puntuaciones altas en los mismos síntomas, asociados con variables tales como experimentar peligro de muerte, sentirse atrapado y haber visto a alguien muerto. Para aquéllos menos involucrados (proximidad 1) las proporciones de los síntomas fueron similares a los del grupo control. Los autores

mencionan que el principal hallazgo de este estudio fue el vínculo significativo entre las puntuaciones de la escala de severidad del daño y los síntomas a largo plazo del TEPT

Pynoos et al. (1987) en un estudio con niños, se propusieron responder 3 puntos: 1) ¿la proximidad a los actos violentos afectó la respuesta sintomática?; 2) ¿qué efecto tiene para la formación de los síntomas: la edad, el género, el origen étnico, la experiencia de vida previa y el conocimiento de la víctima? y 3) comparar las claves sintomáticas y los perfiles, con lo que se sabía en ese momento sobre el diagnóstico del TEPT

El suceso traumático tuvo lugar en el patio de una escuela primaria de Los Angeles California en 1984, cuando un francotirador mató a un niño y a un transeúnte y dejó heridos a 13 niños más. Un equipo multidisciplinario intervino, realizó entrevistas estructuradas y pidió a los niños que dibujaran y contaran una historia. Se aplicó además el PTSDRI de Pynoos. Fueron 159 niños, 50.3% hombres y 49.7% mujeres; 50% afroamericanos y el resto hispanos. El promedio de edad fue de 9.2 años, fluctuó entre los 5 y los 13 años.

Los investigadores encontraron que el número de síntomas del TEPT aumentó proporcionalmente al grado de exposición al suceso. De acuerdo con el PTSDRI (<7 no TEPT; 7 – 9 leve; 10 – 12 moderado y > 12 severo) el 38.4% de los niños presentó síntomas de moderados a severos, 22% síntomas leves y cerca del 39.6% no presentó TEPT. Con respecto al grado de exposición, de los niños que estaban en el patio de recreo el 48.6% presentó síntomas severos; de los que estaban dentro de la escuela, el 50% síntomas moderados, y de los niños pertenecientes a la escuela pero que no estuvieron presentes en el tiroteo, aproximadamente el 55% no presentó síntomas.

Los 4 síntomas más comunes manifestados por el 70% de los niños fueron: identificación del suceso como un extremo estresante, alterarse al pensar en ello, miedo al pensar en él y miedo de su recurrencia. En contraste, el 30% restante, manifestó experimentar pérdida de interés en actividades significativas, dificultad para poner atención, interferencia con el aprendizaje, distanciamiento interpersonal y culpa.

Se encontró que la severidad de la respuesta sintomática se relacionó con haber conocido a la víctima y con sentimientos de culpa. En contraste, factores como haber vivido un suceso traumático previo o el estar preocupado por un compañero, no resultaron estadísticamente significativos.

Los principales síntomas asociados con el índice de la severidad del trastorno fueron los pensamientos intrusivos, la constricción emocional y la evitación. En este estudio la edad, el sexo y el origen étnico, no influyeron sobre la severidad de la respuesta sintomática.

Otra investigación se llevó a cabo para evaluar el impacto de un terremoto de 6.9 grados Richter que azotó Armenia en diciembre de 1988, teniendo como epicentro la ciudad de Spitak. Goenjian, Pynoos, Steinberg, Najarian, Asarnow, Karayan, Ghurabi, y Fairbanks (1995) estudiaron después de año y medio de ocurrido el percance, a niños de tres diferentes ciudades: Spitak, Gumri y Yerevan, ubicadas a diferentes distancias (de menos a más) del epicentro para estimar sus niveles de estrés post traumático, de depresión y de ansiedad por separación.

Para evaluar el TEPT utilizaron el "Índice de reacción de estrés post traumático para niños" (CPTSD-RI), para la depresión la "Escala de auto-valoración de la depresión" (DSRS) y para diagnosticar el trastorno de ansiedad por separación el "Programa de entrevista diagnóstica para niños y adolescentes" (DICA).

Los hallazgos de esta investigación revelan que la severidad de las reacciones de estrés post traumático luego de año y medio del terremoto, así como los desórdenes de depresión y ansiedad por separación, se asociaron con la proximidad al epicentro. Entre los niños de Spitak y Gumri, los más cercanos y medianamente cercanos al epicentro, se presentaron las reacciones más severas de TEPT de la categoría B: reactividad psicológica a recuerdos, imágenes y sonidos intrusivos, y de la categoría D: dificultad para concentrarse, así como sobresaltarse fácilmente. La culpa, la cual no está incluida en el DSM-III-R como un síntoma del TEPT, fue el síntoma más frecuente entre los niños más cercanos al epicentro (Spitak).

Los niveles de TEPT en las tres ciudades correlacionaron significativamente con los niveles de depresión, teniendo como predictores mayores los siguientes síntomas: imaginación y pensamientos intrusivos y pesadillas (categoría B); bríncos, sobresaltos y desórdenes del sueño (categoría D), de la misma forma que quejas somáticas. Esto sugiere que la depresión es secundaria a la persistencia de los síntomas del TEPT.

Las tasas altas del TEPT en los niños armenios pueden atribuirse a la naturaleza, multiplicidad y extensión de las experiencias traumáticas relacionadas con el momento del desastre y las de los días posteriores. Estas experiencias incluyen amenaza de muerte, ser testigos de la mutilación o muerte de otras personas, haber escuchado quejas de personas que estaban agonizando o llorando por la desesperación y el separarse de sus padres por muchas horas sin tener información de éstos.

Shaw y colaboradores (1995) realizaron una investigación para determinar la prevalencia de la sintomatología del TEPT en el periodo post desastre y la progresión de ésta en el curso del año siguiente de ocurrido el huracán Andrés. Se hizo una comparación con niños de una primaria ubicada en la franja por donde pasó el huracán (alto impacto) y niños de otra primaria del norte de Miami (bajo impacto). Para

evaluar el grado de TEPT se empleó el PTSDRI, que categoriza la severidad como se señaló en: dudoso, ligero, moderado, severo y muy severo

Los autores encontraron que la mayoría de los estudiantes con síntomas post traumáticos (el 87% de los de alto impacto y el 80% de la zona de bajo impacto), mostraron al menos niveles moderados de acuerdo con el PTSDRI. Cuando se compararon ambos grupos en cuanto a edad, género y grupo étnico, no hubo diferencias en la sintomatología. La explicación que dieron a la severidad similar en la sintomatología del TEPT en los niños de bajo impacto, comparados con los que estuvieron en mayor cercanía a la zona de mayor desastre, fue que a los niños de bajo impacto les afectó la presión por la evacuación, el contagio emocional y la incertidumbre de hasta dónde llegaría la tempestad.

Sin embargo, los niños de la zona de alto impacto puntuaron el doble de veces que los niños de la otra zona en los niveles de severo a muy severo. Estos hallazgos apoyan el argumento de que la severidad de la exposición y la proximidad al ojo de la tormenta, tienen relación con el grado de estrés post traumático. Situación similar fue la que encontraron Sharan et al (1996) luego de estudiar a sobrevivientes del terremoto de la India, sugiriendo que el desastre tiene un papel etiológico en la ocurrencia de desórdenes como el TEPT.

Los resultados de un estudio de Selley et al (1997) sugieren que los síntomas de estrés post traumático continúan a lo largo del tiempo, además confirman lo hallado por Sharan et al (1996) y Shaw et al (1995) acerca de que los síntomas a largo plazo se relacionan estrechamente con el nivel de impacto del evento estresor.

Además de la proximidad al suceso traumático, se han estudiado otros factores de riesgo que podrían explicar la aparición del TEPT. Lonigan et al. (1994) por ejemplo, examinaron en la misma muestra del estudio de Shannon et al (1994) la influencia de las variables individuales y de las variables relativas a la exposición al huracán Hugo sobre el desarrollo de síntomas de TEPT. Fueron 5687 adolescentes divididos en tres grupos: preadolescentes (9-12 años); adolescentes tempranos (13-15) y adolescentes tardíos (16 o más años) a quienes pidieron que se autoaplicaran el índice PTSDRI y una escala para medir la ansiedad (RCMAS).

Los autores encontraron que las reacciones post traumáticas de los niños se relacionaban con su experiencia del impacto del huracán. Los síntomas: reexperimentar el suceso e hipervigilancia se asociaron más con los informes de los niños de la severidad del suceso, el grado de daño a su casa, el continuar sin vivienda y el que el o los padres hubieran quedado desempleados. En contraste, los síntomas asociados con el adormecimiento emocional y la evitación se vincularon menos con la severidad experimentada del huracán y el daño al hogar. Un patrón de resultados similar se encontró al examinar los síntomas con los criterios del DSM-III R.

Los resultados de este estudio parecen indicar que la tendencia de los adolescentes a experimentar ansiedad y emociones negativas, juega un papel importante en el desarrollo del fenómeno post traumático después de un desastre de la magnitud del huracán Hugo sobre todo en los síntomas asociados con la hipervigilancia. La experiencia emocional de los chicos durante el huracán también representa un riesgo de reacción post traumática.

Las reacciones emocionales inmediatas al evento traumático son, al parecer, los factores más significativos en el desarrollo de secuelas post traumáticas subsecuentes, porque reflejan una interacción entre la severidad del trauma y características disposicionales del niño. Es probable que los niveles altos de emocionalidad negativa en los chicos estudiados correspondan en parte a haber visto amenazada su vida.

Pynoos et al (1987) en investigaciones con adultos y con niños, han identificado el miedo a algún daño y el ver amenazada la vida como factores de riesgo para el desarrollo de reacciones post traumáticas severas. Estos autores hallaron que los niños más directamente amenazados por el ataque del francotirador a la escuela, presentaron más síntomas de entumecimiento emocional y evitación. En la presente muestra (Lonigan et al, 1994) los altos niveles de tristeza durante el huracán fueron el factor de riesgo más importante para alcanzar el criterio del DSM-III-R en los síntomas de adormecimiento emocional y evitación, más aún que los factores de impacto del huracán u otros aspectos emocionales.

Las mujeres así como los adolescentes de menor edad, refirieron más rasgos de ansiedad, más afectos negativos y más miedo durante el huracán.

Los niños con más rasgos de ansiedad mostraron mayor propensión a experimentar hipervigilancia. Los que tuvieron un mayor nivel de exposición en términos de la severidad percibida del huracán y el daño a su casa, experimentaron más pensamientos repetitivos, intrusivos y desconcertantes e imágenes repetitivas del suceso. Los niños que informaron niveles más altos de emotividad negativa durante el huracán, específicamente tristeza, experimentaron mayor adormecimiento emocional, aislamiento y evitación (Lonigan et al, 1994).

Shaw et al (1995) coinciden con los anteriores estudios al señalar como los principales factores de riesgo para la sintomatología del TEPT a los siguientes: proximidad a la zona de impacto, daño personal o el ser testigo del daño o la muerte de algún familiar, psicopatología anterior, amenaza a la vida, ambiente familiar, edad, género, ansiedad preexistente y depresión, así como separaciones previas.

2.4.3 SUCESOS POSTERIORES AL DESASTRE

Un estudio con 400 pares de adolescentes y 1 de sus padres sobrevivientes al huracán Andrés 6 meses después de ocurrido éste, tuvo como finalidad estimar la prevalencia del TEPT en la comunidad de adolescentes, así como comparar las tasas de sintomatología de TEPT de acuerdo con el género y el origen étnico, para describir la relación del TEPT con las experiencias durante y después del desastre. Se les entrevistó telefónicamente durante 40 minutos, focalizándose en las experiencias durante el desastre y sus reacciones emocionales, las pérdidas relacionadas con el desastre, la exposición a lo largo de su vida a eventos traumáticos o violentos, las experiencias estresantes recientes y la sintomatología psiquiátrica, mediante una versión modificada del Programa de 'Entrevista Diagnóstica' para evaluar el TEPT. Fueron 189 adolescentes hombres y 211 mujeres; 44% hispanos, 33% afroamericanos y 19% blancos, con una edad promedio de 14.5 años.

Un mayor número de mujeres alcanzó cada uno de los criterios de diagnóstico, tasas más elevadas de TEPT en comparación con los varones. Las tasas de TEPT fueron más altas entre afroamericanos e hispanos, en comparación con otros no hispanos y blancos. Más afroamericanos alcanzaron cada uno de los criterios del diagnóstico que los otros grupos étnicos.

Los resultados también indicaron que a mayor edad, el ser mujer, el sentirse inseguro y el miedo por la seguridad de otros durante la tormenta, la pérdida de los recursos personales y sociales, la exposición a sucesos traumáticos o violentos y eventos indeseables de la vida después del huracán, fueron variables que correlacionaron significativamente con el TEPT (Garrison et al., 1995).

Shaw, Applegate y Schorr (1996) decidieron explorar el curso de la sintomatología del TEPT en la población del anterior estudio de Shaw et al. (1995). Lo que observaron fue un decremento progresivo en las puntuaciones de "muy severo", ligeros cambios en la puntuación "moderada", e incremento en la categoría de "dudoso-ligero". Asimismo observaron que la reducción del TEPT fue mayor en los niños que en las niñas. Los autores señalaron que, el hecho de que el 70% de los niños hayan mostrado sintomatología de moderada a muy severa a los 21 meses de la ocurrencia del huracán Andrés, habla de los estresores asociados con los efectos secundarios de la devastación y de la presencia de remanentes traumáticos (1995). Se dice que una de las consecuencias del huracán es la destrucción de la infraestructura de la comunidad, que a su vez produce un alto índice de desempleo, viviendas inhabitables, éxodo de población, pérdida de electricidad, teléfonos y del sistema de apoyo logístico, provocando ánimo pesimista en las personas (1996).

Un aspecto importante en la investigación de Shaw et al (1995) es el hecho de que de los tres a los cinco meses que siguieron al huracán, las puntuaciones de TEPT aumentaron sustancialmente en la población de alto impacto, para disminuir nuevamente a los 9 meses. Se cree que esto se debe a los efectos de los estresores secundarios de la devastación, al daño en la comunidad y a los problemas que había que resolver durante el período de recuperación (Sharan et al., 1996; Shaw et al., 1995).

De la misma forma, la persistencia de síntomas de TEPT luego de año y medio de ocurrido el terremoto en Armenia puede estar relacionada con múltiples adversidades posteriores a éste, lo cual exacerba los síntomas o interfiere con su resolución. Las adversidades en Armenia incluyeron separación de los miembros de la familia, pérdida de empleo y casa; sobrepoblación en la vivienda, pérdida de los servicios comunitarios, comida, gasolina y apoyos médicos limitados (Goenjian et al., 1995).

La Greca et al (1996) realizaron por su parte otra investigación para identificar los diferentes factores que posibilitan el TEPT en niños, durante el año siguiente a la ocurrencia del huracán Andrés, así como los cambios en las reacciones a lo largo del tiempo. Se basaron en un modelo conceptual integrativo que incluye: 1) las características del estresor y las experiencias relacionadas con éste; 2) las características del niño incluyendo variables como género, origen étnico y edad; 3) el ambiente post desastre que incluye a la familia, las relaciones de apoyo y las intervenciones relacionadas con el desastre; 4) las habilidades de afrontamiento, que son un producto del nivel del trauma sufrido, las características personales y las características situacionales; y 5) la intervención de eventos estresantes de la vida, como muerte o separación de los padres. Fueron 442 niños a los que se les evaluó con el PTSDRI, 3, 7 y 10 meses después del huracán.

En cuanto a los síntomas del TEPT a lo largo del tiempo, éstos disminuyeron. Sin embargo una proporción de niños continuó con niveles altos (de moderado a muy severo) a los 7 y a los 10 meses de ocurrido el huracán. Los niveles altos de sintomatología del TEPT se encontraron en los niños que habían percibido amenaza a su vida y en aquéllos que habían continuado viviendo eventos disruptivos o de pérdida 7 meses después del huracán. Los niños manifestaron niveles moderados de apoyo social 3 meses después del huracán, siendo el mayor apoyo el de los padres y los amigos cercanos, y el menor apoyo, los compañeros de escuela. Los que tuvieron menor apoyo social y las minorías étnicas puntuaron más en el PTSDRI, así como los que utilizaban como habilidades de afrontamiento: "pensamiento deseoso", culpa, enojo, retiro social y lo que llamaron afrontamiento positivo. Los datos sugieren que los niños que presentan síntomas tempranos son los que tienen mayor riesgo de mantener los síntomas con el tiempo.

En comparación con el grado de exposición al evento, las características demográficas del niño predijeron con modestia los síntomas. Caso contrario ocurrió con los sucesos mayores vividos por el niño.

en los meses siguientes al huracán. mismos que contribuyeron significativamente a que continuara la sintomatología del TEPT y, más aún, aumentara

El estudio de Shaw et al. (1996) coincide con los resultados de otras investigaciones (Gocnjian et al., 1995; La Greca et al., 1996; Sharan, et al., 1996) que encontraron que el ser del sexo femenino es un factor de riesgo para presentar TEPT, así como para tener un pronóstico de recuperación menos alentador. Parece que existen diferencias dependiendo del género para manifestar el impacto del suceso estresor, ya que mientras que en la mayoría de los estudios las niñas presentan niveles altos de TEPT, en los resultados de Shaw et al. (1996) los niños presentaron índices mayores que las niñas en cuanto a ansiedad, depresión, problemas sociales y problemas de atención. Green, Grace, Vary, Kramer, Gleaser, Leonard y Korol (1991 y 1994, en Shaw, et al., 1995 y 1996) al estudiar el desastre de Buffalo Creek encontraron dos años después de ocurrido éste, que el 37% de los niños y adolescentes presentaban un probable diagnóstico de TEPT; 17 años después 7% de los evaluados tenían TEPT siendo todas mujeres. Shannon et al. (1994, en Shaw, et al., 1995 y 1996) en un estudio a más de 5000 niños y adolescentes de entre 9 y 19 años, encontraron 3 meses después del Huracán Hugo, que el 5% tenía un diagnóstico de TEPT siendo en su mayoría mujeres y niños pequeños.

Aunque los datos son escasos en cuanto al origen étnico, los niños afroamericanos y otras minorías parecen registrar mayores síntomas de TEPT que los niños blancos (La Greca et al., 1996). Es importante señalar que el origen étnico frecuentemente guarda relación con el grado de estudios alcanzado, el nivel cultural y con los ingresos económicos de la familia, lo cual puede significar que las minorías étnicas puedan tener menos recursos en comparación con otros grupos poblacionales, no sólo en el aspecto económico sino en el personal, lo que tiende a limitar el adecuado afrontamiento a situaciones que escapan al control del individuo, como es el caso de un desastre, de ahí probablemente los resultados encontrados en las investigaciones antes citadas.

A continuación se describirán diferentes aproximaciones teóricas que buscan dar una respuesta al TEPT, cabe destacar que dependiendo del punto de vista desde el cual se trabaje, será el tipo de tratamiento que se ofrezca a la sintomatología del trastorno.

CAPITULO 3

TEORIAS Y TERAPIAS

3.1 EL TEPT BAJO DIFERENTES MARCOS TEORICOS

Un mismo evento puede describirse de diferentes maneras dependiendo del lugar donde se realice la observación, así el Trastorno por Estrés Post Traumático ha recibido diversas explicaciones de acuerdo a la postura teórica que se tenga. enseguida se mencionarán algunos puntos de vista con relación al TEPT

Karakashian (1994) señala que desde la perspectiva psicoanalítica, el propósito de la terapia es entender la percepción del mundo del paciente en términos de las constelaciones traumáticas tempranas para comprender el uso de las adaptaciones y defensas infantiles que son inapropiadas y autodestructivas en el momento presente. A través de esta terapia los pacientes aprenden nuevas técnicas que pueden incorporarse a las funciones del ego. Se considera la contratrasferencia terapéutica como una herramienta útil para el entendimiento del paciente y del terapeuta y para mejorar el trabajo terapéutico

McCann (en Beall, 1997) desde una teoría constructivista del desarrollo individual, en donde se combinan las relaciones objetales, la propia psicología y las teorías de la cognición, señala que el trauma es el resultado de un complejo proceso que incluye los significados personales y las imágenes del evento que se extienden a lo más profundo de la experiencia de la persona acerca de sí misma y del mundo, y que resulta en una adaptación individual. Así la premisa fundamental de esta aproximación es que los seres humanos crean activamente sus modelos representacionales del mundo y en este caso del evento traumático

Sullivan y Everstine (1992) por su parte, argumentan que la mayoría de las víctimas de sucesos traumáticos raramente llegan a ellos estando preparados, que casi nadie tiene la capacidad para enfrentar un acontecimiento de gran magnitud sin recibir apoyo de los demás. Considera que una de las principales funciones del psicoterapeuta en el tratamiento de una víctima de un desastre, es ayudarla y estimularla a pasar por el ciclo de respuesta y recuperación del trauma, de modo que favorezca una conducta sana y adaptativa. El objetivo es ayudar a la persona a recuperarse, ya que si no se recibe atención o tratamiento, pueden producirse problemas psicológicos que se irán arrastrando a lo largo de la vida.

Loza (1988) al cuestionarse qué es lo que ocasiona la diversidad de respuestas a un mismo evento estresor, argumenta que la conducta y sus efectos son el producto de cogniciones, hipótesis y creencias, por lo tanto el estrés es un proceso determinado por evaluaciones subjetivas, hasta el grado de ser posible que haya una ruptura entre las cogniciones del sujeto y las amenazas objetivas, "aún cuando el estímulo

represente de forma clara una amenaza de tal magnitud que todo el mundo lo considere peligroso, todavía habrá variaciones individuales" (Lazarus & Folkman, 1991 en Loza, 1988, p. 34)

La misma autora (1988) sostiene que cuando el individuo enfrenta una situación estresante lo hace mediante estrategias de afrontamiento, las cuales son conductas protectoras que pueden ser cognitivas o conductuales y tienen la finalidad de disminuir el significado estresante de un acontecimiento

Lo cognitivo según Slaikeu (1984) se refiere al rango completo de pensamientos y particularmente a las auto sentencias que la gente se dice a sí misma acerca de sus conductas, sus sentimientos, su funcionamiento físico, etc. La terapia cognitiva evalúa las imágenes mentales así como los procesos de pensamiento en el ámbito verbal y conceptual

Keane et al (1985, en Ochotorena, 1995) proponen un modelo explicativo conductual para la presentación del TEPT. según estos autores, las personas con el trastorno habrían desarrollado respuestas condicionadas de ansiedad mediante la asociación del evento traumático con estímulos neutros presentes en ese momento, generando una generalización posterior a otros estímulos del ambiente. De acuerdo con este punto de vista, las conductas de evitación serían conductas que buscarían reducir o eliminar la presencia del estímulo condicionado aversivo. La evitación y el no afrontamiento al estímulo aversivo impide la extinción y mantiene los síntomas.

Desde el enfoque cognitivo Fairbank, Hansen y Fitterling (1991, en Ochotorena, 1995), señalan que al parecer los individuos con TEPT no pueden controlar ni predecir la aparición de los recuerdos estresantes y negativos relacionados con el trauma y tienen menos capacidad para el control de los mismos

Se dice que los sueños diurnos y nocturnos y cualquier imagen mental que sigue al evento estresor, frecuentemente da indicios de lo que el suceso traumático significa para la persona y ayuda a su entendimiento. Otra premisa de las terapias cognitivas es que las reacciones emocionales a los eventos de la vida dependen de las interpretaciones cognitivas, las evaluaciones y las creencias. En el paradigma de la personalidad A-B-C de Albert Ellis (1974, en Slaikeu, 1984) una reacción emocional tal como depresión o culpa (C) no es la causa de un evento externo (A), sino de los pensamientos que intervienen (B) acerca del evento. Shulman (1973, en Slaikeu, 1984) sugiere que nuestras convicciones acerca de la vida sirven como planos cognitivos que guían la percepción y la conducta. Algunos terapeutas cognitivos postulan que los errores cognitivos, los conceptos erróneos, las ideas irracionales y las creencias defectuosas contribuyen a la psicopatología

Nathan, Witte y Langenbucher (1992) señalan que "la modificación cognoscitiva de la conducta es un método mediacional de la psicopatología, en el que se concede gran importancia a los procesos

cognoscitivos que intervienen para mantener (y modificar) la conducta problemática. Los objetivos principales de este tratamiento son realizar modificaciones cognoscitivas y alterar las contingencias externas de modo que se favorezca el cambio de conducta (p 584)

El enfoque cognitivo conductual retoma los conceptos básicos del conductismo (estímulos antecedentes, discriminaciones, reforzamiento positivos y negativos, extinción, etc.), pero lo complementa con elementos cognitivos. Esto implica las consideraciones de eventos internos como pensamientos, sentimientos, recuerdos y sensaciones. Se afirma que la perspectiva cognitivo conductual presenta amplias posibilidades clínicas, ya que los procesos cognitivos son factores permanentes que influyen en la actividad de cualquier sujeto. Se filtran de manera selectiva los aspectos ambientales y la construcción de experiencias, la anticipación de eventos y la distorsión en la percepción que se tiene de ellos (Mahoney, 1983)

Este enfoque tiene cuatro características principales:

- 1 La conducta es un proceso continuo o multidireccional de retroalimentación entre el individuo y la situación en la que se encuentra
- 2 En este proceso de interacción el individuo se considera como un agente activo
- 3 En cuanto a los aspectos de la persona en interacción, parece que los factores cognitivos resultan importantes en la aparición de las conductas
- 4 En cuanto a las situaciones, la significación psicológica de la situación constituye para el individuo uno de los factores causales más importantes (Rodríguez & Talavera, 1992)

Los psicólogos cognitivo conductuales se preocupan por determinar cómo y en qué condiciones los eventos cognitivos afectan la conducta, por lo tanto el objetivo central de éstos es lograr que la persona participe activamente en la resolución de sus problemas (Fernández & Carrales, 1979)

En las últimas décadas la terapia cognitivo conductual ha sido una de las modalidades de terapia de mayor crecimiento y popularidad, actualmente existen aproximadamente 20 estilos de terapia basadas en este enfoque, una de ellas es la desarrollada por Aaron T. Beck, quien enfatiza el interés por la interacción en cinco elementos: 1) ambiente (incluye la historia evolutiva y cultural), 2) biología, 3) afecto, 4) conducta, y 5) cognición

Además de los factores biológicos y ambientales, esta terapia entiende que la personalidad está formada por creencias centrales y que éstas se desarrollan tempranamente como resultado de las experiencias personales y las influencias de los padres y la sociedad, constituyendo la base para codificar, categorizar y evaluar experiencias durante el curso de la vida (Dattilio & Padesky, 1995)

Enseguida se reseñará más ampliamente los tratamientos que se han dado a personas con TEPT

3.2 TRATAMIENTOS PARA EL TEPT

Existe un gran número de tratamientos que desde diversas aproximaciones científicas se han propuesto para personas que sufren los síntomas del TEPT. De acuerdo con Pynoos, Steinberg y Goenjian (1996) los tipos de intervenciones para este trastorno son básicamente: aproximaciones psicoeducacionales, entrenamiento de habilidades sociales, terapia psicodinámica, terapia cognitiva conductual, terapias farmacológicas, asistencia educacional, e intervenciones que remedien los disturbios del desarrollo. Se dice también que el tratamiento con mayor frecuencia consta de psicoterapia individual y/o familiar, reuniones de grupo con otros enfermos de TEPT y a veces medicamentos (www.noah.cuny.edu/sp/illness/mentalhea). A continuación se abundará en algunos de los tratamientos mencionados.

Tomemos por ejemplo los tratamientos médicos como el que emplearon Goenjian y Yerhuda (1996), quienes evaluaron a chicos víctimas del terremoto de Armenia en el '88 y en los cuales encontraron cambios diurnos asociados a la severidad de los síntomas del TEPT, luego de un tratamiento de supresión de cortisol (hormona que regula el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas, proteínas, agua y electrolitos en el cuerpo humano), seguido de la administración de una sustancia llamada dexametasona. Se dice que los medicamentos más usados para tratar los síntomas del trastorno incluyen antidepresivos, litio, ansiolíticos, bloqueadores beta, clonidine y otros (www.noah.cuny.edu/sp/illness/mentalhea).

Otra investigación (Ironson et al. 1997) examinó el impacto y la relación entre la exposición al huracán Andrés, síntomas del TEPT y medidas de inmunidad. Se tomaron muestras de sangre y se aplicaron cuestionarios de 1 a 4 meses después del huracán a una comunidad de voluntarios que vivieron el suceso. A través del cuestionario, la muestra informó niveles altos de sintomatología del TEPT (el 36% todos los grupos de síntomas y el 76% al menos un grupo) y 44% puntuó un rango alto en la Escala de Impacto del Suceso. De las variables relacionadas con haber experimentado el huracán (daños, perjuicios, amenaza a la vida y pérdida), la pérdida correlacionó altamente con el TEPT. De las 5 medidas de inmunidad estudiadas, la citotoxicidad de muerte celular natural ("NKCC", Natural Killer Cell Cytotoxicity), fue la única que se relacionó significativamente con el daño y las variables psicológicas: pérdida, pensamientos intrusivos y TEPT. El conteo de células blancas en sangre (WBCs) se relacionó positivamente con el grado de la pérdida y el TEPT experimentados. Las medidas anteriores apoyan estudios donde se encontró un incremento de síntomas somáticos después del huracán. En general, los resultados de inmunidad difirieron respecto a los controles después del suceso estresor. Los pensamientos intrusivos y el TEPT se relacionaron con lo más bajo de la citotoxicidad (NKCC); la pérdida producida

por el suceso correlacionó con los síntomas post traumáticos y las medidas de inmunidad (NKCC y WBC).

Davidson y Foa (1991) afirman que muchas clases de medicamentos se pueden usar en el tratamiento de personas con TEPT, por ejemplo antidepresivos como el inhibidor tricíclico y la monoamina oxidasa (triciclic and monoamine oxidase-inhibitor antidepressants), se utilizan particularmente cuando los síntomas del TEPT acompañan a la depresión. Inhibidores serotonina-reuptake (serotonin-reuptake inhibitors) tales como la fluoxetina, son efectivos en la reducción de la hipervigilancia y de los síntomas intrusivos. Los ansiolíticos pueden ayudar a reducir sobretodo los síntomas de ansiedad. Aunque menos frecuentemente, los medicamentos antipsicóticos pueden minimizar los recuerdos intrusivos severos.

Hablando de otro tipo de tratamientos Bisbey y Bisbey (1998) señalan que Frank Gerbode en 1986 desarrolló el enfoque llamado "Reducción del Incidente Traumático" (RIT) con un modelo psicodinámico. En este caso, la reducción se define como el que la persona no califique más en el diagnóstico de TEPT. Los conceptos centrales del RIT incluyen: exponer repetidamente al cliente al recuerdo del suceso traumático, estructuración de una sesión utilizando procedimientos de trabajo sobre el evento traumático o grupo de eventos, hasta alcanzar la resolución. Todas las técnicas relacionadas con este modelo siguen los mismos principios básicos:

- ✓ Repetición como una forma de facilitar la descarga de emociones negativas y llegar al "insight"
- ✓ Una postura de no enjuiciamiento y no interpretativa por parte del consejero
- ✓ Técnicas estructuradas que son hechas con base en preguntas e instrucciones
- ✓ El uso de un punto definido para determinar cuándo termina la sesión
- ✓ El uso de habilidades de comunicación específicas

La RIT puede ser de dos formas: presentación del incidente, y temática. En la presentación del incidente o RIT básica, se comienza con un incidente definido conocido. En la RIT temática se comienza con un sentimiento, una sensación física o una actitud, que puede ser parte de muchos incidentes. Todos los incidentes tienen temas que comparten y temas que los conectan con otros incidentes. Los incidentes pueden asociarse por medio de similitudes en el contenido, ideas ambientales y conexiones temáticas. Lo que hace la sesión "básica" o "temática" es dónde el cliente comience, desde un incidente específico o desde un tema.

En el campo del trabajo de trauma, se está de acuerdo en que los métodos que mejor capacitan al cliente para resolver las experiencias traumáticas, usualmente incluyen algunas formas de exposición a los

recuerdos traumáticos y a las emociones, pensamientos y sensaciones asociadas con esos recuerdos. Por exposición entendemos que al cliente se le pide volver a ver sus recuerdos traumáticos y hablar acerca de ellos, actuarlos o hacer algún trabajo artístico para expresarlos. Muchas formas de trabajo basadas en la exposición incluyen que la persona examine sus recuerdos a profundidad. En la RIT, esta exposición va acompañada de que el cliente vuelva a ver el trauma de manera silente desde el comienzo hasta el final y entonces diga al consejero lo que sucedió. Al cliente se le pide hacer esto repetidamente hasta lograr el punto deseado (Bisbey & Bisbey, 1998).

Continuando con la línea de tratamientos desde la perspectiva psicoanalítica, Karakashian (1994) realizó un estudio en un grupo de terapeutas que apoyaron a los sobrevivientes del terremoto de 1988 en Armenia. Encontró que los investigados experimentaron negación de emociones, pérdida de gusto por sus actividades cotidianas y por sus anteriores áreas de interés y reexperimentaron momentos e incidentes relativos al suceso, tuvieron trastornos del sueño, culpa por no haber ayudado lo suficiente, ansiedad y ánimo depresivo. Algunos no querían regresar al lugar del trauma para continuar trabajando con los pacientes, al mismo tiempo que refirieron una tendencia a evitar revivir la experiencia traumática. Algunos manifestaron sentirse maravillosamente después de haber trabajado con los sobrevivientes, pero al mismo tiempo sentían culpa por sentirse tan bien. Al evaluarlos en términos del TEPT, se encontró que 18 de los 25 participantes cumplieron los criterios determinados por el DSM-III-R. El tratamiento fue un proceso de experiencia grupal donde manifestaron sus emociones y sentimientos en términos de la contratransferencia de los participantes. De acuerdo con esta autora y los estudios reportados por ella (Pines, 1986) se reconoce a la contratransferencia como una herramienta efectiva en el trabajo con mujeres supervivientes al holocausto. En el trabajo con los terapeutas de Armenia, se observó una reducción de algunos de los síntomas en el curso de siete sesiones de terapia grupal.

Fontana y Rosenheck (1997) realizaron un estudio para investigar la efectividad de otros 3 diferentes modelos de tratamiento psicoterapéutico, así como el costo de cada uno de éstos. Refieren como antecedente, que a finales de los 70's (del siglo pasado) se comenzaron a establecer en los Estados Unidos los primeros programas especializados en tratar el TEPT en veteranos de guerra, en forma de unidades especializadas para pacientes con TEPT.

Participaron en esta investigación 785 veteranos de guerra: 333 pertenecientes a unidades donde se trataba a largo plazo el TEPT; 222 a unidades donde se trataba a corto plazo y con terapia breve y 230 pertenecientes a unidades de tratamiento psiquiátrico no especializado. Infortunadamente los autores no describen en qué consistieron los diferentes tipos de tratamiento, sólo reportan los días que los pacientes tuvieron que estar en lista de espera y los días que permanecieron en el programa respectivo. Así, del grupo a largo plazo estuvieron en promedio, 108 días en espera y 101 días en el tratamiento; los tratados

con terapia breve. 28 días en lista de espera y 37 días en tratamiento, mientras que los pertenecientes a unidades de tratamiento psiquiátrico no especializado sólo esperaron 10 días en la lista y estuvieron 30 días en tratamiento. Todos los participantes fueron hombres de 45 años en promedio. 74.3% fueron caucásicos, 15.6% afroamericanos; 4.6% hispanos y 5.5% de otros grupos étnicos.

Los resultados mostraron que el tratamiento dado por las unidades especializadas en TEPT a largo plazo fue 82.4% y 53.5% más caro que el tratamiento de las unidades de terapia breve y las de psiquiatría general respectivamente, además de que no se asoció con la obtención de ganancias adicionales en la reducción de síntomas o en el funcionamiento social de los participantes. El tratamiento de las unidades de TEPT a largo plazo de hecho se asoció con algunas pérdidas en esas áreas. Por otro lado, los veteranos tratados en las unidades de evaluación especializada y terapia breve mostraron una reducción en los síntomas del TEPT y una mejoría en el funcionamiento social durante el año siguiente de terminado el tratamiento. Además, las unidades de TEPT a corto plazo fueron menos caras que las unidades de psiquiatría general y mucho menos caras que las unidades de tratamiento a largo plazo de TEPT. La poca evidencia de mejoría en los programas de pacientes con TEPT tratados a largo plazo, las indicaciones de la alta satisfacción y la mejoría evidente en las unidades que trabajaron bajo programas de terapia breve, sugiere que la reestructuración sistemática de los tratamientos para veteranos con TEPT puede facilitar la efectividad de los servicios para una población mayor de veteranos.

En este sentido, Loza (1995) sostiene que la práctica de la psicoterapia breve exige del terapeuta partir de hechos sólidamente asentados y de hipótesis fundamentadas. Este tipo de psicoterapia cumple sus fines en un corto plazo que va de una a seis sesiones, aunque dependiendo del autor es que se maneja la cantidad. Por ejemplo, señala la misma autora que para Casteinuovo son de 10 a 25 sesiones, o para Malan van de 40 a 50. De Shazer (1986) por su parte ofrece un límite de 10 sesiones en su Instituto de Investigaciones Mentales (conocido como "MRI") en Palo Alto, California. Bellak y Siegel (1988) a este respecto señalan que por cuestiones prácticas lo mejor son cinco o seis sesiones, debido a que los pacientes externos no desean regresar a más sesiones, tal vez por sus experiencias negativas en tratamientos médicos.

La aproximación de tratamiento breve es más adecuada para individuos con buen funcionamiento relativo, que se han expuesto a algún suceso traumático discreto. Para individuos expuestos a múltiples sucesos traumáticos, tales como ser veteranos de guerra, para individuos que tienen serias psicopatologías previas al trauma y para aquéllos que presentan síntomas crónicos muchos años después del evento, las intervenciones breves usualmente no son apropiadas (Wilson, Harel & Kahana, 1988).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Charles Figley (en Bisbey & Bisbey, 1998) uno de los más reconocidos expertos en el campo del estrés traumático, es uno de los que cree que es posible "curar" o resolver el TEPT, y que el tratamiento de corta duración ha probado ser bastante exitoso en muchos casos

En 1997 Chemtob, Tomas, Law y Cremniter evaluaron si un tratamiento de psicoterapia breve reducía el estrés posterior (seis meses después) a la exposición al tifón Iniki ocurrido en Hawaii. Se aplicó la Escala de Impacto del Evento a dos grupos, antes y después de participar en una intervención breve grupal, dicha intervención estuvo destinada a ventilar los sentimientos, normalizar las respuestas y educar acerca de las reacciones psicológicas normales ante un desastre, todo dentro del contexto del apoyo grupal. Para dar un control parcial del paso del tiempo, el pre test del segundo grupo se dio de manera concurrente al post test del primer grupo. Lo que se encontró fue que ambos grupos mostraron una reducción en las medidas de la Escala de Impacto del Suceso después del tratamiento. Con ello se da un apoyo empírico a los datos que hablan de la efectividad de las intervenciones psicológicas breves y de la factibilidad de investigaciones en ambientes post desastre.

Continuando con las diferentes estrategias destinadas a mitigar el TEPT, pero en este caso dirigidas a niños, a los tres años de ocurrido el terremoto en Armenia, Goenjian, Karayan, Pynoos, Minassian, Najarian, Steinberg y Fairbanks (1997) decidieron evaluar la efectividad de una psicoterapia breve focalizada en el trauma y el dolor, comparando los síntomas de TEPT y de depresión antes y después de la intervención. Los resultados de su anterior estudio (1995) les sirvieron como pre-test. En esta nueva investigación participaron 64 niños de la ciudad de Gumri expuestos al desastre de 1988.

El programa de intervención incluyó sesiones de psicoterapia de grupo y psicoterapia individual. Los chicos recibieron 4 horas y media de sesiones grupales y un promedio de una hora de sesión individual. Los niños más sintomáticos recibieron arriba de 4 sesiones individuales. El tratamiento completo tardó un período de 6 semanas.

La sesión inicial constó de una discusión general acerca de las experiencias de los chicos en relación al terremoto y los problemas que tenían en ese momento, seguido de un período durante el cual los terapeutas conversaban con los niños y comenzaban la actividad focalizada en el trauma. Al final de la sesión, el terapeuta resumía y conducía una discusión con el grupo. Para la actividad focalizada en el trauma se les pedía a los niños que dibujaran algo relacionado con sus experiencias del terremoto, con sus familias, con la ciudad antes del terremoto y cómo se imaginaban la ciudad en el futuro. Esta actividad se realizó para explorar lo que los niños imaginaban y evitaban con respecto al trauma, sus recuerdos, emociones, distorsiones y omisiones. Subsecuentemente, se alentó a los estudiantes a tener pensamientos constructivos y a planear acciones constructivas. El trabajo enfocado a los aspectos traumáticos fue seguido de una discusión sobre las pérdidas y el dolor que sentían, ello para incrementar la conciencia del

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

grupo de los aspectos que compartían acerca del duelo, incluyendo las creencias erróneas, las fantasías y las preocupaciones sobre los recuerdos de las últimas interacciones con sus otros significativos. La discusión tuvo como objeto cambiar la imagen que tenían de sus familiares en el momento de la tragedia a una imagen más cercana a cuando se encontraban vivos.

Se asistió a los niños en la resolución de problemas relacionados con familiares y compañeros, en el manejo de la agresión, en el mejoramiento de su rendimiento académico, etc. Se utilizaron técnicas de relajación y se exploraron otras formas en que ellos lograran relajarse. Durante las sesiones individuales se trabajó con mayor profundidad lo relacionado con los momentos traumáticos y su asociación con el estrés que aún experimentaban, así, a partir de los recuerdos traumáticos, el terapeuta y el chico podían evidenciar el significado de éstos en el contexto de ese momento. Posteriormente los sucesos más traumáticos se reconstruyeron, el terapeuta pidió a los chicos considerar las oportunidades perdidas y les ayudaron a desarrollar estrategias de afrontamiento.

Este estudio demostró que la psicoterapia breve focalizada en el trauma y el dolor es efectiva para reducir la severidad de los síntomas de estrés post traumático y para prevenir que los síntomas de depresión empeoren entre los chicos expuestos al desastre. Los resultados también demuestran la aplicabilidad de las aproximaciones terapéuticas occidentales en una cultura no occidental (cabe señalar que los terapeutas fueron estadounidenses). Además, se encontró que los síntomas de depresión y TEPT de los chicos no sometidos a tratamiento empeoraron a través del tiempo. Estos resultados apoyan el uso de las intervenciones terapéuticas para niños y adolescentes luego de desastres mayores.

Beall (1997) por su parte menciona a varios autores, entre ellos Scott y Stradling que con técnicas cognitivo conductuales lograron mitigar la aparición y/o el desarrollo de los tres grupos de síntomas más importantes del TEPT. Debido a que la terapia cognitivo conductual es la que ha mostrado más datos sobre su eficacia en el tratamiento del TEPT, se dedicará un capítulo especial a ese tema. A continuación se presentarán algunos de los elementos que se emplean para realizar una evaluación adecuada en casos de personas con TEPT.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 4

EVALUACION DEL TEPT

Wiens (1976, en Weiner, 1992) menciona que al hablar de la evaluación los psicólogos se refieren a los diversos procedimientos para efectuarla, tales como la entrevista, las diferentes mediciones con base en autoinformes, pruebas de inteligencia, de personalidad, pruebas normalizadas, situaciones de interacción, etc.

Pynoos, Steinberg y Goenjian (1996) señalan que la evaluación del TEPT debe enfocarse a su etiología tripartita, caracterizada por tres factores: 1) las experiencias traumáticas, 2) los recuerdos traumáticos y 3) las adversidades secundarias (situaciones traumáticas o crisis asociadas con el evento principal, por ej. cirugías, cambios de domicilio, etc.)

La Greca, Silverman, Vergberg y Prinstein (1996) sugieren la utilidad de la evaluación temprana de los síntomas del TEPT, con énfasis en quienes puntúan de moderado a muy severo de acuerdo con los criterios del DSM.

La finalidad del DSM es proveer criterios eficientes para la identificación de cada caso, incluyendo el minimizar los diagnósticos falso-positivo y falso-negativo. El criterio supone la relativa homogeneidad de respuestas de diferentes individuos, siguiendo diferentes tipos de sucesos traumáticos, en diferentes puntos del tiempo después de la exposición a un suceso traumático. Sin embargo, para homogeneizar las diferencias individuales, se requiere un enfoque en el cual se den múltiples reactivos para cada criterio, a saber reexperimentación, evitación y activación. Un individuo debe contestar positivamente en un número específico de reactivos aunque no todos, dentro de cada uno de los criterios para calificar en el diagnóstico del TEPT (Wilson, Harel & Kahana, 1988).

Desde la aparición del TEPT en el DSM-III se han desarrollado diferentes instrumentos para su evaluación y diagnóstico. Los cuestionarios o medidas de autoinforme son los más desarrollados, entre las escalas más conocidas están: "Escala del Mississippi para TEPT provocado por el combate" de Keane, Caddell y Taylor (1988), otra escala muy conocida desarrollada por estos autores (1989) es en realidad una subescala del MMPI. Está la "Escala de intensidad de síntomas del TEPT" de Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock (1991); la "Escala de gravedad de síntomas de TEPT" desarrollada por Zubizarreta et al (1994) a partir de la escala de Foa y cols., que constituye uno de los pocos métodos de evaluación en español. Algunas de las entrevistas empleadas con más frecuencia son: la "Entrevista diagnóstica" de Robins y Helzer (1985); la "Entrevista clínica estructurada para el DSM-III" (Spitzer & Williams, 1986) o la "Entrevista del TEPT" de Watson y cols (1991, todos los autores citados en Ochotorena, 1995). Otros

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

instrumentos se diseñaron durante el periodo posterior a la guerra de Vietnam, por ejemplo la "Clinician administered PTSD scale" y la subescala TEPT de la "Entrevista clínica estructurada para el DSM-III" (Spitzer, Williams & Gibbon, 1992)

Yule y Canterbury (1994) por su parte han documentado la existencia de varios instrumentos para medir cuantitativamente el impacto del suceso traumático en los niños, estos autores señalan el "Índice de reacción de trastorno por estrés post traumático" (PTSDRI) de Frederick y Pynoos (1985), el "Inventario de estrés post traumático para niños" de Saigh. La "Escala de impacto del suceso" de Horowitz para niños mayores de 8 años, es ampliamente utilizada para evaluar la presencia de pensamientos intrusivos o el bloqueo de pensamientos e imágenes relacionadas con un suceso estresor mayor

El "Programa de entrevista del impacto de estresores traumáticos" (IISIS) es una entrevista semiestructurada desarrollada específicamente para usarse con niños enfermos y sus padres (Kazak, Stuber, & Barakat, 1996) El "Índice de reacción post traumática al estrés" se ha adaptado para ser usada con niños sobrevivientes al cáncer (Stuber, Meeske & González, 1994) Sin embargo, un instrumento de singular importancia y que no se puede substituir, es sin duda la entrevista

Según Coolican (1994) existen diferentes tipos de entrevista, desde la "no directiva" en la que el entrevistado puede hablar de cualquier cosa y el psicólogo no influye directamente en los temas, pero sí ayuda y guía la discusión. En la entrevista "informal" el entrevistado puede hablar en sus propios términos en una atmósfera relajada, no tiene que contestar preguntas predeterminadas. En las entrevistas estructuradas pero abiertas, el entrevistador hace preguntas preestablecidas en un orden predeterminado a cada entrevistado. Las completamente estructuradas son entrevistas con preguntas fijas y ordenadas, además el respondiente puede contestar sólo de acuerdo a un sistema formal. La entrevista clínica es un método de entrevista semiestructurada, usualmente se aboca a probar hipótesis bastante específicas o a demostrar un fenómeno claro y delimitado. Sin embargo también reconoce la experiencia única de cada entrevistado. Inicialmente a cada persona interrogada se le harán las mismas preguntas pero las subsecuentes se adecuan conforme a la naturaleza de las primeras respuestas

Sierra (1998) por su parte, define la entrevista como una conversación verbal entre entrevistador e interrogado donde hay un propósito expreso. Nahoum (en Sierra, 1998) señala que "la entrevista es un intercambio verbal, que nos ayuda a reunir los datos durante un encuentro de carácter privado y cordial donde una persona se dirige a otra y cuenta su historia, da su versión de los hechos y responde a preguntas relacionadas con un problema específico" (p. 282)

Con la entrevista el investigador tiene la posibilidad de escuchar de propia voz del niño, el grado de impacto que tuvo el evento estresor sobre él. Se ha observado que en muchas ocasiones los adultos subestiman las reacciones del niño ante el suceso, o bien el niño por miedo a preocupar a sus padres, no

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

expresa lo que realmente siente. La entrevista puede ser la posibilidad de que el niño exprese por vez primera sus sentimientos, emociones y pensamientos acerca del desastre, y como retroalimentación, el terapeuta o quien entrevistó al niño, puede normalizar sus reacciones y darle más seguridad. Para Lyvovsky (1991) los síntomas post traumáticos se pueden evaluar directamente a través del interrogatorio verbal al niño o de la observación de su juego, además de los informes de sus padres.

Yule y Canterbury (1994) comentan un estudio realizado por Misch, Phillips, Evans y Berelowitz en 1993, quienes analizaron una forma de identificar síntomas de TEPT luego de la explosión de una subestación eléctrica. En el estudio los investigadores emplearon una entrevista estructurada donde los niños podían expresarse verbalmente, además de un modelo construido para representar la estación con muñecos para simular al personal y a los mismos niños. Los investigadores concluyeron que los niños de dos años son capaces de describir sus experiencias de los sucesos alrededor de la explosión, y que los niños mayores de tres años fueron capaces de comunicar diferentes sentimientos de una manera cuantificable (no especifican cuál).

Muchos niños que son víctimas de desastres pueden necesitar de intervenciones psicológicas para ayudarles a lidiar con las consecuencias de un desastre.

Los hallazgos presentados por Lonigan, Shannon, Pharm, Taylor, Finch y Sallee (1994) indican las múltiples facetas de la experiencia del niño las cuales pueden guiar la evaluación y el tratamiento. Estos resultados apoyan la noción de que los niños que están en mayor contacto con el desastre natural son los que probablemente requieren intervención más inmediata. Los chicos con mayores niveles de ansiedad corren mayor riesgo de experimentar hipervigilancia y esto los hace más sensibles a tener recuerdos del evento traumático. Parece probable que las intervenciones destinadas a reducir los niveles altos de hipervigilancia, pudieran ser benéficas como primer paso en el tratamiento de los niños. El que los adolescentes que experimentaron niveles altos de emotividad negativa durante el huracán, particularmente tristeza, y el que estuvieron en riesgo de desarrollar embotamiento emocional, evitación y aislamiento, sugiere que estos niños pueden mejorar sus reacciones traumáticas restableciendo sus relaciones emocionales de apoyo.

Prinstein, La Greca y Vemberg (1996) realizaron un estudio con niños sobrevivientes al huracán Andrés, para investigar el constructo de afrontamiento por asistencia, que son las acciones que toman los otros significativos para ayudar a afrontar los sucesos estresantes. Se desarrolló la "lista de afrontamiento por asistencia a niños" (CCAC por sus siglas en inglés), para evaluar la frecuencia con que los padres, maestros y amigos, ayudaban a los niños a emplear tres diferentes tipos de afrontamiento: procesamiento emocional, roles y rutinas, y distracción. Se aplicó la lista CCAC y se midieron el apoyo emocional, el afrontamiento y la sintomatología de TEPT, en una muestra de niños de 3° a 5° grados. Los autores

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

encontraron que el aspecto de roles y rutinas como afrontamiento por asistencia, fue lo informado con más frecuencia por los niños, seguido de la distracción y el procesamiento emocional; el afrontamiento por asistencia de los padres y los amigos se refirió con mayor frecuencia que la asistencia de los maestros; los niños de tercer grado manifestaron significativamente más procesamiento emocional, gracias al apoyo de los padres y los amigos, que los chicos de 4º y 5º grados. Los niños con sintomatología de TEPT más severa, refirieron más procesamiento emocional y distracción como afrontamiento por asistencia. No se observaron diferencias en cuanto al género de los pequeños.

En el estudio de Shannon, Lonigan, Finch y Taylor (1994) se demostró que un número significativo de niños que fueron víctimas del huracán Hugo, desarrolló reacciones post traumáticas severas que permitieron diagnosticarlos con TEPT de acuerdo al DSM-III-R. Los demás niños no desarrollaron reacciones post traumáticas suficientes para lograr el diagnóstico, pero sí para creer que presentaban algún daño funcional. Las mujeres y los niños pequeños presentaron, al parecer, mayor riesgo de presentar reacciones post traumáticas de cualquier tipo, cuyo impacto puede repercutir durante muchos años. Estos resultados indican que además de la ayuda de emergencia (por ejemplo comida, vestido, alojamiento) las familias deben recibir el apoyo de trabajadores de emergencia y profesionales comunitarios que observen las reacciones post traumáticas de los niños. Los profesionales capacitados adecuadamente pueden ayudar a la recuperación de los niños.

La información derivada del estudio de Goenjian, Pynoos, Steinberg, Najarian, Asarnow, Karayan, Ghurabi y Fairbanks (1995) puede servir como guía para determinar el momento de intervenir y la selección de las técnicas de tratamiento más apropiadas. Se puede decir que las intervenciones clínicas tempranas para las reacciones de TEPT prevendrían la cronicidad de éstas y la depresión secundaria del TEPT.

Selley et al (1997) sostienen que los efectos del trauma emocional en los niños pueden prolongarse por décadas, influyendo en el desarrollo de la confianza, la iniciativa, las relaciones interpersonales, la autoestima y el control de los impulsos. Sugieren que al tratar efectivamente los síntomas post traumáticos se puede evitar el desarrollo de dificultades. Los estudios han mostrado que el tiempo óptimo para la intervención es durante las semanas siguientes al desastre.

El TEPT en los niños es más frecuente de lo que se cree, pero no se diagnostica adecuadamente y a veces se trata como simple problema de conducta. Los especialistas pueden prevenir secuelas más serias que tienden a interferir con el desarrollo psicosocial si consideran el TEPT en los niños. Pueden explorar con más cuidado la historia del niño, tomarse tiempo para explicar el trastorno, referir al paciente a un profesional de la salud competente lo antes posible y tomar medidas para asegurarse que el niño y/o su familia acudan a la cita (Jones & Peterson, 1993).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Desde la perspectiva cognitivo conductual, Foy (199) señala que tanto los factores ambientales como los individuales se presuponen como necesarios para entender el desarrollo y mantenimiento de los síntomas post traumáticos. En este modelo se cree que los individuos se encuentran bajo el riesgo de desarrollar TEPT cuando ocurre la exposición a un estresor traumático. Se piensa que una reacción emocional condicionada inmediata es el eslabón crítico en el mecanismo de la cadena causal que lleva al estrés agudo. El desarrollo subsecuente del TEPT ocurre bajo la influencia de otras variables mediacionales de tipo biológico, psicológico y social. De hecho, estudios recientes señalan que del 78 al 82% de sobrevivientes a accidentes automovilísticos que satisfacen los criterios de estrés agudo desarrollarán TEPT 6 meses después del accidente si no se les atiende adecuadamente (Warda & Bryant, 1998).

La evaluación de la cronología y los detalles del trauma es vital. El modelo pone énfasis en la naturaleza e intensidad de las reacciones inmediatas a la crisis, en la determinación de la probabilidad de TEPT agudo y en la evaluación completa de las respuestas afectivas, cognitivas y conductuales durante el trauma. Los factores mediadores en los ámbitos biológico, social e individual requieren atención durante la evaluación. Asimismo, los esfuerzos de evaluación de los síntomas necesitan incluir la atención a las características clásicas de las respuestas traumáticas: patrones de intrusión, evitación y activación (Foy, 199)

Tal como se ha venido esbozando el diagnóstico exacto del TEPT requiere del uso de instrumentos válidos y confiables. Existen pocas medidas desarrolladas para niños y menos aún en español. La bibliografía investigada arroja sólo algunos, entre los que se encuentran la "EDNA-IV" (Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes) que es un protocolo semiestructurado y es la adaptación de la Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (DICA-R) de Reich, Shayka y Taibleson (1991, en Ezpeleta, Osa, Doménech Navarro & Losilla, 2001) que sigue los criterios diagnósticos del DSM-IV. Existen tres versiones de la EDNA: EDNA-C, para niños de 8 a 12 años; EDNA-A, para adolescentes de 13 a 17 años, y EDNA-P, para los padres. Todos estos instrumentos desarrollados por investigadores de la Universidad de Barcelona, España.

Con la entrevista (EDNA-IV) se pueden diagnosticar síntomas y síndromes siguiendo un sistema de clasificación por categorías. El examen sistemático de todos los trastornos que aparecen en el protocolo optimiza la evaluación clínica y el conocimiento de los casos. Entre los trastornos que evalúa la entrevista están los conductuales, alimenticios, de estado de ánimo, tics, trastornos de ansiedad, entre los que se encuentra el TEPT. Tras la evaluación sintomática se explora el inicio y el final de los trastornos, así como los ámbitos de mayor repercusión. Las propiedades psicométricas de la adaptación española se han

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estudiado ampliamente y se ha demostrado que tanto la fiabilidad como la validez del instrumento son aceptables (Ezpeleta et al, 2001)

En México son todavía más escasos los instrumentos para diagnosticar y evaluar el TEPT, se conoce el Manual de procedimientos "El cuidado de la salud mental en menores en situaciones de desastre" desarrollado por la Dra Hernández Guzmán, el cual se basa en el DSM-IV y en algunos de los síntomas detectados a partir de los terremotos de 1985 en la Ciudad de México. En este manual se presentan una serie de cuestionarios para evaluar la sintomatología del TEPT. En 1988 se realizó una evaluación a este instrumento con el fin de comprobar su efectividad sobre el comportamiento de los niños afectados, y la facilidad de su aplicación por parte de psicólogos no especializados (Hernández-Guzmán & Sánchez Encalada). Es básicamente a partir de este Manual que se desarrolló el procedimiento de la presente investigación, el cual se describe en mayor detalle en el apartado del Método

En el siguiente capítulo se abordarán las características del enfoque cognitivo conductual y las estrategias de tratamiento que desde este marco teórico se dan a personas con TEPT

CAPITULO 5

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DEL TEPT

5.1 MODELOS DE TRATAMIENTO COGNITIVO - CONDUCTUALES

La terapia cognitivo conductual es una aproximación enfocada al cambio de las imágenes mentales, *pensamientos y patrones de pensamiento del individuo, con el fin de que éste se sobreponga a sus problemas emocionales y de conducta*. Se argumenta que las conductas y las emociones se causan en parte por cogniciones y procesos cognitivos que uno puede aprender a cambiar (Beall, 1997; Asarnow et al., 1999).

Para Kendall y Hollon (1979) la terapia cognitivo conductual se dirige a demostrar la eficiencia de la modificación de conducta dentro de un contexto donde se incorporen las actividades cognitivas de la persona en el esfuerzo por producir un cambio terapéutico. La aproximación cognitivo conductual se encuentra entre dos aproximaciones, la conductual y la cognitiva. Es una combinación entre la ejecución metodológicamente rigurosa de las técnicas conductuales y el tratamiento y evaluación del fenómeno mediacional cognitivo. Así tanto las variables internas como externas son el objetivo del tratamiento y se evalúan científicamente como contribuyentes en el cambio conductual. Los autores señalan que existen cuatro influencias fundamentales para la conformación de la terapia cognitivo conductual:

- 1 Las cogniciones se sujetan a las mismas leyes que las conductas
- 2 Las actitudes, creencias, expectativas, atribuciones y otras actividades cognitivas son centrales en la producción, predicción y entendimiento de la conducta psicopatológica, así como en los efectos de la intervención terapéutica
- 3 Las nociones de auto regulación de Kanfer (1970) y la teoría de la autoeficacia de Bandura (1977) se integran fácilmente en los paradigmas conductuales
- 4 La aparente viabilidad de la combinación de las estrategias de tratamiento cognitivas, con el manejo de contingencias conductuales en la facilitación de las consecuencias significativas (Kendall & Hollon, 1979)

Feldman (1998) también menciona que los enfoques cognitivos en terapia tienen por fin la *modificación de las cogniciones equívocas que presentan las personas en relación con el mundo y con ellas mismas*; la diferencia que hay con los terapeutas conductuales tradicionales (quienes se centran en la modificación del comportamiento externo) es que los terapeutas cognitivos buscan modificar la manera en

que piensan las personas. Debido a que con frecuencia se utilizan los principios del aprendizaje se denomina enfoque cognitivo conductual a los métodos que emplean.

Los modelos conductuales enfatizan la importancia de los condicionamientos clásico e instrumental para explicar los síntomas del TEPT. así se argumenta que el suceso traumático fungió como un estímulo incondicionado aversivo y que el individuo desarrolla conductas de evitación o de escape a los estímulos condicionados aversivos, reforzados por la reducción de la activación fisiológica. Bajo este marco teórico se proponen dos tipos de tratamiento terapéutico. por un lado está la exposición, y por el otro, las técnicas para el control del estrés, que buscan la adquisición y mantenimiento de habilidades de afrontamiento a los síntomas del TEPT (Ochotorena, 1995).

Lazarus y Folkman (1991) señalan que los programas terapéuticos de orientación cognitiva insisten en el papel mediador de los procesos cognitivos para el mantenimiento o eliminación de patrones no adaptativos.

Uno de los planteamientos cognitivo conductuales iniciales fue la llamada "terapia racional emotiva" (TRE) de Albert Ellis, quien plantea que la cognición que la persona hace de una situación, es más importante que la situación en sí misma para determinar sus reacciones ante ella. Según Ellis el individuo da una interpretación equivocada de la importancia de un suceso a consecuencia de creencias irracionales o suposiciones previas. El objetivo terapéutico, desde este punto de vista, es ayudar a la persona a superar las creencias irracionales y a pensar más lógicamente. Goldfried (1980, en Lazarus & Folkman, 1991) refiere una estrategia parecida a la de Ellis, la "reestructuración cognitiva", también conocida como "redefinición situacional", donde se argumenta que en la base de la inadaptación existe un razonamiento erróneo. La finalidad de esta terapia es enseñar los errores lógicos responsables del trastorno o del mal funcionamiento social del individuo, ayudándole con esto a pensar más constructivamente.

Meichenbaum, Goldfried, Beck et al (en Lazarus & Folkman, 1991) defienden la reestructuración cognitiva sobre la premisa de que el trastorno se debe a las formas erróneas de valorar los eventos conflictivos. Se le pide al individuo que centre su atención en las imágenes y creencias negativas sobre sí mismo y se le enseñan nuevas estrategias para afrontar y resolver problemas. Se enfatiza poco en el análisis formal de las creencias irracionales y más en la autoinstrucción y autoafirmación positivas. La reestructuración cognitiva se basa en el hecho de que nuestra manera de pensar acerca de las personas o cosas, influye en nuestro comportamiento hacia éstas. Así, se puede decir que: a) existe una situación, b) la forma de pensar acerca de esa situación y c) el sentimiento resultante de ese pensamiento, que se va a manifestar en la manera en que la persona se comporta ante esa situación. El objetivo fundamental de la reestructuración cognitiva es entrenar al individuo para que reciba las señales ambientales de modo correcto, de tal forma que las situaciones verdaderamente peligrosas se diferencien claramente de aquéllas

en las que la fuente del daño es puramente imaginaria. Aquí el terapeuta puede utilizar técnicas específicas como la autoinstrucción, el uso del humor y cuestionamientos socráticos.

El planteamiento terapéutico de Meichenbaum incluye el "entrenamiento por inoculación de estrés" (EIE). La inoculación de estrés fomenta la adquisición de conocimientos, autocomprensión y técnicas de afrontamiento para mejorar el dominio de sucesos estresantes previsible. El entrenamiento tiene tres etapas: 1) la etapa educativa: se da información acerca de cómo es que surgen las emociones distorsionantes, enfatizando los aspectos cognitivos y las suposiciones. 2) Etapa de ensayo: se dan suposiciones alternativas para emplear en la situación de estrés emocional, las estrategias ayudan al individuo a valorar la situación, controlar los pensamientos y emociones no deseados, a motivar su conducta y a evaluar su actuación. 3) Etapa de aplicación: el sujeto muestra lo que ha aprendido y lo pone en práctica (Lazarus & Folkman, 1991).

Beck (1976, en Lazarus & Folkman, 1991) considera que su terapia cognitivo conductual busca conseguir que el sujeto supere las formas no adaptativas de su pensamiento en las que se basa su trastorno emocional, para lograr pensar de un modo más ajustado a la realidad.

Los terapeutas por lo general no tratan un solo aspecto del individuo sino diversos, tales como la conducta, el afecto y la cognición. Por ejemplo los planteamientos dirigidos a la cognición como los de Beck y Ellis, se extienden a la vida emocional del sujeto y guardan mucha más relación con la conducta que con los procesos de razonamiento y de pensamiento. Esto es lo que Arnold Lazarus (1981, en Lazarus & Folkman, 1991) llama "terapia multimodal", donde se busca construir un perfil individual del sujeto, tratando las múltiples facetas de su personalidad y de sus problemas específicos. Plante (1999) señala con respecto de la terapia multimodal, que es un tratamiento que refleja las necesidades del paciente basándose en siete aspectos de la conducta: conducta, afectos, sensaciones, imaginación, cognición, relaciones interpersonales y fármacos (refiriéndose al "BASIC ID"). Las intervenciones incluyen técnicas cognitivo conductuales, intervenciones biológicas y estrategias humanistas. Aunque el trabajo de A. Lazarus tiene un sesgo cognitivo conductual, muchas técnicas y aproximaciones que no lo son se emplean en la terapia multimodal.

Foy (1999) presenta un modelo cognitivo conductual en el que señala que el tratamiento debe enfocarse primariamente a la naturaleza del trauma y a las reacciones del superviviente durante y después del episodio estresor. Argumenta que en el ámbito individual lo que mejor predice una reacción de TEPT es la severidad de la experiencia traumática.

Cuando se habla de víctimas de violaciones, por ejemplo, se considera necesario distinguir entre las víctimas recientes y las que no son. En el primer caso resultaron más eficaces los programas breves, la intervención en crisis y la intervención conductual breve; en el segundo las técnicas de inoculación de

estrés, las técnicas de exposición y la desensibilización sistemática junto con técnicas cognitivas. Así los datos señalan que las técnicas de "inoculación de estrés" son más apropiadas en la reducción de síntomas luego del tratamiento, mientras que las técnicas de "exposición prolongada" tienen mejores resultados en mediano y largo plazo (Ochotorena, 1995). Lo anterior lo explican Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta (1992, en Ochotorena, 1995) de la siguiente manera: "en la medida en que la terapia de exposición permite activar la estructura de miedo que actúa en secuencias aversivas, el sujeto iniciaría la ruptura del ciclo psicopatológico, pudiendo adoptar un nuevo procesamiento emocional de la información que provocaría cambios conductuales, cognitivos y psicofisiológicos" (p. 462).

Para muchos supervivientes al trauma, la evitación de las ideas traumáticas, tanto externas como fisiológicas o cognitivas, se convierte en un principio guía para el mantenimiento de la seguridad psicológica. Paradójicamente, la re-exposición y desensibilización a las ideas o recuerdos traumáticos son vitales si la autodeterminación se recobra. Así el modelo implica que las experiencias traumáticas se segmenten en elementos específicos que deban ser procesados por la víctima, tanto afectiva como cognitivamente. Se emplea la desensibilización y la reestructuración cognitiva en el tratamiento. Para casos crónicos, donde los patrones de evitación predominen, puede ser apropiado utilizar métodos de entrenamiento de habilidades (Foy, 199)

Muchos investigadores se han preguntado qué determina la persistencia del TEPT. Davis y Clark (1998) observaron que un factor que casi siempre está presente en el curso del trastorno es la evitación de situaciones y recuerdos y la evitación cognitiva. Un tipo particular de evitación cognitiva es la llamada "supresión del pensamiento" donde se insta a no pensar en el evento traumático, acción que provoca un incremento inmediato o demorado en la frecuencia de esos pensamientos, a esto le dieron en llamar "efecto rebote".

Se cree que la supresión del pensamiento puede jugar un papel importante en la persistencia del trastorno, por ello los autores decidieron investigar este aspecto en dos grupos de 16 jóvenes cada uno. Los grupos sólo diferían en las instrucciones dadas, al "grupo de supresión" se les instruyó a suprimir todos sus pensamientos acerca de los aspectos negativos de un filme presentado, mientras que al grupo control se le pedía registrar dichos pensamientos.

La instrucción de la supresión de pensamientos produjo un efecto de decremento inmediato, seguido del resurgimiento demorado, es decir del fenómeno de rebote. En esta investigación el efecto rebote no fue significativo, sin embargo los autores señalan que en la vida diaria la supresión de pensamientos pudiera jugar un papel más prominente en el incremento de la frecuencia de los recuerdos traumáticos, debido a que tal vez la gente puede estar más motivada a utilizar la supresión de pensamientos en contra de esos recuerdos.

La supresión del pensamiento puede ser uno de los procesos dentro del TEPT que parcialmente favorece su persistencia ya que el buscar evitar los pensamientos relativos al evento es precisamente lo que lleva en ocasiones a seguir teniéndolos presentes

Slaikau (1984) menciona que no todas las estrategias de afrontamiento que la gente utiliza son saludables. Enlista algunas de ellas y da lo que desde su punto de vista, pueden ser las técnicas para su tratamiento:

Evitación	Desensibilización sistemática y en vivo
Ataques de ansiedad	Relajación muscular profunda (RMP); afrontamiento imaginado; entrenamiento de asertividad
Enojo	Entrenamiento de asertividad
Revivir o tener fantasías del suceso estresor	Sustituir por calma a través de la imaginación enfocándose en la recuperación
Pensamientos obsesivos (rumiación) p. ej. "Esto no hubiera pasado si yo "pude haber hecho ". "nunca me repondré", etc	Detención del pensamiento; terapia racional emotiva (TRE)
Aislamiento	Compartir experiencias en grupo, el terapeuta provee información acerca de las reacciones comunes al evento estresor

Dada la complejidad y variedad de síntomas que presenta el TEPT se propone la utilización de tratamientos integrados y secuenciales. Loo (1993, en Ochotorena, 1995) por ejemplo, sugiere que en un primer momento se emplee una intervención psicosocial con grupos de apoyo o autoayuda abordando los síntomas de aislamiento, el embotamiento de las emociones, la autodenigración y la exageración de la autoinculpación. En el siguiente paso se propone la intervención conductual y cognitiva para atacar los síntomas de ansiedad producidos por los recuerdos traumáticos y las atribuciones disfuncionales. Finalmente se buscaría enseñar recursos y habilidades para mejorar la sensación de control sobre los acontecimientos y minimizar los sentimientos de vulnerabilidad e indefensión.

5.2 MODELOS DE TRATAMIENTO PARA NIÑOS

Para Cohen (1999) la terapia cognitivo conductual incluye diversos componentes. La discusión directa del evento traumático y su significado para el niño es considerada la parte fundamental en este tipo de terapia. Esta puede tomar la forma de ejercicios de exposición específicos (exposición gradual, implosión, etc.) o puede consistir en discusiones directas de varios aspectos del evento. El afrontamiento cognitivo es otro elemento importante en la terapia cognitivo conductual. Esto se refiere a las técnicas a través de las cuales el niño se expone a sus cogniciones o ideas acerca del evento ocurrido, lo que significa para el niño y su visión del mundo (por ejemplo, algunos niños sobrestiman la peligrosidad del mundo en general después de que el suceso traumático ocurrió). A través de una exploración lógica, paso a paso de las presuposiciones y expectativas del niño, el terapeuta le ayuda a corregir cualquier distorsión cognitiva que pueda tener acerca del trauma. Una de las distorsiones más comunes que los niños tienen en estas situaciones es la culpa por lo que sucedió. El afrontamiento cognitivo ayuda al niño a tener un entendimiento más apropiado de estas cosas. Un tercer componente de la terapia cognitivo conductual es la relajación y otra son las técnicas de manejo del estrés, las cuales son aprendidas por los niños y son frecuentemente útiles en la reducción del TEPT y otros síntomas. Finalmente, la mayoría de las intervenciones de este tipo de terapia incluyen un componente de tratamiento con los padres, durante el cual éstos aprenden técnicas de manejo de conducta.

Lypovsky (1991) apoya esta postura, agregando que se deben emplear aproximaciones educacionales, expresión de afectos e involucrar una red de apoyo para los niños. Las estrategias de reducción de estrés, técnicas expositivas y la reestructuración cognitiva son también útiles en el tratamiento del TEPT con niños.

Para Yule y Canterbury (1994) las intervenciones de tratamiento para niños y adolescentes que padecen los síntomas del TEPT pueden ser de cuatro formas:

1. “*Debriefing*” (información) que tiene por objeto, a) facilitar el proceso de recuperación, combinando la normalización de las reacciones y b) enseñar estrategias básicas de afrontamiento que le ayuden al niño a tener una sensación de control sobre sus sentimientos. Beall (1997) señala respecto a esta técnica, que puede servir como una protección efectiva para evitar el desarrollo de TEPT, además de que brinda apoyo social a las víctimas.

2. El “*tratamiento grupal*”, cuya meta es que el individuo comparta sus sentimientos y experiencias del suceso, alentando su sentido de dominio y afrontamiento a la situación, se busca compartir los modos de solucionar problemas. Karakashian (1994) encontró en el grupo de consultores estadounidenses que apoyaron a los sobrevivientes del terremoto de 1988, una reducción de los síntomas luego de siete

sesiones de tratamiento grupal. Los resultados sugieren que el proceso grupal en sí mismo contribuye a la reducción de cierto tipo de depresión y de los síntomas de TEPT

3 El "*tratamiento individual*": se enfoca a ayudar a que los sobrevivientes encuentren sentido a lo que pasó y a dominar su sentimiento de desamparo y su ansiedad. se trata de que al reexperimentar el evento no les produzca mayor estrés. Con los niños es especialmente importante crear un ambiente de seguridad donde puedan recordar y discutir el evento traumático. Se puede pedir al niño que dibuje cuando le produce mucha ansiedad el hablar del tema directamente

4 El último tipo de intervención que plantean Yule y Canterbury es la "*planeación para la prevención*", donde si bien es cierto que un desastre natural no es predecible, es muy importante el considerar técnicas preventivas para implementarse en posteriores situaciones de emergencia

Existen técnicas cognitivo conductuales encaminadas al manejo de la ansiedad, así como procedimientos basados en la exposición. Los tratamientos de exposición son una serie de técnicas con el común denominador de que incluyen la confrontación a situaciones que producen miedo, se utiliza para tratar síntomas de evitación excesiva. Por otro lado, las técnicas de manejo de la angustia se usan cuando la ansiedad afecta el funcionamiento diario, en estos casos el manejo del miedo es más significativo que la activación del miedo, se incluyen aquí entrenamiento de relajación, entrenamiento de inoculación del estrés, reestructuración cognitiva, reentrenamiento de la respiración y técnicas de distracción (Beall, 1997; Asarnow et al, 1999)

Yule y Canterbury (1994) mencionan la combinación de técnicas de exposición en vivo e imaginadas. Durante la exposición imaginada, se le pide a la persona que imagine y haga un recuento de su experiencia traumática. La sesión se audiografa y se le pide que escuche el casete en casa, así se repite la sesión de tratamiento hasta que se reduzca el estrés asociado. La exposición bajo circunstancias que le brinden seguridad al paciente prueba ser útil para tratar pensamientos intrusivos y conductas de evitación. Otros síntomas que es necesario observar en el tratamiento son los desórdenes del sueño, donde el paciente no quiere dormir por temor a tener pesadillas relacionados con el desastre y donde se recomiendan rutinas de relajación antes de ir a la cama; la culpa, la ansiedad de separación, pérdida de fe en el futuro y el enojo, además de la depresión y la ansiedad que son muy comunes luego de la ocurrencia de un evento traumático

Foa y Meadows (1997) señalan que los tratamientos psicosociales para el TEPT más estudiados son las intervenciones cognitivo conductuales. Estas incluyen una variedad de programas de tratamiento, incluyendo los procedimientos de exposición, los de reestructuración cognitiva, los programas de manejo de ansiedad y sus combinaciones

1. Procedimientos de Exposición: todos los tratamientos de exposición tienen la característica en común de tener pacientes que confrontan sus miedos. Varían en dimensiones en cuanto: a) al medio de exposición: imaginación o en vivo; b) en la duración de la exposición: corta o larga y c) en el nivel de activación durante la exposición: bajo o alto. La desensibilización sistemática por ejemplo está en un extremo en cuanto a imaginación, brevedad y mínima activación de la exposición, y la exposición en vivo está en el otro extremo de las dimensiones.

2. Desensibilización de movimiento ocular y reprocesamiento (DMOR): esta nueva técnica es una forma de exposición acompañada por movimientos oculares. En la DMOR se le pide al paciente que se enfoque en una imagen o recuerdo molesto (incluyendo las relativas a emociones o cogniciones) mientras que el terapeuta ondea sus dedos frente al campo visual del paciente. Después de cada secuencia el paciente indica su nivel de molestia y su grado de creencia en una cognición positiva.

3. Programas de manejo de ansiedad (PMA): se basan en el supuesto de que la ansiedad patológica deriva de déficits de habilidades y que los PMA proveen a los pacientes con el repertorio de estrategias para manejar la ansiedad. Las estrategias incluyen entrenamiento de relajación, autosentencias positivas, reentrenamiento de respiración, biofeedback, entrenamiento en habilidades sociales y técnicas de distracción. Foa notó que uno de los tratamientos para el manejo de la ansiedad más usados es el entrenamiento de inoculación de estrés. Este programa originalmente desarrollado por Meichenbaum para individuos con ansiedad, incorpora un gran número de componentes educativos y de habilidades tales como la relajación, la detención del pensamiento y el diálogo autoguiado.

4. Programa de tratamientos combinados: debido a los resultados positivos reportados en los estudios con exposición prolongada (EP) y entrenamiento de inoculación de estrés (EIE), pareciera ser que la combinación de tales aproximaciones puede brindar beneficios para el manejo del estrés y la ansiedad.

Meichenbaum y Jaremko (1987) hacen una lista de lo que para ellos son las directrices que deben tomarse en cuenta al poner en práctica cualquier programa de entrenamiento, señalan que estas directrices han resultado útiles para alcanzar efectos de tratamiento generalizables y duraderos con niños:

- ✓ *Analizar* las conductas objetivo. Hay que analizar tanto la actuación como la situación. Identificar los procesos componentes y la capacidad requerida para llevar a cabo las conductas objetivo.
- ✓ *Evaluar* las estrategias que el niño ya posee, las capacidades conductuales y los pensamientos con carga afectiva, las imágenes y sentimientos que pueden inhibir el rendimiento.
- ✓ *Colaborar*. Hay que lograr que la persona colabore en el análisis del problema y en el desarrollo, puesta en práctica y evaluación del entrenamiento.

- ✓ *Seleccionar* cuidadosamente las tareas de entrenamiento. Hacer que las tareas sean similares al criterio
- ✓ *Entrenamiento*. Asegurarse de que las habilidades necesarias para alcanzar el criterio se encuentran en el repertorio del niño y después enseñar habilidades metacognitivas o de planificación ejecutiva
- ✓ *Retroalimentación*. Asegurarse de que el paciente recibe y reconoce la retroalimentación sobre la utilidad de los procedimientos de entrenamiento
- ✓ *Generalización*. Explicitar la necesidad y los medios de la generalización. no esperar a que ésta tenga lugar por sí sola: entrenar para alcanzarla
- ✓ *Ensayos múltiples*. Cuando resulte posible, entrenar en múltiples situaciones con múltiples tareas. Hacer que los niños realicen tareas diversas y graduales en la clínica y en vivo
- ✓ *Prevenir las recaídas*. Anticipar e incorporar al programa de entrenamiento los posibles inconvenientes o fracasos reales. (Ya que TEPT es un problema que puede reaparecer, es bueno para el paciente y el terapeuta o el consejero hacer un plan sobre qué hacer si los síntomas reaparecen. El plan debe ser por escrito y debe incluir los síntomas específicos de advertencia así como las medidas importantes inmediatas que deberán tomarse si éstos aparecen. Se deberá hacer un convenio para llamar a su terapeuta o consejero de inmediato si aquellos síntomas específicos ocurren, y de seguir el plan tal y como se ha acordado (<http://www.noah.cuny.edu/sp/illness/mentalhea>))
- ✓ *Terminación*. Terminar el programa basándose en el rendimiento y no en el tiempo. Incluir sesiones posteriores de aliento y evaluaciones de seguimiento” (p. 102)

Para Richards y Bates (1997) los efectos de un suceso estresante pueden categorizarse en cognitivos, afectivos, conductuales y somato-fisiológicos, señala que existen estrategias de afrontamiento útiles en el tratamiento de estos efectos

La estrategia de afrontamiento afectivo se basa en la idea de que el niño puede tener miedos racionales o irracionales, los cuales son reales para él y necesita que los reconozca. El simple hecho de expresar sus sentimientos y temores puede ser un buen inicio para superar el estrés. A través de destruir simbólicamente los miedos, el niño gana un sentido de control el cual puede llevarlo a mejorar su autoestima. Algunos pasos que se siguen en la estrategia de afrontamiento afectivo son:

- a) Que el niño cree un dibujo del suceso traumático o de lo que le provoque más temor

- b) Cuestionar al niño acerca de lo que el dibujo significa para él y cómo es que lo hace sentir
- c) Discutir cualquier miedo irracional que el niño exprese. Darle respuestas concretas explicándole que esos miedos –aunque sean reales para el niño- no son posibles
- d) Discutir acerca de los miedos reales. p. ej. que lo atropelle un auto, y pedirle que enumere algunas formas de evitar que le suceda lo que teme (¿qué harías para que no te atropellaran?).
- e) Reconocer posibles soluciones y sugerirle otras. a través del desempeño de papeles se pueden poner en práctica estas soluciones
- f) Decirle al niño que puede tener el control y vencer al miedo destruyendo el dibujo de la forma que él elija
- g) Darle retroalimentación positiva. enfatizarle lo valiente que es al hacerle frente al miedo y que sigue siendo una buena persona

La estrategia de afrontamiento cognitiva es una herramienta educativa que ayuda al niño a entender mejor lo que sucede y crea un ambiente de apoyo, un lugar seguro donde se discutan los sentimientos desagradables. Esta actividad se diseñó (aunque no es la única forma de realizarla) para grupos de estudiantes en clase, o para niños que hayan experimentado el mismo suceso traumático.

Un ejemplo de una estrategia de afrontamiento conductual, que puede ser usada como una herramienta benéfica para cualquiera, es la técnica de relajación. Idealmente esta estrategia se debería enseñar antes de que ocurra el evento traumático, pero nunca es tarde para aprenderla.

A continuación se describirán con más detalle algunas técnicas ya mencionadas, además de otras que, a decir que Slaikeu (1992) son recomendables en el tratamiento de personas víctimas de algún evento estresante:

- Control de la respiración: se instruye a la persona en la respiración diafragmática a profundidad. Después de la exhalación, el siguiente paso es inhalar aire mientras se empuja el diafragma hacia abajo y afuera (haciendo una gran campana), así se provee de suficiente espacio para el aire que correrá a los pulmones. Entonces el aire se saca lentamente. Se instruye al individuo a contar rítmicamente durante el ejercicio y a durar el mismo tiempo en la inhalación que en la exhalación. El control de la respiración se usa frecuentemente en conjunto o en lugar de otras técnicas de relajación. Es también una parte invaluable en el manejo de la ansiedad o en la inoculación de estrés.

- **Entrenamiento autógeno:** Esta técnica de relajación fue desarrollada en sus inicios por Schultz y Luthe (1959, en Slaikeu, 1992) e involucra el control de las funciones del cuerpo y la imaginación a través de la autosugestión. Bajo la guía de un instructor la persona primero aprende a relajar varios grupos de músculos. Tirado en el piso o sobre una cama firme, los ejercicios inician con respiración profunda regular, después de los cuales se insta a los clientes a decirse a sí mismos "mis pies se sienten pesados y tibios" y se concentran en esas sensaciones. Estas instrucciones "pesados y tibios" se repiten para todos los grupos de músculos. En el entrenamiento autógeno avanzado se aprenden las sugerencias para el control de los diferentes sistemas de órganos y se incorpora finalmente la producción de fantasías.
- **Relajación muscular profunda:** esta técnica de relajación desarrollada por Jacobson (1974 en Slaikeu, 1992) involucra el entrenamiento contrastante de tensión-relajación. Se instruye a la persona a alternar tensión y relajación de cada una de las áreas mayores de músculos: manos, brazos, tronco, hombros, espalda alta, espalda baja, abdomen, muslos, pantorrillas, pies, cuello, garganta, mandíbulas, ojos y frente. La relajación total regularmente se realiza sentado en una silla cómoda e incluye todas las áreas musculares en una sesión de entrenamiento.
- **Ensayos de conductas:** a la persona se le enseñan nuevas conductas mediante la práctica de ellas durante las sesiones de terapia. El ensayo de las conductas provee un paso intermedio en el cambio conductual, el cambio de conducta ocurre mientras la persona ensaya su nuevo patrón conductual. Los procedimientos de ensayo son apropiados para tratar los déficits conductuales y para preparar al cliente a nuevas situaciones. Usualmente los ensayos conductuales involucran cuatro etapas: preparación del cliente (explicando la necesidad de aprender nuevos patrones conductuales, haciéndolo consciente de usar el ensayo conductual como un método); seleccionar situaciones blanco; ensayo conductual y transferencia a las situaciones de la vida diaria. El ensayo conductual se construye usualmente como un proceso gradual de formación y puede ser combinado con otras técnicas, tales como el modelamiento y la retroalimentación.
- **Modelamiento:** esta técnica se usa para enseñar nuevas conductas, para incrementar la frecuencia de conductas deseables y para disminuir miedos. En la forma más simple de modelamiento, se expone al cliente a uno o más individuos que demuestran la conducta objetivo. El modelo puede estar en vivo, simbólicamente (vídeo) o imaginado (modelamiento encubierto).
- **Variaciones de este procedimiento básico** son el modelamiento participante (la persona realiza la conducta objeto durante la secuencia de modelamiento), el modelamiento guiado (durante el cual el terapeuta da ayuda directa), y la combinación de modelamiento con reforzamiento de los

esfuerzos exitosos. Practicar la conducta meta es un aspecto importante en el modelamiento exitoso. Además de los ensayos conductuales durante las sesiones, se dejan tareas para reforzar el aprendizaje.

- **Diálogo autoguiado:** esta técnica sirve para elaborar estrategias de afrontamiento cognitivo. Meichenbaum (1974, en Slaikeu, 1992) la desarrolló en conjunto con su entrenamiento de inoculación del estrés. Cuando se enseña el diálogo autoguiado como una estrategia de afrontamiento, el terapeuta primero ayuda al cliente a focalizarse en su diálogo interno o en las autoafirmaciones que el cliente piensa durante sus situaciones problema. El cliente y el terapeuta identifican las afirmaciones irracionales, culpígenas y autoderrotantes (“yo nunca resolveré este problema”) y se reemplazan por afirmaciones que impliquen mejoría. Cuando se prepara para una situación problemática, el cliente pregunta y responde cuestionamientos que le ayudan a analizar más racionalmente la situación (¿qué debo hacer aquí?). Cuando el cliente se enfrenta al problema, generará autoafirmaciones de afrontamiento tales como “daré un paso a la vez”, “tú lo puedes hacer, ya lo has hecho antes en problemas similares”. Regularmente el cliente primero aprende a ensayar la utilización de las autoafirmaciones en la sesión terapéutica. Conforme adquiere estas habilidades, se le deja de tarea utilizar esto en situaciones que vayan incrementando la dificultad.
- **Imaginación: afrontamiento y positiva:** la imaginación en general se refiere a una imagen mental o a una representación cognitiva de las experiencias de la persona o de sus situaciones. Se puede utilizar en terapia para sustituir la reproducción de una situación de la vida real. Cuando el afrontamiento por imaginación es inducido, se insta a la persona a fantasear acerca de que puede ser capaz de enfrentarse con las situaciones difíciles. En otras palabras, el cliente se imagina a sí mismo desarrollando la actividad que le resulta muy difícil o que le produce ansiedad extrema.
- La imaginación positiva es cuando el cliente fantasea una imagen positiva de sí mismo. Se pide al cliente que imagine algún cambio deseable en su conducta y entonces se le insta a que sobreponga la autoimagen idealizada sobre la autoimagen actual. La explicación de este procedimiento es que la nueva autoimagen positiva sirve como una base para iniciar nuevas conductas, las cuales son congruentes con esta nueva imagen de sí mismo (Suskind, 1970, en Slaikeu, 1992).
- **Entrenamiento de inoculación del estrés:** originalmente la inoculación del estrés se propuso para el tratamiento de ansiedad (Meichenbaum, 1975, en Slaikeu, 1992), más tarde se extendió para tratar el dolor y el enojo. Es una aproximación de habilidades de afrontamiento que mejora las

estrategias del individuo para responder ante situaciones estresantes, con menos disturbios emocionales y con un nivel mayor de adaptación conductual. El tratamiento incorpora tres fases: preparación cognitiva, adquisición de la habilidad y entrenamiento de aplicación. La base racional de la aproximación de afrontamiento a tales estresores como los miedos, dolores o enojos, es que ellos son aspectos inevitables de la vida que pueden manejarse, y como resultado del entrenamiento, estos estresores se convierten en algo que posibilita la adquisición de nuevas respuestas de afrontamiento (Meichenbaum & Jaremko, 1987). Phares (1996) señala que para preparar cognoscitivamente a la persona, se le dan manuales en los que se le explica la naturaleza y funciones de la ansiedad, presentándole qué causa el enojo, situaciones en las que el enojo es problemático y cómo lo puede controlar. Se le ayuda a identificar personas o circunstancias que provocan el enojo, que diferencie entre enojo y agresión, enojo justificado e innecesario, y a que identifique los signos de tensión y excitación en una situación de provocación.

- **Detención del pensamiento:** como el nombre lo indica, esta técnica se dirige a la terminación de cogniciones no deseadas, tales como rumiaciones, pensamiento de autoderrota, pensamientos evocadores de miedo, etc. (Wolpe, 1958, en Slaikcu, 1992). Se pide a la persona que piense intencionalmente en la cognición indeseada. Cuando indica que está profundamente inmersa en la cognición, el terapeuta grita "alto". Con frecuencia esto produce una respuesta de sobresalto que puede interrumpir el pensamiento indeseado. Se instruye al cliente a practicar por sí mismo la detención del pensamiento. Inicialmente el individuo debe decir el "alto", pero eventualmente la señal autopresentada puede quedar cubierta.
- **Desensibilización sistemática:** Foa y Meadows (1997) mencionan que algunos de los estudios pioneros en el tratamiento del TEPT tuvieron como técnica la DS, desarrollada por Salter (1949) y Wolpe (1958). Esta técnica aparea la exposición imaginada a los estímulos que provocan miedo, con la relajación, en un orden jerárquico. La técnica se aplica cuando el paciente tiene la capacidad de reaccionar adecuadamente a una situación en particular, pero a pesar de ello, responde con ansiedad, temor o evitación. Se fundamenta en la idea de que el individuo puede estar relajado y ansioso al mismo tiempo. La técnica consiste en enseñar a los pacientes a relajarse y una vez estando en esta situación, se les introducen gradualmente series de estímulos que en aumento les producen malestar. Así llega el momento en que el individuo se desensibiliza a los estímulos que les causan temor, en virtud de haberlos experimentado mientras estaba relajado.

Los individuos suelen desarrollar fobias o ansiedades fóbicas con relación a la circunstancia traumática. Cuando se asocia una fobia al TEPT es útil la técnica de desensibilización sistemática o de exposición progresiva, las técnicas de exposición imaginada y de desensibilización in vivo son variantes del mismo tratamiento, la exposición prolongada (inundación o implosión) también es efectiva si la tolera el paciente y se utilizó con éxito en el tratamiento de veteranos de Vietnam y Corea (Fairbank & Keane, 1982, en: www.intersep.org/manual)

Las técnicas de relajación producen resultados fisiológicos beneficiosos puesto que reducen la tensión motora y disminuyen el nivel de actividad del sistema nervioso central. Por su parte, la terapia cognitiva y la detención del pensamiento mostraron su utilidad en el control de la actividad mental intrusiva del TEPT (www.intersep.org/manual). Otras técnicas que se aplican en este tipo de terapia son:

Entrenamiento asertivo: es la opción asertiva de una alternativa de comunicación, la cual fortalece las relaciones humanas constructivas, respetuosas y los mecanismos que alimentan el bienestar personal. Es un proceso de aprendizaje en la vida cotidiana de la persona que fortalece la comunicación adecuada, basada en saber expresar y recibir los mensajes que se transmiten. La conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos (Rim & Masterson, 1987). Únicamente se pretenden desarrollar habilidades para iniciar, mantener y terminar conversaciones, así como expresar emociones negativas y positivas (Wolpe, 1985).

Resolución de Problemas: este proceso se define como proceso conductual de naturaleza manifiesta o cognitiva, que hace disponible una serie de alternativas de respuesta potencialmente efectivas para afrontar una situación problemática y aumentar la probabilidad de elegir una respuesta efectiva entre las distintas alternativas. La relación de la resolución de problemas con la terapia se basa en dos supuestos: 1) la incapacidad de enfrentar las situaciones problemáticas, con sus propias consecuencias personales o conductuales que requieren un tratamiento psicológico; y 2) puede acrecentarse la eficacia general de una persona mediante el entrenamiento de las aptitudes que le permitan enfrentar por sí misma los desafíos de la vida cotidiana.

El objetivo principal de la resolución de problemas consiste en identificar la alternativa más eficaz, a lo cual siguen las otras operaciones de autocontrol para estimular y perpetuar la ejecución del curso de la acción elegida. Los pasos a seguir en esta técnica son los siguientes:

- 1 Definición y formulación del problema
- 2 Generación de alternativas: estrategias potenciales
- 3 Decisión: selección de estrategias
- 4 Generación de alternativas: tácticas potenciales

5. Decisión: selección de la técnica
6. Ejecución
7. Verificación de la eficacia de las medidas (evaluación)

De esta manera, la resolución de problemas se convierte en la fase inicial fundamental de un proceso de autocontrol, que a menudo se describe en términos tales como independencia, competencia y autoconfianza (Goldfried & Davison, 1981)

5.3 APOYO EN LA INVESTIGACION

En una investigación muy amplia se revisaron nueve diferentes tratamientos cognitivo conductuales para observar su efectividad en la disminución de la sintomatología del TEPT, incluyéndose sólo estudios empíricos. Los tratamientos fueron: Desensibilización Sistemática (DS), Terapia de Exposición (TE) (imaginativa, en vivo, prolongada, directa), Entrenamiento de Inoculación de Estrés (EIE), Terapia de Procesamiento Cognitivo (IPC), Terapia Cognitiva (TC), Entrenamiento de Asertividad (EA), Bioretroalimentación (BIO), Entrenamiento de Relajación (ER), EIE/TE combinadas, TE/ER/TC combinadas y TC/TE combinadas. Los resultados de los estudios llevados a cabo se presentan a continuación:

Técnicas	Nº Estudios	Resultados
DS	6	Todos efectivos
TE	13	Todos efectivos
EIE	4	Todos efectivos
IPC	3	Todos efectivos
TC	2	Efectivos
EA	1	Efectivo
BIO	1	Menos efectivo que los tmtos. de comparación
ER	2	RE menos efectivo que los tmtos. de comparación

Con base en la literatura revisada, se concluye que hay evidencia que demuestra la utilidad de muchos de los tratamientos para la reducción de los síntomas del TEPT, incluyendo la DS, la TE, el EIE.

la TPC, IC, EA. En la combinación de tratamientos, cada uno tiene al menos un estudio que apoya su eficacia. Comparando los números y tipos de estudios que apoyan cada uno de los tratamientos, la TE tuvo el número mayor de estudios bien controlados para apoyar su empleo. En un estudio, la TE fue superior al EIE y al DS. Adicionalmente, la TE se ha sometido a prueba en un amplio rango de poblaciones expuestas a un trauma, en más estudios que cualquiera otro de los tratamientos. Así, se recomienda el uso de alguna forma de TE en el tratamiento del TEPT, a menos que esté expresamente contraindicado. El EIE y la IPC también demostraron su eficacia en estudios controlados de TEPT relacionados con violación, por lo que se recomienda su uso para este tipo de población. La TPC, debido a que se dirige a características relacionadas con violación, pudiera ser inapropiada con poblaciones con otro trauma, a menos que se adecue a la población en cuestión. No hay estudios suficientes que aprueben el uso del EIE para TEPT producido por situaciones de "no asalto", sin embargo no hay razón para suponer que no pueda ser efectivo. La IC se encontró efectiva en dos estudios independientes, por lo cual se recomienda. El EA mostró utilidad en el decremento de la sintomatología del TEPT en un solo estudio, por lo que se le recomienda con cautela hasta que otros estudios sean más concluyentes. La DS fue desplazada por la TE y pudiera no ser recomendada. La BIO no produjo mejoras para el TEPT, por lo que no se recomienda su uso en este momento. En un estudio se encontró que el ER fue algo efectivo, pero significativamente menos efectivo que la TE, la IC, o la combinación de las dos. Otro estudio demostró que el ER sólo fue efectivo en los síntomas de activación de supervivientes a traumas recientes. La BIO y el ER pueden ser de utilidad en el manejo de la ansiedad o como componentes de un programa más complejo, o posiblemente en grupos de síntomas más específicos tales como los síntomas de activación (www.istss.org/quick/CBT3.html)

Foa y Meadows (1997) por su parte realizaron una amplia investigación para verificar la eficacia de diferentes tratamientos cognitivo conductuales. Los resultados de los estudios revisados (Boudewyns & Hyer, 1990; Cooper & Clum, 1989; Foa et al., 1991; Foa & Jaycox, 1996; Keane et al., 1989; Richards et al., 1994; Thompson et al., 1995, en: Foa & Meadows, 1997) apoyan consistentemente la eficacia de las exposiciones imaginadas y en vivo para el tratamiento del TEPT. Se sugiere que la eficacia de estos tratamientos es más fuerte en poblaciones de no veteranos que en veteranos de guerra.

En cuanto a la desensibilización de movimiento ocular y el reprocesamiento, los resultados son contradictorios. Algunos encontraron mejoras en los síntomas, pero hubo fallas metodológicas que no permitieron interpretar adecuadamente los resultados. Se requieren más estudios controlados para evaluar la eficacia real de este tratamiento.

En lo que concierne al entrenamiento de inoculación de estrés (EIE), los estudios disponibles (Foa et al., 1991; Kilpatrick et al., 1982; Resick et al., 1988; Veronen & Kilpatrick, 1982, en: Foa &

Meadows, 1997) apoyan su eficacia en el tratamiento del TEPT. Sin embargo, todos estos estudios se llevaron a cabo con mujeres víctimas de asalto. La eficacia del EIE para otro tipo de poblaciones es aún desconocida. Por otro lado, los estudios no apoyan el uso de la combinación de tratamientos de EP/EIE sugieren que es mejor la utilización de estos de manera independiente.

Najavits, Weiss, Shaw y Muenz (1998) trabajaron en 24 sesiones con 17 mujeres que presentaban abuso de drogas además de TEPT, en una terapia grupal bajo un protocolo cognitivo conductual, a las cuales se les aplicaron evaluaciones pre, durante y post tratamiento (tres meses después). Se encontraron mejoras significativas en el uso de sustancias, en los síntomas relacionados con el TEPT, en los pensamientos y riesgo suicidas, ajuste social, funcionamiento familiar, solución de problemas, depresión, cogniciones acerca del uso de sustancias y en el conocimiento relativo al tratamiento. Lo que estos autores sugieren, es que se puede ayudar a las mujeres con TEPT y que abusan de drogas cuando se les designa el tratamiento adecuado.

Las diversas técnicas terapéuticas tienen una indicación concreta y específica dependiendo del caso clínico en cuestión. Generalmente una combinación adecuada de cada una de ellas, en el momento oportuno, y una actitud abierta y flexible por parte del terapeuta, van a conseguir los mejores resultados en la atenuación de la sintomatología y la reincorporación del individuo a sus labores sociales y profesionales (www.intersep.org/manual/)

La Dra. Cohen (1999) señala que aunque hay un limitado número de estudios acerca de la efectividad de los diferentes tratamientos para niños con algún tipo de trauma, la información disponible indica que las aproximaciones cognitivo conductuales enfocadas al trauma, son las más benéficas en la reducción de los síntomas psicológicos. Al menos en dos investigaciones con niñas sexualmente abusadas se encontró que esta forma de terapia fue superior a la terapia de apoyo no directiva en la reducción de los síntomas. Uno de estos estudios empleó terapia de juego, hallándose que no fue tan efectiva como la terapia cognitivo conductual.

Bajo este enfoque teórico, Jones y Peterson (1993) refieren el caso de una niña que sufrió un accidente al ir manejando su padre. El auto se impactó contra una camioneta. Antes del impacto la niña logró ver la camioneta y le gritó a su padre "¡cuidado!", pero el padre no vio la camioneta hasta el momento del choque. Después del accidente la niña presentó pesadillas 3 ó 4 noches por semana, durante las cuales gritaba "¡cuidado!" hasta que la despertaban y la consolaban. En estado de vigilia lloraba y temblaba al ver camionetas, coches o motocicletas. Se mostraba renuente a viajar en auto y le decía a su padre que manejara con cuidado; cuando había algún programa de televisión con carros o con violencia pedía que le cambiaran de canal. Sus padres la notaron más violenta en sus juegos, incluso le pegaba a su hermana de 5 años de edad. Todas estas conductas no estaban presentes antes del accidente y continuaron

por 28 días hasta que los padres solicitaron ayuda. El padre de la pequeña manifestó que también él presentaba pesadillas y se sentía ansioso al manejar.

Se les pidió a los padres que buscaran que la niña dibujara, hablara o reactuara el accidente utilizando carritos, camionetas y muñecas, recreando al inicio lo que ocurrió y posteriormente actuando lo que a ella le hubiera gustado que pasara. Ella jugaba a que la camioneta se paraba antes de golpear su carro, así evitaba el accidente. Se repitió el ejercicio varias veces al día por un mes. Dado que los niños a esta edad conciben que los objetos inanimados pueden realizar acciones, se propició que la niña volcara la agresión que sentía hacia la camioneta del accidente, culpándola y golpeándola en lugar de hacerlo con los miembros de su familia. Los programas televisivos violentos se evitaron. Dos semanas después de la primera visita los síntomas de la niña habían empezado a disminuir, y a las 7 semanas los padres consideraron que la niña estaba casi recuperada.

Deblinger, Mcleer y Henry (1990) mencionan que existen numerosos informes que enfatizan los síntomas físicos, afectivos, cognitivos y de conducta provocados por abuso sexual en niños; las investigaciones han demostrado que con frecuencia los síntomas entran en el perfil del diagnóstico de TEPT. Dichos síntomas persisten a largo del tiempo desde la niñez hasta la vida adulta. Sin embargo, los estudios no examinan la efectividad de las intervenciones destinadas especialmente a tratar el TEPT.

Existen informes que documentan que el TEPT y otros problemas relacionados con el trauma pueden persistir por años si no se tratan. Cuando se está evaluando a un adulto muchos años después del evento traumático, en ocasiones, es difícil identificar qué síntomas están relacionados con el trauma y cuáles son debidos a otras causas. Esto dificulta dar respuestas acertadas sobre los efectos que a largo plazo tienen las experiencias de la niñez; sin embargo, la evidencia va en aumento de que los niños que reciben tratamiento después de la exposición traumática, se conducen mucho mejor que los que no reciben tratamiento (Cohen, 1999).

La investigación de Deblinger, Mcleer y Henry (1990) estuvo destinada a evaluar la efectividad del tratamiento cognitivo conductual propuesto, e identificar variables que pudieran influir en la respuesta al tratamiento. Las variables examinadas fueron edad, tiempo transcurrido desde el último episodio abusivo, duración y naturaleza del abuso.

Se estudiaron a 19 chicas sexualmente abusadas de entre 3 y 16 años de edad junto con su principal cuidador (padre, madre, etc.), las parejas de víctimas y cuidadores se sometieron a 12 sesiones de tratamiento. La intervención con la niña constó de varios métodos cognitivo conductuales incluyendo exposición gradual, modelamiento y entrenamiento en habilidades de educación, afrontamiento y prevención. Lo principal de la intervención fue la exposición gradual, que estuvo destinada a asistir a la niña sexualmente agredida, para desconectar la asociación que frecuentemente hace entre la ansiedad y

vergüenza, por un lado, y los pensamientos relativos al abuso y los recuerdos por el otro. En la seguridad del ambiente terapéutico esta intervención gradual, pero repetida, expuso a las niñas a los estímulos relativos al abuso hasta que la ansiedad disminuyó.

Las investigaciones sugieren que los tratamientos conductuales con niños sin entrenamiento de los padres, son menos efectivos que la combinación de tratamiento al niño y entrenamiento al padre. Cohen (1999) dice al respecto que ella incluye a los padres, hermanos y otros miembros de la familia para aumentar la mejoría del niño que sufrió el evento traumático. Trata de que en el tratamiento participen los padres y otras personas que están al cuidado de los niños, porque considera que éste es un ingrediente muy importante que puede ayudarle al chico en su recuperación de la experiencia traumática.

Así, el presente tratamiento (Deblinger, Mcleer & Henry, 1990) también incluyó una intervención con el padre no abusivo, intervención que tuvo diversas estrategias cognitivo conductuales.

El tratamiento con la niña constó de 3 módulos. El primer módulo tuvo 2 sesiones de modelamiento y entrenamiento de habilidades de afrontamiento; el módulo II tuvo 6 sesiones de exposición gradual, donde el terapeuta ofrecía métodos de exposición alternativos de los que la niña podía elegir, estos métodos incluyeron: confrontar y discutir cosas relativas al abuso a través de la imaginación, jugar con muñecos, dibujar, leer, escribir cartas, poesía, canto, etc. En estas sesiones el terapeuta asistía a la niña para etiquetar y comunicar emociones. El módulo III tuvo 2 sesiones de entrenamiento de educación-prevenición que ayudarían a la niña a concientizarse de sus experiencias abusivas y a identificar y responder más efectivamente avances de alguna persona o interacciones peligrosas en el futuro.

La intervención con el padre no abusador constó de 2 sesiones de comunicación, modelamiento y exposición gradual (módulo II). Las sesiones cubrían las siguientes áreas: escucha, comunicación de acuerdo a la edad, expresión de sentimientos, alentar preguntas, compartir el problema, superar la evitación de cosas relativas al abuso y mantenimiento de la comunicación abierta. El módulo III tuvo 6 sesiones de habilidades de manejo de conducta donde se buscaba que el adulto ayudara a la niña a aprender conductas positivas, las cuales reemplazaran a las conductas disfuncionales que había aprendido durante el abuso.

Los resultados sugieren que este tratamiento a corto plazo es prometedor. Las evaluaciones pre y post tratamiento de los síntomas de TEPT, revelaron mejoras altamente significativas en todas las subcategorías del TEPT, incluyendo reexperimentar el evento traumático, conductas de evitación y síntomas de hipervigilancia. Además en las 12 sesiones de tratamiento, las niñas mostraron mejoras significativas en relación con conductas de internalización, de externalización, ansiedad rasgo/estado y depresión. Los resultados del análisis de varianza revelaron que no hubo diferencias significativas en las

puntuaciones entre los grupos de acuerdo a la edad, tipo de abusador, duración del abuso o los grupos formados de acuerdo al tiempo transcurrido desde el último episodio de abuso

En general, los resultados sugieren que la combinación de las intervenciones cognitivo conductuales en niña y cuidador (padre o madre) pueden aminorar efectivamente el TEPT, así como otros síntomas presentes en niñas agredidas sexualmente (Deblinger, McLeer & Henry, 1990)

Las técnicas cognitivo conductuales han probado ser especialmente útiles dentro de los programas de intervención en crisis para pacientes con TEPT. Algunos de los métodos incluyen ayudar al paciente a entender sus síntomas, enseñarle las estrategias de afrontamiento efectivas y técnicas de manejo del estrés (como el entrenamiento de relajación) la reestructuración cognitiva y la desensibilización sistemática. Los grupos de apoyo parecen tener un efecto benéfico para la gente que experimenta los síntomas post traumáticos. En el grupo las personas pueden recibir apoyo emocional, encontrar a otros con experiencias y síntomas similares que les validen los propios, y aprender una variedad de estrategias de manejo y afrontamiento (Mikulincer & Solomon, 1988)

No se debe suponer que todas las respuestas al trauma son inevitablemente negativas. Después del tornado en Xenia, Ohio, en 1974, a pesar del número significativo de síntomas de estrés psicológico, el 84% de la gente comentó que sus experiencias les mostraron que ellos podían manejar las crisis mejor de lo que pensaban, y el 69% sintieron que encontraron un gran reto y lo pudieron superar. 27% mencionaron que las relaciones con amigos cercanos y familiares mejoraron y 28% refirieron más satisfacción en el matrimonio.

Los desastres provocados por el ser humano parecen inducir niveles mayores de estrés que los desastres naturales, aquellos involucrados en tragedias tecnológicas han experimentado visiones positivas similares. De un grupo de rescatistas de un desastre ferroviario, el 35% sintieron mejoría en sus vidas como resultado de su involucramiento. En muchas ocasiones la confrontación con la muerte puede revelar la importancia de muchos aspectos de la vida (Hodgkinson & Stewart, 1991). Esto puede ser uno de los resultados más positivos de vivir una experiencia traumática si es que se encuentra algo positivo en el evento.

Sin embargo no siempre es así, por lo que además de lo anteriormente descrito es importante tomar algunas medidas para maximizar la recuperación de las personas con TEPT:

- Reunirse regularmente con su terapeuta y/o grupo de apoyo
- Aprender técnicas para el tratamiento del estrés, la autoafirmación, la relajación o la autohipnosis.

- Evitar programas de televisión, películas, música y videos sumamente estimulantes o violentos o las situaciones que aumentan la angustia o los síntomas
- Ya que lograr el reposo puede ser un problema en este trastorno, aprender técnicas que promueven descanso reparador
- Tener una dieta balanceada
- Hacer ejercicio regularmente y con vigor
- Discutir el uso social del alcohol con su terapeuta o consejero
- Evitar el uso de drogas.
- Trabajar para hacer y mantener amistades y una red de apoyo
- Trabajar diligentemente en la terapia
- Aceptar que puede haber contratiempos
- Tomar los medicamentos, si se prescriben
- Pedir ayuda cuando se necesite (www.noah.cuny.edu/sp/illness/mentalhea)

Dado que no siempre es posible tener las suficientes medidas preventivas, y menos aún cuando se trata de un desastre natural como lo son las inundaciones, a continuación se procederá a describir en detalle el tratamiento que se les dio a niños víctimas de este tipo de sucesos, a quienes se les diagnosticó previamente con TEPT

Podemos señalar que existen muchos eventos que pueden desencadenar el Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT), en este caso la investigación se enfocó a una inundación ocurrida en octubre de 1999 en poblados de un estado del centro de México. La causa principal de las inundaciones son los huracanes, los cuales dejan a su paso no sólo daños materiales, sino que también generan malestares de tipo psicológico. A lo largo de los años se han observado ciertos síntomas recurrentes en personas que sufren sucesos fuertemente estresores, es así como en la actualidad se han englobado estos síntomas dándole el DSM-IV-R el nombre de Trastornos por Estrés Post Traumático, mención aparte merece la presentación de este trastorno en niños, quienes presentan síntomas específicos y diferentes de los que muestran los adultos

Existen diversos puntos de vista desde los cuales se ha buscado dar una explicación de la aparición del TEPT, dependiendo de cada marco teórico es el tipo de tratamiento que se da al desorden, así como su forma de evaluación. En este trabajo se tomó como marco teórico el cognitivo conductual ya que con base

en la literatura revisada. fue éste el que mejores resultados comprobados dio, específicamente en casos con niños

Cada vez es mayor el número de autores que han criticado insistentemente la derivación de conclusiones acerca de la eficacia de los tratamientos psicológicos, con base exclusivamente en comparaciones estadísticas (por ejemplo Barlow, 1981; Kendall & Norton-Ford, 1982). Su crítica se fundamenta principalmente en el hecho de que el uso de pruebas de significancia estadística no proporciona información sobre la variabilidad de respuesta al tratamiento. El problema es que no permite conocer con detalle qué pacientes presentaron mejoras y cuáles no

Las pruebas estadísticas, a pesar de que garantizan que las diferencias que se encuentren no se deben al azar, no permiten conocer el tamaño del efecto, su importancia y su significancia clínica en cada una de las personas sometidas al tratamiento evaluado. En última instancia, lo que se persigue es que cada paciente se reintegre con éxito al funcionamiento normal, que desaparezca la disfunción que inicialmente le condujo al tratamiento

Por lo tanto, el nivel de funcionamiento de cada paciente después del tratamiento deberá caer fuera del rango de la población disfuncional, y dentro del de la población normal (Jacobson & Truax, 1992). En el presente estudio, para verificar si se cumplía la hipótesis 1 más allá de la mera prueba estadística de significancia de cambios, se calculó el índice de cambio confiable propuesto por Jacobson y Truax (1992), mediante el cual se determina un punto de corte. Se considera que cada persona expuesta al tratamiento logró recuperarse, mediante su reintegración al rango de población normal, si la suma de sus síntomas cae en ese punto o por debajo de él

Con base en lo anteriormente expuesto podemos derivar la siguiente *pregunta de investigación*

¿Reduce la terapia cognitivo-conductual grupal la sintomatología de niños con Trastorno por Estrés Post Traumático?

El *objetivo general* de la investigación fue determinar si la sintomatología del TEPT disminuye significativamente en los niños después de un tratamiento con terapia cognitivo-conductual grupal, y en comparación con niños, quienes no la recibieron

Las *hipótesis* fueron

Ho:

- 1 No hay cambios significativos en la sintomatología del TEPT en niños después de haberse sometido a terapia cognitivo-conductual grupal

- 2 No hay diferencia en el número de síntomas del TEPT en niños sometidos a terapia cognitivo-conductual grupal, en comparación con niños que no se sometieron a ésta
- 3 No hay variación en los síntomas después del tratamiento

Ha:

- 1 Disminuyen los síntomas de manera significativa en niños después de haberse expuesto a terapia cognitivo-conductual grupal
- 2 Los niños expuestos a terapia cognitivo-conductual grupal difieren significativamente de aquéllos no expuestos
- 3 Todos los síntomas ceden al tratamiento en términos del número de niños que los presenten cada síntoma en los diferentes momentos de su evaluación

METODO

Participantes

De un total de 260 niños evaluados de dos comunidades rurales contiguas de un estado del centro de México, fueron seleccionados 45 pequeños (23 varones y 22 niñas) de entre 6 y 12 años de edad. Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional, que se caracteriza de acuerdo con Kerlinger (1987), por el empleo del criterio y de un esfuerzo deliberado por obtener las muestras. En este caso se buscó a los niños víctimas de las inundaciones de octubre de 1999, que presentaran síntomas de TEPT. El criterio de inclusión de los niños a los grupos fue que presentaran un diagnóstico de Trastorno por Estrés Post Traumático de acuerdo con el DSM-IV (1994). Se formaron 3 grupos, dos grupos que se sometieron a terapia grupal y uno de lista de espera, compuestos por 10, 13 y 22 niños respectivamente. La asignación de los niños a los grupos fue dada en términos del momento de su evaluación, es decir los niños que fueron evaluados en un inicio se pudieron integrar a los grupos de tratamiento, mientras que los que fueron evaluados al final, permanecieron en el grupo control. Todos los participantes habían estado en el pueblo cuando ocurrió el desastre y presentaban diversos niveles de exposición al desastre y de pérdidas.

Escenario

Salones de clase de las escuelas primarias rurales de las comunidades afectadas por las inundaciones de octubre de 1999. La primera parte del tratamiento se dio en la escuela "antigua", donde los salones eran amplios, aunque con poca luz, mobiliario escaso y ventilación mínima; la segunda parte del tratamiento se dio en la escuela "nueva", donde los salones eran un poco más pequeños, pero con luz mobiliario y ventilación suficiente.

Materiales

Hojas de papel bond tamaño carta, lápices, plumas, crayones, fotografías, recortes de periódico.

Variables

La variable *independiente* fue el tratamiento cognitivo-conductual grupal, que consistió de una pre-evaluación, una fase de tratamiento, una post-evaluación y una etapa de seguimiento.

La variable *dependiente* el número de síntomas del trastorno por estrés post traumático evaluado a través de los siguientes

Instrumentos

Para evaluar los síntomas del TEPT se aplicó a cada niño una "Entrevista Estructurada TEPT-UNAM". Esta entrevista se basa en el DSM-IV (1994) y en las observaciones realizadas posteriormente a los sismos de septiembre de 1985 en la Ciudad de México (Hernández-Guzmán & Sánchez Encalada, 1988). En algunos casos cuando había duda de la veracidad de las respuestas infantiles se aplicó una entrevista paralela dirigida a un adulto: "Entrevista Estructurada al Adulto Responsable" del niño

Diseño

Diseño pre- post test y grupo en lista de espera. Los grupos de tratamiento constituyen réplicas directas (Sidman, 1960)

GI1	O1	X	O2	O3	
GI2		O1	X	O2	O3
GL			O5		

GI= Grupos de tratamiento GL= Grupo en lista de espera

O= Evaluación X= Tratamiento

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Procedimiento

Contempló tres fases: Evaluación, Tratamiento, Post-Tratamiento y Seguimiento

En primera instancia se acudió al lugar de las inundaciones, un municipio de un estado del centro de México. Se evaluó a todos los niños (260) de dos comunidades contiguas y se identificó a aquéllos que presentaban un diagnóstico de estrés post traumático (Evaluación) mediante la aplicación de la Entrevista al Niño IEPT-UNAM. El mismo instrumento se aplicó a los dos grupos expuestos a la terapia inmediatamente después de la intervención (Post-Tratamiento) y tres meses después (Seguimiento), con la finalidad de observar el efecto del tratamiento cognitivo conductual. El grupo en lista de espera se evaluó una única ocasión paralelamente a la aplicación del post-tratamiento en los niños intervenidos.

Tratamiento

Se inició el tratamiento con un primer grupo, tres días después se inició el mismo tratamiento con el segundo grupo. El tratamiento consistió en la aplicación grupal de un protocolo manualizado desarrollado por Hernández-Guzmán (2001), adaptado a un formato grupal de juego. El protocolo incluye los siguientes componentes: Inducción psicoeducativa, distinción entre pensamientos, conducta y sentimientos, relajación profunda, identificación de estímulos evocadores de pensamientos, conducta y sentimientos negativos, exposición por medio de imaginación guiada y búsqueda de soluciones y estrategias de afrontamiento funcionales.

A continuación se describirán las actividades realizadas en las sesiones de tratamiento. Cada sesión se divide en partes, se presenta al inicio de cada una el rango promedio en minutos.

Sesiones 1 y 2

Objetivos: 1) educar al paciente acerca del trastorno; 2) estabilizarle.

15'- 20' Se explicó que sus reacciones son naturales ante eventos que ponen en riesgo la integridad personal. Se realizaron preguntas acerca de cómo reacciona una persona ante un peligro real. Se utilizaron figuras del cuerpo humano para ayudarle al niño a decir dónde sentía miedo, dolor, entumecimiento, etc. Se elaboraron historietas para ilustrar las respuestas comunes ante un trauma. Al preguntarle se emplearon las mismas palabras del niño para referirse al trauma: preguntas que orientaron a ¿qué siento?, ¿qué pienso?, ¿qué hago?

3'- 8' Ejercicios respiratorios. Se promovió la respiración diafragmática, modelando al niño cómo respirar. Que el niño imaginara su estómago como un globo, inflándolo con una única inhalación y desinflándolo soplando lentamente hasta vaciarlo, esto hasta lograr que sostuviera la respiración por 4'. Se permitieron descansos para evitar hiperventilación.

10'-15' Ejercicio de relajación. Se indujo relajación muscular profunda procediendo de la cabeza a los pies.

5'-10' Tareas. Realizar los ejercicios de respiración y relajación en casa. Autorregistro, planteado como un juego al detective para descubrir lo que le hacía sentir miedo; preguntarse: ¿qué siento?, ¿qué pienso?, ¿qué pasó (qué vi, oí, recordé) justo antes de sentirlo?, ¿qué hice). Se les pidió que lo escribieran.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Sesiones 3 y 4

Objetivos: 1) identificar del autorregistro: sensaciones, pensamientos y formas de afrontamiento así como estímulos y situaciones que provocan reacciones; 2) establecer habilidades de relajación profunda; 3) comenzar a trabajar la imaginación guiada, para que el niño vaya adquiriendo una sensación de control y eficacia

10'-15' Se revisó lo sucedido en la sesión anterior. Se recordaron las reacciones comunes ante el suceso traumático. ¿Qué tanto logró relajarse el niño? se asignó cada uno su propia calificación. ¿Qué nuevos descubrimientos realizó el detective? Se indagaron sobre los dibujos y registros escritos. Se reforzaron los progresos o intentos por realizar la tarea. Se discutió y elaboró con los niños una jerarquía de estímulos y situaciones que les evocaban el trauma. Se investigó si ya utilizaban alguna habilidad de afrontamiento y se discutió sobre ella.

5'-10' Ejercicio de relajación

15'-20' Se realizaron al menos 2 ensayos de práctica encubierta, evocando situaciones estándar, neutras, no amenazantes (por ejemplo comer), sobre las que el niño manifestaba dominio. Se le hizo ver durante la imaginación guiada, que sabe perfectamente qué hacer y que tenía el dominio de la situación.

5'-10' Tareas: realizar los ejercicios de relajación en casa. Autorregistro

Sesión 5

Objetivos: 1) identificar del autorregistro sensaciones y pensamientos comunes, así como formas de afrontamiento a las que recurrió desde la sesión anterior; 2) establecer habilidades de relajación profunda; 3) mostrarle, utilizando imaginación guiada, el manejo de la ira o enojo.

10'-15' Se revisó de la sesión anterior a ésta ¿qué tanto logró relajarse? ¿qué nuevos descubrimientos hubieron? ¿Qué sintió y pensó con respecto a los dibujos o los registros escritos?

10'-15' Se indujo la relajación e imaginación guiada evocando situaciones que les producían ira o enojo. Se les pidió que se imaginaran a sí mismos deteniendo en voz alta el pensamiento que les producía enojo ¡AL TO!, e inmediatamente después se pedía que respiraran profundamente y se relajaran.

5'-10' Se realizó un ensayo de práctica encubierta evocando situaciones estándar, neutras, no amenazantes, sobre las que los niños hubieran manifestado dominio.

5'-10' Tareas, ejercicios de relajación en casa. Autorregistro. Se les pidieron recortes de periódico o un dibujo del acontecimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sesión 6

Objetivos: 1) mantener habilidades de relajación profunda; 2) exponer al niño, mediante imaginación guiada, a estímulos o situaciones que le recuerden el acontecimiento traumático según la jerarquía elaborada en la 3a y/o 4a sesiones; 3) promover la utilización durante su funcionamiento cotidiano de las habilidades de afrontamiento recién adquiridas y las que ya poseía

15'-20': Se revisaron las tareas, se discutió la importancia de las habilidades adquiridas y cómo aplicarlas a situaciones cotidianas

15'-25': Se hicieron un mínimo de 2 ensayos de imaginación guiada evocando estímulos o situaciones que aún les recordaran el evento traumático. Se hizo una descripción verbal con base en un libreto previamente preparado del estímulo o situación inferior en la jerarquía, a estímulos o situaciones más adversas. Es importante dominar cada paso de la jerarquía antes de proseguir con el siguiente. Al final de cada paso, se indujo a los niños a que se felicitaran o se elogiaran entre sí por el esfuerzo o el control logrado.

5' Se discutió lo que sintieron o pensaron durante la imaginación guiada, haciendo referencia al dibujo y los recortes que llevaron a la sesión

5'-10' Tareas: ejercicios de imaginación guiada. Autorregistro: ocasiones en su vida diaria en las que aplicó sus habilidades de afrontamiento, y registrar hasta dónde llegó en la jerarquía

Sesiones 7 y 8

Objetivos: 1) exponer al pequeño mediante imaginación guiada, al acontecimiento traumático; 2) anticipar las recaídas, dotando al niño de habilidades que le permitan anticiparse al fracaso

10'-15' Se revisaron las tareas y se discutió sobre las sensaciones y pensamientos que le haya evocado los ejercicios de la sesión anterior. Se preparó a los niños para los ensayos de exposición imaginada del acontecimiento traumático. Se les explicó que recordará todo lo que vivió durante éste y que era importante revivirlo porque le ayudaría a: a) aprender que pensar en el suceso no es peligroso, b) conocer mejor las emociones que siente, c) reducir la ansiedad, d) mejorar su autocontrol y competencia

25'-30' Se realizaron tres ensayos de imaginación guiada, bajo relajación profunda, evocando el suceso traumático tal y como lo describieron los niños durante la evaluación. Se les pidió que mantuvieran la imagen, se les dijo que se sabía que el suceso era doloroso y/o les producía miedo pero se les alentó diciéndoles que estaban haciendo un excelente trabajo reteniéndolo en su imaginación, y que

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estaban a salvo. Al final se les pidió que describieran lo que habían imaginado cada uno incluyendo sensaciones y pensamientos nuevos para ensayos futuros.

5. Ejercicio de relajación.

10'. *Tareas:* realizar en casa varios ejercicios de imaginación guiada. *Autorregistro:* ¿qué tanto éxito tuvo recordando el suceso y manteniéndolo en su memoria? ¿qué dificultades enfrentó?, ¿cómo intentó resolverlas?, ¿a qué le atribuye el éxito (fracaso)? ¿por qué es normal fracasar y qué hacer en esos casos?

Sesión 9

Objetivos: 1) anticipar las recaídas; 2) transferir la responsabilidad del tratamiento al niño

10'-15'. Se revisaron tareas y se discutió acerca de la aplicación de las habilidades adquiridas en su vida cotidiana.

10'-15'. Se presentaron fotografías del suceso, promoviendo revivir las reacciones experimentadas. Al final, se practicó la relajación profunda y se les elogió por los éxitos obtenidos.

15'-20'. Se discutieron los logros, haciendo preguntas al niño y dejándolo hablar. Se enfatizó que el niño hizo todo y que el terapeuta sólo le ayudó. Se promovió que el niño explicara a sus padres u otras personas significativas sus éxitos, dificultades, cómo las resolvió, a qué las atribuye, por qué es normal fracasar y qué hacer en esos casos. Se planearon sesiones de seguimiento a los 3 meses.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

En primera instancia se presentan las medias y desviaciones estándar de los niños expuestos al tratamiento, tanto de los que se les dio seguimiento como de los que no, así como de los niños del grupo control. Posteriormente se muestran comparaciones hechas intragrupo mediante la aplicación de pruebas t apareadas, comparando entre pre-test, post-test y seguimiento y, entre muestras independientes, en las distintas mediciones al grupo con tratamiento y al grupo control (sin tratamiento). Enseguida se presenta el análisis realizado para observar la significancia clínica de la mejoría que mostraron los niños luego del tratamiento. Finalmente, se hizo una comparación del comportamiento de la sintomatología del IEPT, en términos del número de niños que presentaron cada síntoma en los diferentes momentos de su evaluación.

Se calcularon las medias y desviaciones estándar (Tabla 1) para cada una de las mediciones: antes del tratamiento (pre-test) y después de éste (post-test). Como no fue posible dar seguimiento (seis meses después) a todos los niños, fue necesario realizar paralelamente los mismos cálculos solamente para los 14 niños, de los veintitrés expuestos al tratamiento, que sí se evaluaron durante el seguimiento. También se calculó media y desviación estándar para la única medición realizada al grupo control, medición que coincidió en tiempo con la aplicación del post-test a los niños expuestos al tratamiento.

Tabla 1. Medias y desviaciones estándar de la suma de los síntomas para los niños expuestos al tratamiento cognitivo-conductual grupal y para el grupo control (sin tratamiento)

Grupo Tratamiento	Pre-test (n = 23)	Post-test (n = 23)	Pre-test (n = 14)	Post-test (n = 14)	Seguimiento (n = 14)
Medias y desviaciones	X = 8.96 D.E. = 2.46	X = 5.52 D.E. = 3.37	X = 9.64 D.E. = 2.06	X = 6.14 D.E. = 3.72	X = 5.43 D.E. = 3.96
Grupo Control		Pre-test (n = 22)			
Media y desviación		X = 10.18 D.E. = 2.95			

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La hipótesis 1 postulaba que los síntomas disminuirían significativamente en los niños expuestos al tratamiento cognitivo-conductual grupal, después de aplicarlo. Para someter a prueba esta hipótesis se llevaron a cabo comparaciones intragrupo en los niños expuestos al tratamiento, mediante la aplicación de pruebas t apareadas. La comparación entre el pre-test contra post-test en los niños expuestos al tratamiento ($n = 23$) arrojó una $t = 5.55$ ($gl = 22$) significativa al $p < .00$. En el caso de aquellos niños a los que se les pudo dar seguimiento ($n = 14$), la diferencia entre el pre-test y el seguimiento fue significativa ($t = 4.60$, $gl = 13$, $p < .00$). En cambio, entre el post-test y el seguimiento no resultó significativa encontrándose una $t = .785$ ($gl = 13$) $p = .447$ (Tabla 2).

Por otra parte, la hipótesis 2 proponía que los niños expuestos a terapia cognitivo-conductual grupal no presentarían diferencias significativas antes de someterse al tratamiento respecto al grupo sin tratamiento, pero que sí presentarían significativamente menos síntomas después del tratamiento en comparación con los niños no expuestos. Para someterla a prueba y conocer si había diferencias significativas entre el grupo de niños intervenidos y aquellos control se calcularon pruebas t para muestras independientes. De la comparación entre la media en el pre-test para el grupo expuesto al tratamiento ($X = 8.96$) y la media de la única medición en el grupo control ($X = 10.18$), la diferencia no resultó significativa ($t = 1.515$, $p = .137$). Sin embargo, cuando se contrastó la media del grupo bajo tratamiento en el post-test ($X = 5.52$) contra la misma única medida del grupo control, la diferencia fue significativa ($t = 4.924$, $p < .00$). Lo mismo ocurrió cuando se comparó la media de los 14 niños bajo tratamiento a los que se les pudo dar seguimiento ($X = 5.43$) con la del grupo control ($t = 4.12$, $p < .00$) (Tabla 2).

Tabla 2. Valores t entre muestras apareadas (intragrupos) comparando entre pre-test, post-test y seguimiento y, entre muestras independientes, entre las distintas mediciones al grupo con tratamiento y la del grupo control (sin tratamiento).

	Pre-test (gl = 22)	Post-test (gl = 22)	Seguimiento (gl = 13)
Pre-test (gl=22)	-	$t = 5.55$ $p < .000$	-
Pre-test (gl = 13)	-	-	$t = 4.60$ $p < .000$
Post-test (gl = 13)	-	-	$t = .79$ $p = .447$
Control (gl = 21)	$t = 1.52$ $p = .137$	$t = 4.92$ $p < .000$	$t = 4.12$ $p < .000$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SIGNIFICANCIA CLÍNICA

Se calculó el índice de cambio confiable CR, empleando la fórmula propuesta por Jacobson y Truax (1992). Se calcula tomando como referencia las calificaciones de niños normales. En este caso se evaluó a un grupo de 70 niños que no alcanzaban un diagnóstico de TEPT. La fórmula echa mano también de los datos de los niños que presentaban sintomatología en el pre-test. El punto de corte se obtiene mediante la siguiente fórmula:

$$c = (M_{pre}) (D E_{normales}) + (M_{normales}) (D E_{pre}) / D E_{pre} + D E_{normales}$$

donde:

M_{pre} = media de los 23 intervenidos en el pre-test (8.96)

$D E_{normales}$ = desviación estándar de los 70 niños normales (1.85)

$M_{normales}$ = media de los 70 niños normales (5.56)

$D E_{pre}$ = desviación estándar de los 23 intervenidos en el pre-test (2.46)

CR = 7.02 el punto de corte se redondeó a 7

La fórmula anterior permitió establecer que todo niño con 7 o menos síntomas, presentaba una mejoría clínicamente significativa. La figura 1 muestra este punto de corte y el número de síntomas presentado por cada niño en el pre-test, post-test y seguimiento para los 14 niños a los que fue posible evaluar en el seguimiento. La columna de la izquierda representa la calificación en el pre-test, la de en medio sombreada en el post-test y la estriada en el seguimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

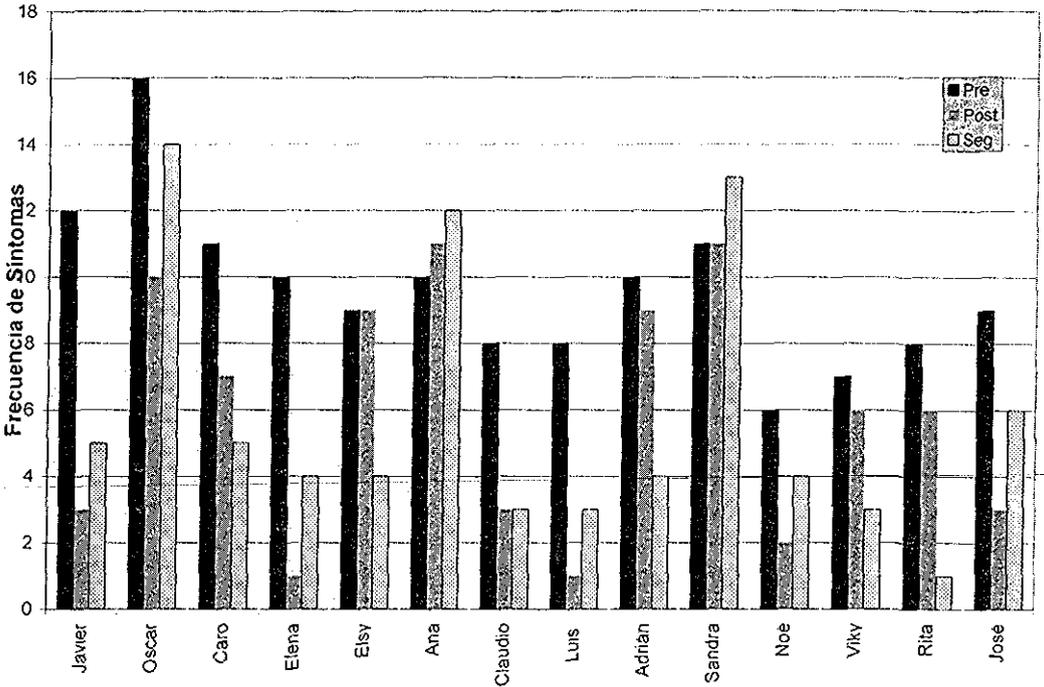


Figura 1. Número de síntomas que obtuvieron los niños a los que se les dio seguimiento en cada una de las etapas de evaluación, teniendo como punto de corte 7 para la significancia clínica

Once de los catorce niños mejoraron de manera clínicamente significativa al seguimiento. Nueve de estos niños presentaron mejoría desde el post-test, aunque dos de ellos no habían alcanzado el punto de corte en el post-test.

De los catorce, dos niñas empeoraron al seguimiento, una de las cuales (Sandra*) mantuvo el mismo número de síntomas del pre- al post-test y empeoró en el seguimiento, y la otra (Ana) empeoró pre- al post-test y siguió empeorando en el seguimiento. El tercero (Oscar) había presentado una ligera disminución de síntomas en el post-test sin lograr alcanzar el punto de corte, pero se recuperó al seguimiento (Figura 1).

* Los nombres tanto de los niños como de los lugares fueron cambiados por razones de confidencialidad.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La figura 2 presenta los datos correspondientes a los nueve niños que no fue posible evaluar seis meses después del tratamiento. En ese caso, cinco de los nueve niños alcanzaron una mejoría clínicamente significativa en el post-test, y tres ya se encontraban por abajo del punto de corte. Su inclusión en el estudio se debió a la severidad de los síntomas que presentaban. No obstante, en cada uno de estos tres niños se observó disminución de síntomas. La niña restante (Rosa) a pesar de que mostró reducción de síntomas en el post-test, no alcanzó el punto de corte.

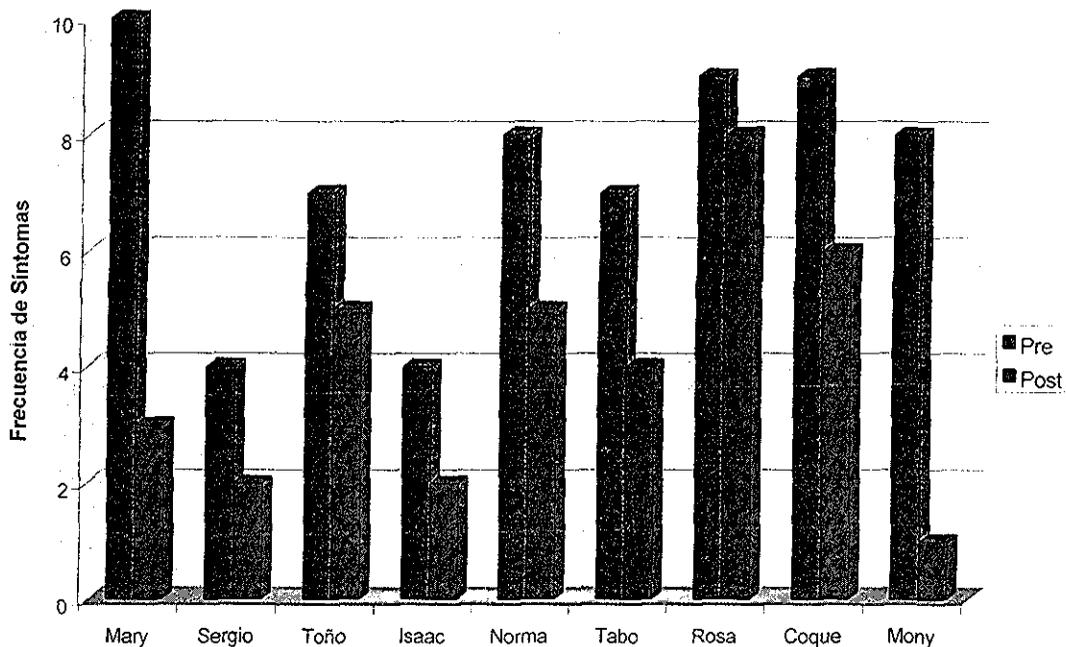


Figura 2 Número de síntomas que alcanzaron en el pre test y el post test los niños a los que no se les dio seguimiento teniendo como punto de corte 7 para la significancia clínica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMPARACION DEL NUMERO DE SINTOMAS

Para dar respuesta a la hipótesis 3 que proponía que todos los síntomas cederían al tratamiento, a continuación se presenta una comparación del comportamiento de la sintomatología del TEPT en términos del número de niños que presentaron cada síntoma en los diferentes momentos de su evaluación. En primera instancia se describen los resultados de los 14 niños a los que fue posible darles seguimiento (Figura 3).

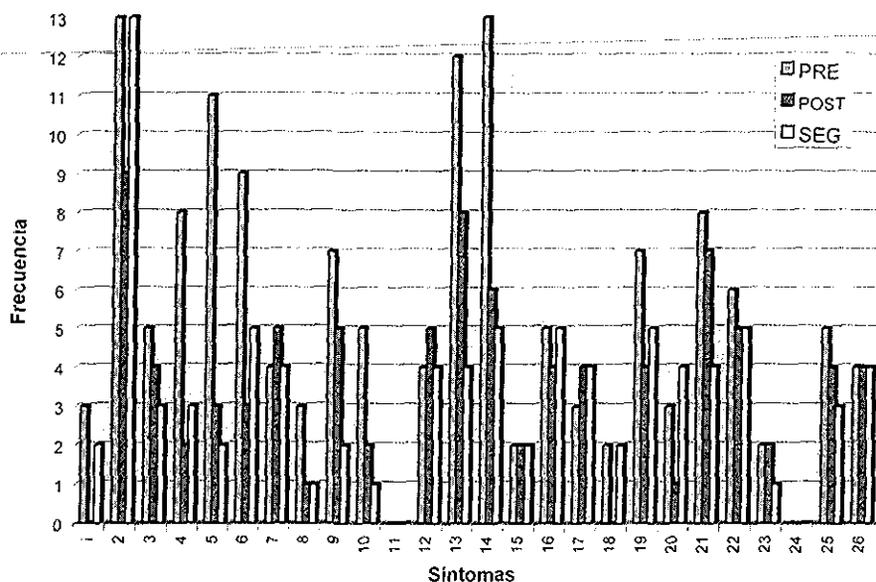


Figura 3 Frecuencia total de cada uno de los síntomas en las 3 fases de la evaluación (niños a los que se les dio seguimiento N= 14)

El síntoma 1, que se refiere a los sentimientos de enojo o tristeza en la época de las evaluaciones estuvo presente en 3 niños en el pre test y disminuyó a 2 en el seguimiento

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El síntoma 2 que habla del enojo o tristeza del niño al recordar el evento, se mantuvo constante en 13 niños

El síntoma 3 que es el enojo o tristeza del niño al despertar, marcó 5 en el pre y decrementó a 3 niños en el seguimiento

Cuando se preguntó a los niños acerca de los sueños feos (síntoma 4) se obtuvo que 8 pequeños los tenían en el pre test disminuyendo hasta 3 en el seguimiento

Al indagar si despertaban asustados (síntoma 5) se obtuvo una reducción significativa desde 11 en el pre a 2 en el seguimiento

El síntoma 6 que investiga si tardan mucho tiempo en dormirse en la noche, marcó 9 en el pre y 5 en el seguimiento

Al preguntar si podían dormir toda la noche (síntoma 7), se mantuvo el mismo número de niños que lo presentaban del pre al seguimiento (4)

El síntoma 8 que trata si les gusta dormir con la luz encendida, puntuó 3 en el pre y bajó a 1 en el seguimiento

7 niños respondieron en el pre test que no les gustaba dormir solos (síntoma 9), disminuyendo a 2 los que señalaron esto en el seguimiento

El síntoma 10 que hace referencia a si juegan a lo mismo cuando juegan solos, marcó en el pre 5 y 1 en el seguimiento

Cuando se les preguntó si se hacían "pipí" en la cama (síntoma 11), ninguno de los niños contestó afirmativamente en ninguna de las evaluaciones

En el pre test 4 de los niños dijeron que sentían "cosquillitas" en la piel sin que nadie los estuviera tocando (síntoma 12), manteniéndose con la misma cantidad en la fase de seguimiento

12 niños dijeron que pensaban mucho en el evento traumático (síntoma 13) al evaluarlos previo al tratamiento, cifra que decreció para el seguimiento hasta 4 pequeños

El síntoma 14 que indaga si les daba miedo pensar en lo que les había pasado, estuvo presente en 13 niños en el pre test, disminuyendo a 5 para el seguimiento

Al cuestionarlos si se acordaban de todo lo que les había pasado (síntoma 15) 2 niños contestaron afirmativamente tanto en pre test como en seguimiento

5 niños respondieron tanto en el pre como en el seguimiento que antes les gustaba hacer cosas que ahora ya no hacen (síntoma 16)

En el síntoma 17 donde se preguntaba si sentían que su corazón les golpeaba muy fuerte, el número de niños que contestaron afirmativamente fue en aumento, siendo 3 en el pre y 4 en el seguimiento.

Fueron 2 los pequeños que dijeron que se sentían enojados (síntoma 18) en la etapa del pre test, lo mismo que en el seguimiento.

De 7 en el pre disminuyó a 5 la cantidad de chicos que se enojaban por cualquier cosa (síntoma 19).

El síntoma 20 que investiga si el niño entrevistado les pega a los demás niños, aumentó de 3 en la pre evaluación a 4 en el seguimiento.

El síntoma 21 (te dan ganas de llorar) lo presentaron 8 niños en el pre, disminuyendo hasta 4 en el seguimiento.

6 niños respondieron en el pre test que lloraban sin saber por qué (síntoma 22), decreciendo ligeramente para el seguimiento (5 niños).

Al cuestionarlos si se chupaban el dedo (síntoma 23) en el pre test sólo fueron 2 los niños, lo que dijeron que sí, disminuyendo a 1 en la fase de seguimiento.

Ninguno de los chicos entrevistados reportó que le dieran de comer en la boca (síntoma 24) en ninguna de las etapas de la evaluación, manifestando hasta extrañeza por la pregunta.

5 niños señalaron que sentían mucho miedo (síntoma 25) en el pre test, bajando a 3 quienes reportaron esto en el seguimiento.

El síntoma 26 (27 en el cuestionario) que indaga hasta dónde piensa el niño que va a crecer, se mantuvo estable, siendo 4 los pequeños que dijeron en todas las evaluaciones que no llegarían a ancianos.

Enseguida se describen los resultados de los 9 niños restantes a los que solamente se les pudo aplicar el pre test y el post test (Figura 4).

El síntoma 1 que indaga los sentimientos de enojo o tristeza, tuvo un ligero aumento, de ninguno en el pre test a 1 niño en el post test.

El síntoma 2 que habla del enojo o tristeza del niño al recordar el evento, disminuyó de 9 a 6 niños, los que lo presentaron de una fase a otra de evaluación.

El síntoma 3 que es el enojo o tristeza del niño al despertar, estuvo presente en 1 niño en el pre y en ninguno para el post test.

Cuando se preguntó a los niños acerca de los sueños feos (síntoma 4), se obtuvo una disminución considerable, bajando de 6 a sólo un pequeño quien lo manifestó de una fase a otra.

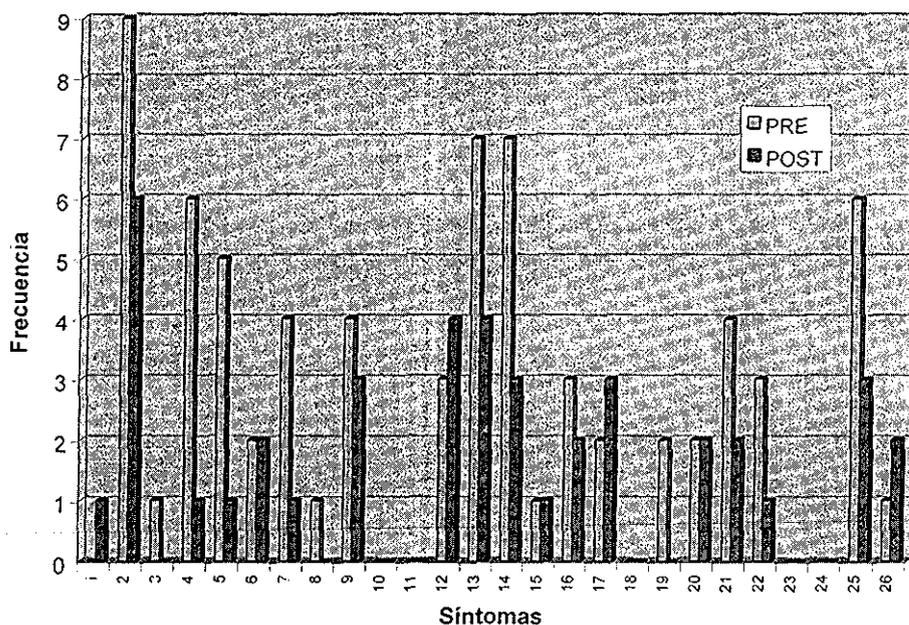


Figura 4 Frecuencia total de cada uno de los síntomas en el pre test y post test (niños que no tuvieron seguimiento N= 9)

Al indagar si despertaban asustados (síntoma 5), 5 niños dijeron que si en el pre, decreciendo hasta 1 para el post test

El síntoma 6 que investiga si tardan mucho tiempo en dormirse en la noche, estuvo presente en 2 niños en ambas fases de la evaluación

Al preguntar si podían dormir toda la noche (síntoma 7), disminuyó el número de niños que contestaron afirmativamente del pre al post. de 4 a 1 respectivamente

El síntoma 8 que trata si les gusta dormir con la luz encendida, tuvo solamente a 1 niño en el pre y ninguno en el post

4 niños respondieron en el pre que no les gustaba dormir solos (síntoma 9), disminuyendo a 3 los que dijeron lo mismo en el post test

El síntoma 10 que hace referencia a si juegan a lo mismo cuando juegan solos, y el síntoma 11 que indaga si se hacían "pípi" en la cama, no tuvieron ningún caso afirmativo en ninguna fase de evaluación

De 3 en el pre aumentó a 4 en el post test el número de niños que dijeron que sentían "cosquillitas" en la piel sin que nadie lo estuviera tocando (síntoma 12)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

7 pequeños señalaron antes del tratamiento que pensaban mucho en el evento traumático (síntoma 13) bajando a 4 los que contestaron esto en el post test

El síntoma 14 que indaga si les daba miedo pensar en lo que les había pasado, estuvo presente en sólo 3 niños en el post test, luego de haberlo estado en 7 en el pre

Al cuestionarlos si se acordaban de todo lo que les había pasado (síntoma 15), sólo en un caso se dio esto tanto en la pre como en la post evaluación

3 niños respondieron en el pre que antes les gustaba hacer cosas que ahora ya no hacen (síntoma 16), siendo 2 los que respondieron esto en el post test

En el síntoma 17 donde se preguntaba si sentían que su corazón les golpeaba muy fuerte, 2 niños contestaron afirmativamente en el pre, aumentando a 3 los que lo hicieron en el post

Ningún entrevistado señaló que se sintiera enojado (síntoma 18) ni en pre ni en post

De 2 niños que en el pre test mencionaron que se enojaban por cualquier cosa (síntoma 19), ninguno lo hizo en la post evaluación

Sin embargo, el síntoma 20 que investiga si el niño entrevistado les pega a los demás chicos se mantuvo con 2 respuestas afirmativas en ambas fases

El síntoma 21 "te dan ganas de llorar", de 4 niños que lo presentaron en el pre test bajó a 2 en el post

3 niños respondieron en el pre test que lloraban sin saber por qué (síntoma 22), en el post decreció el número a uno solamente

Ningún niño respondió afirmativamente a las preguntas de si se chupaban el dedo (síntoma 23) o si les daban de comer en la boca (síntoma 24), en ninguna de las fases

De 6 niños que sentían mucho miedo (síntoma 25) en el pre test, decreció a 3 los que sentían esto en el post test

El síntoma 26 (27 en el cuestionario) que investiga hasta dónde piensa el niño que va a crecer tuvo a un chico que dijo que no llegaría a anciano, aumentando la cifra a 2 para el post test

En general podemos afirmar que la intervención mostró dar buenos resultados para tratar la sintomatología del trastorno por estrés post traumático en niños víctimas de inundaciones, esto se puede observar en la disminución de los síntomas 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 16, 18, 19, 20 y 22 del pre test al post test, y en el continuo decremento de los síntomas 5, 9, 10, 13, 14, 21 y 25 desde el pre test hasta el seguimiento

CONCLUSIONES Y DISCUSION

El objetivo general de la investigación fue determinar si la sintomatología del TEPT disminuía significativamente en los niños expuestos a un tratamiento con terapia cognitivo-conductual grupal en comparación con niños que no lo recibieron

A partir del análisis de los datos, se puede concluir que el número de síntomas de los niños expuestos a terapia cognoscitivo conductual grupal tuvo una disminución estadísticamente significativa (hipótesis 1), lo que nos habla de la efectividad de este tipo de tratamientos en niños víctimas de desastres naturales. Además del dato general, al realizar un análisis por grupos los hallazgos del grupo 2 corroboraron lo encontrado en el grupo 1, lo cual aumenta la confiabilidad de los datos y nos permite argumentar la generalidad de los resultados, al menos en poblaciones rurales como la que nos ocupó en la presente investigación. Estos resultados apoyan la hipótesis de que la terapia cognoscitivo conductual grupal ayuda en la disminución de la sintomatología del TEPT.

Se puede argumentar que los niños expuestos a la terapia cognitivo conductual grupal difirieron significativamente de aquéllos pequeños no sometidos a este tratamiento (hipótesis 2), el hecho de haber tenido al grupo de Peñitas como grupo control nos permitió corroborar esta hipótesis. Los datos relativos al pre test de los dos grupos intervenidos (San Pedro) no difirieron de los del pre test (única evaluación) del grupo control, sin embargo sí distaron mucho los resultados del post test de los intervenidos con respecto a la evaluación única del grupo control, mostrándose la mejoría clínicamente significativa en los niños tratados con la terapia cognitivo conductual grupal.

El grupo en lista de espera o control nos fue de utilidad para la comparación de resultados con respecto a los grupos intervenidos, sin embargo aunque se hubiese querido aplicar también a los niños de dicho grupo el tratamiento cognoscitivo conductual grupal, las condiciones bajo las cuales se trabajó en los poblados nos tornaron prácticamente imposible la realización de tal tarea, el tiempo que se tuvo para trabajar en dichos lugares fue muy reducido, siendo éste el principal obstáculo, aunado a que las distancias que se tenían que recorrer eran muy amplias y a la dificultad de encontrar transporte para trasladarse de un poblado al otro. En este caso lo que se hizo para no dejar sin ninguna atención a los niños que fungieron como grupo control, fue canalizarlos con la investigadora que fue el contacto entre la UNAM y los poblados afectados por la inundación.

Se considera que no tuvo ningún efecto o si lo hubo fue mínimo, el haber aplicado el pre test al grupo control mientras se aplicaba la intervención a los grupos de tratamiento, esto debido a que al momento de llegar a los lugares donde había ocurrido la inundación ya habían transcurrido 7 meses y

tanto niños intervenidos como los control presentaron sintomatología del TEPT muy similar en los resultados del pre test

En muchos casos como en el presente, no bastan los datos a nivel estadístico puramente, sino que es importante someterlos a otro tipo de pruebas. fue por ello que además de realizar los análisis estadísticos de los 23 niños intervenidos, se recurrió a una prueba que diera indicios sobre la significancia clínica de la mejoría observada. El índice de cambio confiable con el establecimiento de un punto de corte (Jacobson & Truax, 1992) en los resultados permitió evaluar la eficacia del tratamiento cognoscitivo conductual grupal en los niños, el cual dio resultados positivos, tal es así que 11 de 14 niños con seguimiento y 5 de 9 sin seguimiento mostraron mejoría clínicamente significativa después de la intervención

El hecho de que algunos pequeños no hayan mostrado mejora clínicamente significativa permite suponer que existen algunos factores dignos de tomarse en cuenta para futuras investigaciones. A partir de lo observado se puede argumentar que el tratamiento cognoscitivo conductual no es suficiente en estos casos, debido entre otras cosas a la sospecha de disfuncionalidad familiar que puede manifestarse por ejemplo, en maltrato intrafamiliar, en la poca atención que mostraron algunos de los padres de estos chicos, o en el conocimiento de problemas conyugales entre los padres, e incluso en sospechas también, de abuso sexual hacia una de las niñas. Se considera que aspectos relacionados con el funcionamiento familiar, es decir, con las interacciones que se establecen entre los miembros de las familias de los niños y en general con el tipo de estructura familiar presente en estas poblaciones rurales (el que uno o ambos padres se vayan “al norte” o a la ciudad a trabajar), son algunos de los tópicos que sin duda pueden arrojar nuevas luces con respecto al mejoramiento o no de los chicos respecto de su sintomatología de TEPT

Con respecto a las comparaciones que se realizaron de los síntomas en las diferentes etapas de evaluación se puede señalar lo siguiente:

Infortunadamente no se tienen datos de por qué aumentó ligeramente el número de niños (de 3 a 4) que presentaron el síntoma 17 (sentir que el corazón les golpea fuerte) en el transcurso de las evaluaciones. El síntoma 20 que investiga si el niño entrevistado les pega a los demás niños, aumentó también de 3 en la pre evaluación a 4 en el seguimiento. Es necesario comentar esta pregunta con el niño ya que muchos de ellos respondían que si les pegaban a los demás como una forma de defenderse de las agresiones que recibían primero, si no se pone en contexto la pregunta puede ser que se obtengan resultados equivocados. Por desgracia, en este caso no se tuvo el control de todas las entrevistadoras y se puede pensar que quizás hubo situaciones en las que no se contextualizó el cuestionario al niño

Es probable que los medios de comunicación y los mensajes socioculturales actuales que enfatizan como valor la juventud, tengan cierta influencia en los resultados del síntoma 26 (que se mantuvo constante en los niños con seguimiento y aumentó de 1 a 2 en los niños sin seguimiento) y los pequeños

desdeñen concebirse como ancianos ya que justamente a esta etapa de la vida se le devalúa en las sociedades occidentales como la nuestra

Se mantuvo constante el número de niños que no recordaban todo lo que les había pasado (síntoma 15). Es muy probable que este aspecto se relacione con que por el paso del tiempo, los niños van olvidando algunos de los sucesos que vivieron y no sea tan sintomático del TEPT sino un proceso natural de olvido, punto que se puede confirmar con la disminución de los síntomas 13 y 14 (pensar mucho en el evento traumático y miedo al pensar en lo que les había pasado)

Las respuestas a las preguntas de si les gusta dormir con la luz encendida (síntoma 8) y si les gusta dormir solos (síntoma 9), se deben tratar con cuidado para calificarse como parte de la sintomatología del TEPT, debido a que se trata de una población rural en la que tal vez en algunas casas no exista energía eléctrica y donde el tener un foco encendido lejos de ser un indicio de algún malestar, puede ser un lujo. Por otro lado hay casas en las que un solo cuarto puede tener la función de cocina, comedor y dormitorio, y el hecho de dormir acompañado sea lo más natural para ellos

Es de relevancia mencionar que muchos niños al hacerles la pregunta de si sentían "cosquillas" en la piel sin que nadie los tocara (síntoma 12) reportaron ciertas historias del dominio público en el pueblo, como que se aparecía una especie de bruja en el cerro y que los podía seguir, en ciertos casos a esto tal vez se debía esa sensación. Sea a las historias de miedo o a la inundación, de cualquier forma se notó cierta disminución en la puntuación del síntoma

Ante el mantenimiento en el síntoma 16 (antes les gustaba hacer cosas que ahora ya no hacen) de los chicos con seguimiento y la ligera disminución (de 2 a 1) de los que no lo tuvieron, es conveniente hacer el siguiente señalamiento, los entrevistadores deben explicar a los niños que son cosas relacionadas al evento traumático y no tanto a actividades que hayan dejado de hacer como consecuencia de su proceso de maduración, por ejemplo, algunas chicas que iniciaban la adolescencia respondían a esta pregunta que antes les gustaba jugar con las muñecas y ahora ya no, obviamente esto no representaría sintomatología del TEPT y había que aclararle cuál era el objetivo de la pregunta

En aquellos síntomas donde se observó un decremento del pre test al post test, pero este efecto no fue permanente hasta el momento del seguimiento, se puede argumentar que quizá lo que haga falta sea trabajar más en las actividades se les enseñaron a los niños y que les dieron buen resultado a la hora de enfrentarse con los síntomas

Los pequeños que manifestaron haber practicado las técnicas que se les enseñaron en las sesiones de intervención, por ejemplo ejercicios de relajación, ejercicios de respiración, detención del pensamiento, o pensar en algo agradable en lugar de en lo que les producía miedo o tristeza, señalaron que se habían

sentido mejor y habían disminuido sus sentimientos y sensaciones de malestar. Lo que los chicos señalaron que hacían cuando venían a ellos pensamientos desagradables era el decir "ALTO": es decir empleaban la técnica de detención del pensamiento.

En general podemos afirmar que la intervención mostró dar buenos resultados para tratar la sintomatología del trastorno por estrés post traumático en niños víctimas de inundaciones. Aunado a lo anterior se puede argumentar que las actitudes de los niños y su estado de ánimo en general fueron diferentes, las personas que trabajamos con ellos pudimos observar mejoría en su apariencia física (más cuidado en su arreglo personal), muchos de ellos se mostraban más sonrientes, otros participaban más en las actividades que se realizaban en las sesiones de trabajo, otros se comportaron menos agresivos o menos inquietos, entre otras cosas.

Por otro lado, en la revisión de la literatura se encontró poca información que diera cuenta de protocolos de intervención grupales para tratar el TEPT, los protocolos reportados hacen referencia a intervenciones de tipo individual, el hecho de que la presente investigación muestre la efectividad de la aplicación de intervenciones grupales tiene la gran ventaja con respecto a las intervenciones individuales, que se puede atender a un mayor número de personas, en este caso de niños, además de que el tiempo de intervención se ve reducido por el mismo hecho de trabajar en conjunto con los pequeños.

Dentro de la psicología el trabajo terapéutico con niños ha tenido mayor auge a raíz de descubrirse que el juego es una herramienta que permite conocer aquellos sentimientos, actitudes, preocupaciones que el niño tiene y que por su estructura psicológica no es tan fácil expresar verbalmente, pues si para el adulto este proceso resulta en ocasiones complicado, para un niño lo es mucho más.

De esta forma el juego, actividad que para un niño es familiar, tiene resultados de gran utilidad en el trabajo clínico, ya que no provoca angustia en el pequeño como lo puede ocasionar algún otro método terapéutico; el juego arroja información real y hasta cierto punto objetiva pues en el juego el niño repite los mismos patrones de conducta que experimenta en su ambiente cotidiano. Permite asimismo, identificar deseos, fantasías, inquietudes, miedos, angustias y necesidades que experimenta y que difícilmente diría de viva voz. Por lo tanto la terapia de juego es vista como un trabajo serio y objetivo en el manejo terapéutico.

Este trabajo adaptado a forma de juego dio resultados similares en los dos grupos intervenidos. Como ya se comentó, el hecho de que tanto en el grupo 1 como en la réplica del tratamiento en el grupo 2 se hayan obtenido resultados tan similares, da mayor confiabilidad a los datos y brinda la posibilidad de realizar generalizaciones con los resultados, al menos en el caso de niños pertenecientes a poblaciones rurales, con características semejantes a las de San Pedro y Peñitas.

Con base en lo arriba señalado, se puede corroborar la hipótesis de que las estrategias terapéuticas cognitivo conductuales aplicadas en forma grupal son eficaces en la reducción de síntomas de TEPT en niños víctimas de inundaciones, en este caso específico en niños de poblaciones rurales

COMPARACION CON LA LITERATURA

En la presente investigación se realizó lo hecho anteriormente por Chemtob, Tomas, Law y Cremniter (1997) quienes evaluaron si la intervención psicológica breve reducía el estrés, seis meses después a la exposición al huracán Iniki. Ellos al igual que en este estudio, para dar un control del paso del tiempo aplicaron el pre test a un segundo grupo, de manera concurrente al post test del primer grupo. En ambas investigaciones hubo una reducción de los síntomas del TEPT. El estudio de Chemtob et al. (1997) da apoyo empírico a los datos que hablan de la efectividad de las intervenciones psicológicas breves y de la factibilidad de investigaciones en ambientes post desastre.

Goenjian, Karayan, Pynoos, Minassian, Najarian, Steinberg y Fairbanks (1997) por su parte, evaluaron la efectividad en la disminución de los síntomas del TEPT de una psicoterapia breve occidental, a tres años de un terremoto en Armenia. El estudio demostró que la intervención fue efectiva para reducir la severidad de los síntomas de estrés post traumático en niños y adolescentes luego de desastres mayores. Los resultados también demuestran la aplicabilidad de las aproximaciones terapéuticas occidentales en una cultura no occidental y con ello se apoya el argumento de que las técnicas que resultan ser efectivas en la ciudad pueden serlo también en ambientes rurales, caso concreto el que nos ocupa en la presente investigación. Wilson, Harel y Kahana (1988) señalan por su parte, que los tratamientos breves dan resultados positivos en individuos con relativo buen funcionamiento que hayan sufrido un evento traumático discreto, Charles Figley (en Bisbey & Bisbey, 1998) uno de los más reconocidos expertos en el campo del estrés traumático, considera que el tratamiento de corta duración ha probado ser bastante exitoso en muchos casos de personas con TEPT.

Slaikeu (1984) señaló que existen estrategias de afrontamiento no saludables que la gente llega a utilizar para hacer frente a situaciones estresantes. En el caso de San Pedro los pequeños pensaban por ejemplo que las cosas se podían solucionar sin que ellos tuvieran que hacer nada, o reaccionaban agresivamente o con retraimiento como formas de afrontar el malestar que aún tenían como consecuencia de la inundación, de "la laguna" como ellos le nombraban. Posterior a la intervención, los chicos comenzaron a darse cuenta de que ellos tenían el control de sus pensamientos y de los sentimientos que éstos les generaban. Fue así que, en la mayoría de estos pequeños la aproximación cognitivo conductual tuvo los efectos esperados, ya que como mencionan Asarnow et al (1999), Beall (1997) y Slaikeu (1984) entre otros la terapia cognitivo conductual está enfocada al cambio de las imágenes mentales,

pensamientos y patrones de pensamiento con el objeto de que la persona resuelva sus problemas emocionales y de conducta, argumentando que las emociones y las conductas son producto en parte de las cogniciones y los procesos cognitivos que la gente puede aprender a modificar, cosa que sucedió con la mayoría de los niños de San Pedro.

Las implicaciones clínicas del estudio de Shaw, Applegate, Tanner, Pérez, Rothe, Campo-Bowen y Lahey (1995) tienen que ver con los datos que indican que la sintomatología post traumática es intensa y persistente a lo largo del tiempo en niños en edad escolar, y que la magnitud de la persistencia está relacionada con los eventos secundarios y los remanentes traumáticos del evento. Se sugiere que la intervención clínica vaya encaminada no sólo al reconocimiento de los efectos psicológicos inmediatos al desastre, sino también a evitar que se presenten otro tipo de desórdenes psicológicos producto del ambiente que se vive posterior a un siniestro, atendiendo a las poblaciones aledañas aparte de los lugares directamente dañados. En la presente investigación se acudió a dos poblados rurales "San Pedro" y "Peñitas", de un estado del centro de México.

Desde la perspectiva clínica, las investigaciones de Asarnow, Glynn, Pynoos, Nahum, Guthrie, Cantwell, y Franklin (1999) y Selley, King, Peveler, Osola, Martin y Thompson (1997) enfatizan la utilidad de identificar las necesidades de los diferentes grupos de alto riesgo para adecuar el tratamiento óptimo a cada uno de ellos. De la misma manera se sostiene la necesidad de las intervenciones post desastre encaminadas a minimizar la pérdida de los recursos, lo que podría llevar al decremento de las percepciones de estrés y a reducir el riesgo de las reacciones prolongadas de TEPT. En este caso se observó que justamente los chicos de San Pedro fueron los más necesitados de una intervención psicológica, fue por ello que se les dio preferencia en el tratamiento, quedando los niños de Peñitas como grupo control en este estudio.

Dado que fue una amplia zona la azotada por las inundaciones de octubre de 1999 y pocos los recursos materiales, humanos y de tiempo disponibles para el estudio, no se pudieron obtener los resultados que se hubiesen deseado (que en todos los niños disminuyeran los síntomas de TEPT), sin embargo lo que sugieren Shaw, Applegate, Tanner, Pérez, Rothe, Campo-Bowen y Lahey (1995) fue lo que se pretendió al acudir a las poblaciones afectadas. En efecto, se encontró que luego de siete meses de ocurrido el evento, hubieron muchos niños que presentaron síntomas de estrés post traumático y que gran parte de ellos consideraban crítica su situación debido a las consecuencias de las inundaciones, específicamente a que aún no contaban con casa propia, es decir, vivían con familiares que luego del siniestro les habían dado alojamiento.

Cabe aclarar que puesto que fueron más de 200 niños los evaluados se procedió a dividirlos en grupos de acuerdo a la causa del estrés presentado, como lo sugieren Asarnow, Glynn, Pynoos, Nahum,

Guthrie, Cantwell y Franklin (1999) y Selley, King, Peveler, Osola, Martin y Thompson (1997) hubieron grupos donde se trabajó violencia doméstica y migración de los padres, además del TEPT por causa de la inundación. Se buscó trabajar en la prevención de sintomatología por la posible ocurrencia de futuros desastres naturales, ya que como mencionan Garrison, Bryant, Addy, Spurrier, Freedy y Kilpatrick (1995) ésta puede ser una variable que puede mitigar las consecuencias.

Wasserstein y La Greca (1998) sugieren que después de un evento estresor tal como un desastre natural, el apoyo social puede servir para minimizar los efectos adversos del suceso; tal vez los coetáneos puedan funcionar como una fuerza de apoyo, cuando los conflictos maritales interfieran con la posibilidad de brindar apoyo parental. Esto se pudo observar en el grupo de niños de San Pedro ya que se encontró un alto grado de disfunciones familiares, en muchos casos porque el padre (por lo regular) o la madre se encontraban lejos del hogar (ya fuera "en el norte", en la ciudad de México o en Pachuca), porque había maltrato doméstico, o bien porque dadas las condiciones de pobreza en las que se encuentran, los padres se preocupan más por el trabajo para llevar algo de comer, que por estar pendiente de las necesidades afectivas de los pequeños, en todos estos casos el grupo de amigos o vecinos cumple una función primordial en el desarrollo de los chicos y en su recuperación luego del desastre.

CASOS QUE EMPEORARON

Las técnicas cognitivo conductuales (Foa & Meadows, 1997; Slaikeu, 1984) que les fueron aplicadas a los niños produjeron un efecto positivo en ellos al disminuir la sintomatología del TEPT (DSM-IV) y al capacitarlos para que cuando ellos sintieran nuevamente malestares las pusieran en práctica. Sin embargo como se pudo observar en los resultados, en algunos casos los síntomas se reinstalaron luego de haber disminuido en el post test, se considera que esto se debe en parte a que desgraciadamente muchos de los niños no practicaron lo que se les enseñó en las sesiones de trabajo, quizá hizo falta insistir a los pequeños en la importancia que lo aprendido tiene para el mantenimiento de su recuperación.

En otros casos se presume que sucedió lo reportado por Koopman et al (1994, en Garrison, Bryant, Addy, Spurrier, Freedy & Kilpatrick, 1995) quienes encontraron que los eventos de vida estresantes ocurridos después de una tormenta, estuvieron más fuertemente asociados con síntomas de TEPT que la magnitud del contacto con el evento mismo.

Loza (1988) señala que dependiendo del grado de estrés que provoque un suceso traumático serán las consecuencias que se presenten en cada individuo y que la reacción de cada sujeto dependerá a su vez de múltiples factores tales como la personalidad, el aprendizaje, la historia personal, el tipo de estrategia

de afrontamiento que utilice, la etapa de desarrollo en que se encuentre etc. Menciona que el potencial estresante de un acontecimiento varía de acuerdo a la relación que tenga este suceso con otros acontecimientos próximos, es decir, la presencia de un evento estresante mayor podría aumentar el nivel de estrés de otros sucesos.

Esto lo vimos confirmado en los casos que empeoraron, por ejemplo lo ocurrido con Ana, quien a lo largo de las evaluaciones fue aumentando el número de síntomas presentados, y es que más que las inundaciones que eran por las cuales se les atendió, lo que platicaba esta chica es que se sentía triste y preocupada porque no había regresado a su casa, de hecho al parecer se mudarían a la capital del estado. La razón para ello era la otra gran preocupación de Ana, los graves conflictos de pareja que tenían sus padres. Se espera que en este caso el cambio de domicilio pueda lejos de perjudicarla, ayudarla a adaptarse a su nueva etapa de vida, esta chica era la más desarrollada físicamente claramente se notaba que estaba en pleno comienzo de la adolescencia.

El caso de Isaac es otro que merece la pena señalar, este chico desde la pre evaluación puntuó bajo, de hecho si se hubiese tomado en cuenta solamente las entrevistas no hubiera entrado en el grupo de tratamiento, sin embargo desde su arreglo personal denotaba falta de atención por parte de sus padres, de hecho sólo vivía con su padre y una cuñada esposa de un hermano que se había ido "al norte" (a Estados Unidos), cuando se citó al padre para entrevistarle nunca hubo respuesta, por lo que se decidió entrevistar al maestro responsable de Isaac, quien nos confirmó las sospechas de que no había mucho interés en el chico por parte de su familia. Al parecer para el padre lo importante era sólo el trabajo y en ese aspecto Isaac sí existía, a pesar de lo dramático que pudiera sonar esto, Isaac disfrutaba de trabajar al lado del padre ya que incluso un día llegó contando como algo positivo que el día anterior había pescado con su papá. Sin embargo, es notorio aquí como además de cubrir las necesidades básicas de subsistencia, es vital para el desarrollo de los niños el cubrir sus necesidades afectivas, si éste hubiera sido el caso tal vez la situación de Isaac hubiera mejorado manifestándose esto en la disminución de la sintomatología del IEPT y en su cambio de actitud, la cual continuó igual.

Oscar bajó el número de síntomas del pre test al post test pero al darle seguimiento se encontró con un nuevo aumento, se presume que lo anterior tuvo que ver con su situación familiar. Oscar es un chico muy cálido y agradable, con muchos deseos de hacer las cosas bien, sin embargo su sistema familiar no era muy favorecedor, al parecer eran muchos hermanitos y los cuidados que requerían no eran cubiertos del todo, de hecho algunos de los hermanos estaban viviendo con tios. Oscar a diferencia de la mayoría de los niños varones, se permitía llorar delante de los demás y expresaba las cosas que le producían malestar, de ahí el conocer que la situación por la que pasaba no era muy alentadora propiciando en él los síntomas detectados por los instrumentos y a través de las entrevistas.

En Sandra se desconocen los motivos por los que su sintomatología se mantuvo del pre al post y aumentó en el seguimiento. con ella no hubo oportunidad de indagar más en detalle acerca de su vida fuera de la escuela. así que no se tienen hipótesis sobre los motivos por los cuales no mostró mejoría a lo largo del tratamiento

El caso de Viky merece mención aparte. aunque disminuyó en su sintomatología. cabe resaltar algunos aspectos que aparecieron en el transcurso de la intervención. Llamó la atención el que ciertos niños dijeran que era una niña “que se iba con los hombres” o frases parecidas. su apariencia denotaba descuido en su arreglo y tenía algunas conductas que no encajaban del todo en el comportamiento de una niña de su edad (11 años aproximadamente). lo que se llegó a suponer es que tal vez la niña era víctima de abuso sexual o vivía alguna situación poco convencional que la afectaba. Infortunadamente no se pudo indagar más al respecto para poder brindarle apoyo. si es que se hubiese requerido

LIMITACIONES METODOLOGICAS

Los resultados que se obtuvieron no fueron todo lo positivo que se hubiese querido. y es que existieron muchos elementos en contra que propiciaron esto. entre otros se pueden mencionar que los maestros de la primaria donde asistían los niños presionaron mucho para que se atendiera al mayor número posible de pequeños. Luego de la pre evaluación a un grupo de niños, quedó conformado el primer grupo de tratamiento; mientras se intervenía a este primer grupo se continuó evaluando a los demás alumnos de la primaria de San Pedro. los que cumplían los requisitos de inclusión quedaban en lista de espera para formar un segundo grupo de tratamiento, grupo en el que por cierto hubieron más niños que en el primero

Se complicó en ocasiones el lugar en el que se trabajaba con los chicos. teniendo que mudarnos constantemente de salón o de escuela (ya que por esos días estrenaban instalaciones), trabajando incluso un día en el dormitorio de uno de los profesores. o en el salón que fungía como la cooperativa escolar

Hubo poco tiempo para administrar el tratamiento a los dos grupos. fueron solamente dos semanas durante las cuales se programaron dos sesiones diarias. A pesar de la premura de tiempo hubo cambios significativos entre los resultados de la prueba previa al tratamiento y la posterior a él, los resultados del seguimiento mostraron ciertos incrementos en la sintomatología. muy probablemente debido al aspecto del tiempo. Otro elemento que entorpeció la “exactitud” de los resultados fue el no haber podido contactar para el seguimiento a todos los niños intervenidos. Para el mes de julio que se regresó a San Pedro. los chicos estaban de vacaciones. la persona que fue el contacto entre la Ciudad de México y el municipio afectado aseguró que a pesar de las vacaciones se convocaría a los niños para cuando se fuera nuevamente

a evaluar, esto no se cumplió y se tuvo que acudir los domicilios de casi todos los niños para aplicarles los instrumentos. Dado que es una población rural, los mismos niños nos indicaban dónde vivían sus compañeros, de algunos desconocían el domicilio o era difícil el acceso a su poblado, razón por la cual sólo se pudo hacer contacto con 14 de los 23 niños que estuvieron bajo tratamiento.

Se dificultó el tener un grupo control, fue necesario acudir a otro poblado (Peñitas) para encontrar a niños que cubrieran con la sintomatología del TEPT. Los profesores de ahí casi exigieron que se les diera tratamiento a los niños participantes, situación que se hubiese querido hacer pero que estuvo fuera de control, nuevamente por falta de tiempo, las dos semanas que se estuvo en los poblados afectados apenas si alcanzaron para intervenir a los niños de San Pedro.

Debido a las limitaciones temporales y a las actividades de los familiares y profesores de los niños, no fue posible dar tratamiento a las personas significativas para los chicos. Se tenía el tiempo justo para atender a los niños y los padres tenían que hacerse cargo de sus campos o de sus animales y solamente pudieron acudir cuando se les hizo la "entrevista al adulto responsable". Los profesores para esas fechas se encontraban con mucho trabajo, ya que por un lado estaban finalizando el ciclo escolar y por el otro estaban muy atareados en el cambio de instalaciones escolares, a pesar de lo anterior, en la medida de las posibilidades se trató de dar una breve orientación a los padres acerca de cómo tratar a sus hijos. A los profesores se les dieron ciertos lineamientos con el objeto de que ellos pudieran ayudar a los pequeños cuando observasen que un chico estuviera en un momento difícil a consecuencia del recuerdo del desastre. Algunos profesores entendieron muy bien la instrucción, ya que reportaron que ellos mismos habían experimentado cosas similares a lo mencionado por los niños.

Richards y Bates (1997) señalan que el personal escolar puede ser el primero en tener contacto con los niños que experimentaron situaciones traumáticas. Los maestros pueden ser los primeros en darse cuenta que el niño exhibe conductas inusuales.

SUGERENCIAS PARA ESTUDIOS FUTUROS

Dado que es importante para los niños sentirse seguros y protegidos, Yule y Canterbury (1994) sugieren que si es posible se busque reunir a los niños con sus padres luego del desastre, esto por supuesto se puede dejar de lado cuando los niños hayan sufrido algún daño físico, situación en la cual lo primordial será que reciban atención médica. Por fortuna no hubo necesidad en San Pedro de remitir a personas al servicio médico, ya que lo gravemente dañado fueron las casas y las pertenencias, en algunos casos la gente perdió animales, pero lo más valioso que es la vida humana estuvo a salvo.

Ayalon (en Meichenbaum & Jaremko 1987) recuerda que si se desea ayudar a las personas a afrontar y evitar el estrés, se debe prestar atención a la influencia que los procesos grupales pueden ejercer sobre el individuo y a cómo se pueden activar dichos procesos. El grupo puede brindar protección física y apoyo emocional, puede facilitar la comunicación, establecer papeles claros, medios de recuperación, ser marco de valores tradicionales y procedimientos para elaborar la pena y el duelo posterior a un evento estresor, tal como las inundaciones de 1999.

Los psicólogos ambientales han hallado que las personas que se encuentran integradas a una red social reportan menos síntomas de perturbación psicológica y de enfermedades psicosomáticas, en contraste con los que se encuentran aislados. Se ha señalado la importancia que tiene para la salud mental el contar con relaciones sociales a nivel vecinal (Holahan, 1991).

Fried (1963 en Holahan, 1991) entrevistó a más de 500 personas antes y después de que fueran forzadas a mudarse, encontró que estos individuos manifestaron gran aflicción similar al dolor y la pena de perder a un ser querido. Fried interpreta esto como una respuesta ante la pérdida de las relaciones sociales establecidas en el anterior vecindario, las cuales ocupaban una área esencial en la vida de las personas, halló también que las reacciones de aflicción estuvieron mayormente presentes en aquellos que mantenían sentimientos positivos con sus vecinos, y más aún en los que dijeron tener a sus cinco mejores amigos cerca de su anterior vivienda. Concluye que a pesar de tener más comodidades materiales en la nueva casa, la pérdida de la red social de amigos y familiares constituye un severo costo psicológico para los individuos. Holahan (1991) menciona también que el apoyo social mantiene una relación positiva con la salud mental, se dice que el apoyo social ayuda al individuo a ajustarse a situaciones de estrés como el cambio de residencia, enfermedad grave o algún desastre natural. Señala que la calidad del apoyo social es importante, ya que las personas obtienen mayores beneficios cuando las redes de apoyo son cohesivas y abiertas a la expresión emocional. Los factores ambientales como el tiempo de residir en el lugar y el sentido de pertenencia, influyen en la probabilidad de que los individuos tengan amigos en su propio vecindario y la proporción de la interacción social que tendrán con sus vecinos.

Lo anterior es confirmado en la investigación aquí reportada ya que los pequeños al contar con el apoyo de su red social de amigos, manifestaron haber resentido menos los efectos de "la laguna", incluso comentaban con mucho entusiasmo el haber participado activamente en la mudanza de algunas familias, acarreado cosas y ayudando en lo que les fuera solicitado.

Sobre la reducción y prevención del estrés, Meichenbaum y Jaremko (1987) argumentan que cualquier consideración debe tomar en cuenta las intervenciones a nivel grupal tanto como individual. Es indispensable que el entrevistador se adecue a las características y necesidades del niño, se recomienda el

empleo del juego y la fantasía, de la exteriorización de sentimientos, de grupos de iguales y el papel que pueden jugar los profesores como terapeutas

Además de lo anterior, una de las aportaciones principales de este trabajo es ayudar a demostrar que las intervenciones grupales aparte de dar resultados positivos, pueden ser de gran utilidad cuando se tienen poblaciones numerosas ya que permiten atender a una cantidad mayor de personas y propiciar que entre ellas se brinden apoyo, contrario a las intervenciones individuales, que si bien pueden funcionar, tienen limitaciones en el sentido del número de participantes a los que se les ofrece la atención, no contando tampoco con la red social que se encuentra en el grupo con el que se trabaja durante la intervención

Es importante señalar que las características del programa de control de estrés que se necesita inmediato al suceso traumático, pueden ser muy diferentes de las del programa que se emplee algunos años después del trauma. Los programas de prevención y reducción del estrés deben enfocarse no solamente al niño víctima del desastre sino también a las personas significativas para él y a los sistemas institucionales

Como se señaló en el análisis de las entrevistas a los niños, es importante que quienes vayan a entrevistar estén lo suficientemente bien capacitados ya que existen preguntas que si no se ponen en contexto el respondiente puede confundirse y no manifestar su confusión, dejando de responder o dando una respuesta que no se adecue a la información que la pregunta esté indagando. Este aspecto se debe retomar y si es necesario reformular la pregunta, parafraseándola hasta que el niño la comprenda

Uno de los objetivos de la terapia cognitivo conductual es el aspecto educativo (Lazarus & Folkman, 1991) tal vez éste fue lo que dadas las limitaciones temporales hizo falta trabajar, hubiese sido de mucha ayuda para los chicos el que sus padres o profesores hubieran adquirido las mismas habilidades para recordárselas y practicarlas junto con ellos

Debido al estigma social y al costo financiero de los cuidados de los profesionales de la salud mental, el personal de la escuela puede ser la única fuente de apoyo para muchos niños, se requiere por tal motivo que el personal se familiarice con los síntomas del TEPT en niños, y con las posibles estrategias de afrontamiento. Las estrategias deben ser planeadas para ayudar a los pequeños a resolver e integrar los eventos traumáticos, de manera tal que se pueda evitar el desarrollo de respuestas crónicas o demoradas. La meta de las estrategias de afrontamiento para el TEPT es la restauración al mejor nivel de funcionamiento del niño. El apoyo de la familia y los amigos es crucial para superar los síntomas del TEPT, debido a esto la formación de un equipo de salud escolar conformado por enfermera(o), consejera o trabajador social además de los maestros y los padres de familia pueden ayudar a crear un sistema de apoyo que satisfaga las necesidades del niño. Educar a los infantes, padres y profesores sobre los diversos efectos que tiene el trauma, puede ser útil para dar ayuda al niño. Obviamente estas sugerencias de

Richards y Bates (1997) se pueden adecuar a las características particulares de San Pedro o de cualquier otro poblado con las mismas condiciones socio económicas. lo importante del caso es motivar y preparar a las personas que están en mayor contacto con los chicos a identificar los cambios más notorios en la conducta de los niños para dar el primer paso en el diagnóstico y tratamiento de pequeños con TEPT, siendo el fin principal su tratamiento y bienestar integral

Garrison, Bryant, Addy, Spurrier, Freedy y Kilpatrick (1995) sostienen que una preparación psicológica anterior a un desastre es una posible variable que pudiera proteger a los individuos del estrés post traumático relativo al evento

El aspecto de la prevención es de singular importancia ya que entre más y mejor información tenga la gente, más elementos tendrán para poder afrontar un evento estresor, que si bien no está en sus manos controlar, si podrán controlar las consecuencias que éste traiga preparándose desde cuestiones como tener a la mano sus documentos importantes, comida o demás cosas materiales, como a nivel psicológico elaborando mentalmente estrategias que les permitan salir lo mejor librados del posible desastre

Con todo y las limitaciones el objetivo del trabajo se cumplió, se pudieron poner en práctica las técnicas cognitivo conductuales las cuales demostraron su eficacia en la disminución de la sintomatología del TEPT, pero más allá de eso fue sumamente satisfactorio el hecho de haber podido contribuir aunque sea mínimamente, en la recuperación de los pequeños. Aunque la hipótesis de la investigación se hubiese refutado, es decir que las técnicas cognitivo conductuales empleadas no fueran efectivas en la disminución de los síntomas del TEPT, el haber visto las sonrisas en los rostros de los niños en lugar de muecas de enojo, o el notarlos más participativos y entusiastas en lugar de retraídos por el miedo o la tristeza, con eso hubiera valido la pena todo el trabajo realizado

La reducción significativa de la sintomatología del TEPT en los niños intervenidos denota la efectividad del tratamiento cognoscitivo conductual grupal, sin embargo sería de gran utilidad que para futuros trabajos se contemple la necesidad de trabajar la incorporación y el ajuste de los niños a todos los contextos en los cuales se desenvuelve, es decir, se buscaría que lo que el niño ha aprendido durante el tratamiento, aprendizaje que en alguna medida ha modificado sus percepciones y sus conductas, generalizarlo al resto de sus situaciones cotidianas, a sus relaciones familiares, a su contexto escolar, con su grupo de iguales y en general al resto de su comunidad para que de esta forma el impacto del evento estresante sea minimizado y pueda funcionar de la manera más adecuada posible, sin las consecuencias negativas que un evento de la naturaleza de una gran inundación puede dejar

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed) Washington, D.C. EE UU: Autor
- Asarnow, J., Glynn, S., Pynoos, R., Nahum, J., Guthrie, D., Cantwell, D. & Franklin, B. (1999) When the earth stops shaking: Earthquake sequelae among children diagnosed for pre-earthquake psychopathology *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 38 (8): 1016-1023
- Barlow, D. H. (1981) On the relation of clinical research to clinical practice: Current issues, new directions *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 49, 147-155
- Beall, L. (1997) Post-traumatic stress disorder *Choice* 34(6): 917-930
- Bellack, L. y Siegel, H. (1988) *Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia* México: El Manual Moderno.
- Bisbey, S. & Bisbey, L. (1998) *Brief Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder* Great Britain: Wiley. 173 pp Cap 1
- Carter, S. & Cosmas, B. (Productores) Rhodes, M. (Director) (1997) *Planeta Feroz* Pioneer Productions Discovery Communications
- Cocco, N. & Sharpe, L. (1993) An auditory variant of eye movement desensitization in a case of childhood PTSD *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 24 (4): 373-377
- Cognitive Behavioral Treatment: <http://www.istss.org/quick/CBI3.htm>
- Cohen, J. (1999, 22 de Junio) Child Trauma Hosted by The Post's Health Editor *The Washington Post*
- Coolican, H. (1994) *Métodos de investigación y estadística en psicología* México: El Manual Moderno 449 pp
- Couper, H. & Carperter, M. (Producers) (1999) *El universo del hombre Huacanes* Pioneer Productions The learning Channel
- Chemtob, C., Tomas, S., Law, W. & Crenniter, D. (1997) Postdisaster psychosocial intervention: A field study of the impact of debriefing on psychological distress *American Journal of Psychiatry* 154(3): 415-417
- Davidson, J. & Foa, E. (1991) Diagnostic issues in PTSD: considerations for the DSM-IV *Journal of Abnormal Psychology* 100 (3): 346-355
- Davis, M. & Clark, D. (1998) Thought suppression produces a rebound effect with analogue post traumatic intrusions *Behavior Research and Therapy* 36: 571-582
- Dattilio, F. y Padesky, Ch. A. (1995) *Terapia cognitiva con parejas* Bilbao: Descelee de Brower
- Deblinger, E., McLeer, S. & Henry, D. (1990) Cognitive behavioral treatment for sexually abused children

- suffering PTSD: Preliminary findings *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry* 29(5): 747-752
- De Shazer, S (1986) Claves para la solución en terapia breve Buenos Aires: Paidós
- Domestic Violence and Health Care The dynamics of abuse
- Eagleman, J (1985) *Meteorology The atmosphere in action* California: Wadsworth, 394 pp.
- Engstrom, W (1996) The California storm of January 1862 *Quaternary Research*, 46(2): 141-148.
- Ezpeleta, L., Osa, N. de la, Doménech, J.M., Navarro, J.B. & Losilla, J.M. (Dic, 2001) *DICA-Diagnostic Interview for Children and Adolescents EDNA-IV Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes*. España: Unitat d'Epidemiologia i de Diagnòstic en Psicopatologia del Desenvolupament Universitat Autònoma de Barcelona www.ued.uab.es/sobre.htm
- Feldman, R. (1998) *Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana* México: McGraw Hill. 645p
- Fernández, B y Carrales, M (1979) *Evaluación conductual* Madrid: Pirámide
- Foa, E & Meadows, E (1997) Psychosocial treatments for PTSD: a critical review *Annual Reviews Psychological* 48: 449-480
- Fontana, A & Rosenheck, R (1997) Effectiveness and cost of the inpatient treatment of PTSD: Comparison of three models of treatment *American Journal of Psychiatry* 154(6): 758-765
- Foy, David. (199) Introduction and description of the Disorder En:
- Garrison, C., Bryant, E, Addy, Ch., Spurrier, P, Freedy, J & Kilpatrick, D (1995) Posttraumatic stress disorder in adolescents after hurricane Andrew *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34 (9): 1193-1201
- Goenjian, A, Pynoos, R., Steinberg, A., Najarian, L., Asarnow, J., Karayan, I., Ghurabi, M & Fairbanks, L (1995) Psychiatric comorbidity in children after the 1998 earthquake in Armenia *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34:9. pp 1174-1184
- Goenjian, A & Yehuda, R (1996) Basal cortisol, dexamethasone suppression of cortisol and MHPG in adolescents after the 1988 earthquake in Armenia *The American Journal of Psychiatry* 153: 929-934.
- Goenjian, A, Karayan, I., Pynoos, R., Minassian, D., Najarian, L., Steinberg, A. & Fairbanks, L (1997) Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma *American Journal of Psychiatry* 154(4): 536-542
- Goldfried, M y Davison, P (1981) *Técnicas terapéuticas conductistas* Argentina: Paidós
- Griffiths, J (1976) *Applied Climatology. An Introduction* Great Britain: Oxford Univ Press 136 pp
- Hernández-Guzmán, L y Sánchez Encalada, L (1988) Evaluación experimental del manual La Salud Mental de Menores en Situaciones de Desastre *Revista Mexicana de Psicología*, 5(1): 88-92 (entrevista al niño)
- Hernández-Guzmán, L. (2001) Psicopatología y tratamiento del trastorno por estrés postraumático En V E

- Caballo & M A Simon (Dirs). *Manual de Psicología Clínica y del Adolescente Trastornos Generales* Madrid: Ediciones Pirámide
- Hodgkinson. P & Stewart. M. (1991) *Coping with Catastrophe A handbook of disaster management* London. Routledge. Cap 1
- Holahan, Ch (1991) *Psicología ambiental Un enfoque general* México: Limusa. 467 pp
- Ironson, G., Wynings, C., Schneiderman, N., Baum, A., Rodriguez, M., Greenwood, D., Antoni, M., Laperriere, A., Huang, H., Klimas, N. & Fletcher, M (1997) PTSD symptoms, intrusive thoughts, loss and immune function after hurricane Andrew. *Psychosomatic Medicine* 59 (2): 128-141
- Jacobson, N S & Truax, P (1992) Clinical significance: A statistical approach to defining a meaningful change in psychotherapy research A E Kazdin (Ed) *Methodological issues & strategies in clinical research* (Second edition) Washington. D C : American Psychological Association
- Jones, R & Peterson, L. (1993) PTSD in a child following an automobile accident *The Journal of Family Practice* 36 (2): 223-225
- Karakashian, M (1994). Countertransference issues in crisis work with natural disaster victims *Psychotherapy* 31 (2) 334 – 341
- Kazak, A Stuber, M & Barakat, L. (1996) Assessing PTSD related to medial illness and treatment: the Impact of Traumatic Stressors Interview Scale (ITSIS) *Families Systems & Health* 14 (3): 365-678
- Kendall, P & Hollon, S (1979) *Cognitive-behavioral interventions* U S A : Academic Press. Cap 1
- Kendall, P C. & Norton-Ford, J. D (1982) Therapy outcome research methods In P. C. Kendall & N Butcher (Eds), *Handbook of research methods in clinical psychology* New York: Wiley. pp 429-460
- Kerlinger, F (1987). *Investigación del comportamiento* México: Interamericana, 525 pp
- Landsberg, H (1981). *The urban climate* U S A : Academic Press. 277 pp
- La Greca, A, Silverman, W, Vergberg, E & Prinstein M. (1996) Symptoms of posttraumatic stress in children after hurricane Andrew: A prospective study *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64 (4): 712-723
- Lazarus, R y Folkman, S (1991) *Estrés y Procesos Cognitivos* México: Ed Roca 393 pp
- Lewis, J. (1992) *Trauma and Recovery* U S A : Basic Books. Cap 2
- Lonigan, Ch, Shannon, M, Phaim, D, Taylor, Ch, Finch, A & Salle F (1994) Children exposed to disaster: II. Risk factors for the development of post-traumatic symptomatology *Journal of the American Academy Child and Adolescence Psychiatry*. 33 (1): 94-105
- Loza G (1985) *Estudio de las características del paciente con conductas suicidas usuario del sistema de apoyo psicológico (SAPTEL)* Tesis de Lic UNAM. México
- Loza, G (1988) *Factores de personalidad y sucesos de vida estresantes en adolescentes con intento de suicidio* Tesis de Maestria. UNAM. México

- Lypovsky, J. (1991) PTSD in children *Family and Community Health* 14(3): 42-51
- Mahoney, M. (1983) *Cognición y modificación de la conducta* México: Trillas
- Meichenbaum, D. (1994) *A Clinical Handbook/ Practical Therapist Manual* Canada, Univ Of Waterloo Section II
- Meichenbaum, D. y Jaremko, M. (1987) *Prevención y reducción del estrés*. Bilbao: Desclée de Brower. 422 pp
- Mikulincer, M. & Solomon, Z. (1988) Attributional style and combat-related PTSD *Journal of Abnormal Psychology*, 97(3): 308-313
- Miller, L. (1999) Treating PTSD in children and families: Basic principles and clinical applications *The American Journal of Family Therapy* 27(1): 21-34
- Nathan, P., Witte, G. y Langenbucher, J. (1992). Terapia conductual y modificación de la conducta. En I. Weiner. *Métodos en psicología clínica* México: Limusa. Cap 10
- Najavits, L., Weiss, R., Shaw, S. & Muenz, L. (1998) Seeking safety: Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence *Journal of Traumatic Stress*. 11(3): 437-456
- Ochotorena, J. (1995). Trastorno por Estrés Postraumático. En: V. Caballo, G. Buela y J. Carrobbles (Dirs) *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos* España. Siglo XXI. Cap. 11. pp 443 – 469
- Perrez & Reicherts, M. (1992) *Stress Coping and Health* Seattle: Hogrefe & Huber Publishers (afrentamiento)
- Phares, E. (1996) *Psicología Clínica conceptos métodos y práctica* México: El Manual Moderno. Cap 14
- Plante, I. (1999) *Contemporary Clinical Psychology* U S A : Wiley, 413 pp
- Prinstein, M., La Greca, A. & Vernberg, E. (1996) Children's coping assistance: how parents, teachers and friends help children cope after a natural disaster. *Journal of Clinical Child Psychology*. 25: 463-475
- Pynoos, R., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., Núñez, F. & Fairbanks, L. (1987) Life threat and posttraumatic stress in school-age children *Arch Gen Psychiatry*. 44: 1057-1063
- Pynoos, R., Steinberg, A. & Goenjian, A. (1996) Traumatic Stress in childhood and Adolescence. En B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds) *Traumatic Stress The Effects of Overwhelming Experience of Mind, Body and Society* New York: Guilford Press, pp 331-358
- Richards, T. & Bates, C. (1997) Recognizing PTSD in children *The Journal of School Health* 67(10): 441-443
- Rim, D. y Masterson, L. (1987) *Terapia de la conducta* México: Trillas
- Rodríguez y Talavera (1992) *Programa para el desarrollo de repertorio básico en parejas jóvenes Taller cognitivo conductual* Tesis Lic. UNAM, ENEPI, México.

- Salvat (1978) *Diccionario enciclopédico* Barcelona: Salvat p 1745
- Science Time* (1998) Pearson Television International and NYT Television.
- Selley, C., King, E., Peveler, R., Osofa, K., Martin, N. & Thompson, Ch (1997) PTSD symptoms and the Clapham rail accident *British Journal of Psychiatry*, 171: 478-482
- Shannon, M., Pharm, D., Lonigan, Ch., Finch, A. & Taylor, Ch (1994) Children exposed to disaster: I epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles *Journal of the American Academy Child and Adolescence Psychiatry*, 33 (1): 80-93
- Sharan, P., Chaudhary, G., Kavathekar, B. & Saxena, S (1996) Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake *American Journal of Psychiatry* 153 (4): 556-558.
- Shaw, J., Applegate, B., Tanner, S., Pérez, D., Rothe, E., Campo-Bowen, A., & Lahey, B. (1995) Psychological effects of hurricane Andrew on an elementary school population *Journal of the American Academy Child and Adolescence Psychiatry* 34 (9): 1185-1192
- Shaw, J., Applegate, B. & Shorr, C (1996). Twenty-one-month follow-up study of school age children exposed to hurricane Andrew *Journal of the American Academy Child and Adolescence Psychiatry*, 35 (3): 359-364
- Sidman, M (1960) *Tactics of scientific research* New York: Basic Books
- Sierra, F. (1998) Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social. En: J Galindo *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación* México: CONACULTA y Adison Wesley Longman, 523 pp.
- Slaikou, K (1984). *Crisis intervention A handbook for practice and research* U S A ; Allyn and Bacon. 374 pp
- Spitzer, R., Williams, J. & Gibbon, M (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID) I: history, rationale and description *Archives of General Psychiatry* 49 (8): 624-629
- Stuber, M., Meeske, K. & González, S (1994) PTSD after childhood cancer I: the roles of appraisal *Psycho-Oncology*, 3: 305-312
- Stallard, P., Velleman, R. & Baldwin, S (1998) Prospective Study of PTSD in children involved in road traffic accidents *British Medical Journal* 317 (7173): 1619-1630
- Sullivan, D. y Everstine, L. (1992) *Personas en crisis Intervenciones terapéuticas estratégicas* México: Pax Méx, Cap 10
- La Temporada de huracanes www.activanet.es/~ivan/huracan.html
- Terapia de conducta: www.intersep.org/manual/a7n8.htm
- The New York Hospital, Cornell Medical Center Department of Psychiatry (1996) <http://www.noah.cuny.edu/sp/illness/mentalhea>
- Warda, G. & Bryant, R (1998) Cognitive bias in acute stress disorder *Behaviour Research and Therapy* 36: 1177-1183

- Wasserstein, S. & La Greca, A (1998) Hurricane Andrew: Parental conflict as a moderator of children's adjustment *Hispanic Journal of Behavior Sciences*. 20(2): 212-224
- Wiens, A (1992). La entrevista de evaluación. En I Weiner, *Métodos en psicología clínica*. México: Limusa, Cap 1.
- Wilson, J Harel, Z. & Kahana. B (1988) *Human Adaptation to Extreme Stress* U S A : Plenum Press. 397 pp pp. 82 y 100
- Wolpe, J (1985) *Prácticas de la terapia conductual* México: Trillas
- Yule, W & Canterbury, R (1994) The treatment of post traumatic stress disorder in children and adolescents *International Review of Psychiatry* 6 (2/3): 141-149

ANEXOS

ENTREVISTA AL NIÑO(A)

Nombre _____

Fecha: _____

Hora: _____

Entrevistador(a): _____

1 ¿Cómo te sientes?

Feliz () Indiferente () Enojado(a) () Triste ()

2 Cuando te acuerdas de (entrevistador menciona suceso) te sientes

Feliz () Indiferente () Enojado(a) () Triste ()

"Ahora vas a contestar lo que pasa cuando duermes"

3 Cuando despiertas en la mañana te sientes

Feliz () Indiferente () Enojado(a) () Triste ()

Si No

4 ¿Tienes sueños feos?

5 ¿Despiertas asustada(o)?

6 ¿Tardas mucho en dormirte en la noche?

7 ¿Puedes dormir toda la noche?

8 ¿Te gusta dormir con la luz encendida?

9 ¿Te da miedo dormir solito(a)?

"Como ya contestaste lo que pasa cuando duermes, ahora vamos a hablar de lo que te pasa y sientes"

10 ¿Cuando juegas solo(a), juegas siempre a lo mismo?

11 ¿Te haces pipi (chis) en la cama?

12 ¿Sientes cosquillitas en la piel sin que nadie te esté tocando?

13 ¿Piensas mucho en lo que te pasó?

14 ¿Te da miedo pensar en lo que te pasó?

15 ¿Te acuerdas de todo lo que te pasó?

16 ¿Antes te gustaba hacer cosas que ahora ya no te gusta hacer?

17 ¿Sientes que tu corazón golpea muy fuerte?

18 ¿Te sientes enojado(a)?

19 ¿Te enojas por cualquier cosa?

20 ¿Les pegas a los demás niños?

21 ¿Te dan ganas de llorar?

22 ¿Lloras sin saber por qué?

23 ¿Te chupas el dedo?

24 ¿Te dan de comer en la boca?

25 ¿Sientes mucho miedo (susto)?

26 El miedo (susto) lo sientes en (señala en la figura humana)

27 Vas a crecer hasta ser El niño señala en la figura del desarrollo niño () adolescente () joven () anciano ()

"Ahora como ya contestaste muy bien a mis preguntas, te voy a pedir que dibujes lo más feo que te haya pasado " (dibuja en la parte de abajo de la figura humana)

(NOTA. Identificar al niño en las hojas de las figuras)

ENTREVISTA AL ADULTO RESPONSABLE

Nombre niño _____
 Nombre adulto: _____
 Turno: _____
 Fecha: _____
 Entrevistador(a) _____

Si No

Criterio A (se llena a partir de la averiguación previa)

El suceso:

- 1 Fue uno solo suceso traumático
- 2 En caso de varios ¿cuánto tiempo transcurrió? (_____)
- 3 En caso de uno prolongado ¿Cuánto tiempo? (_____)
- 4 Entrañó peligro de muerte
- 5 Entrañó daño severo al paciente
- 6 Entrañó daño o amenaza a otros
- 7 ¿Qué ocurrió? (descripción en hoja aparte)

Criterio A2 (entrevista)

El niño(a):

- 8 Está más agitado que los demás
- 9 Se levanta de su asiento constantemente
- 10 Es impulsivo
- 11 Interrumpe (arrebata la palabra)
- 12 Fantasea cuando relata algo
13. Lo que dice tiene secuencia lógica

Criterio B (entrevista)

- 14 Muestra gran malestar ante estímulos que le recuerdan lo sucedido
- 15 Recuerda a menudo el suceso, mostrando sufrimiento
- 16 Juega frecuentemente a temas o aspectos del suceso
- 17 Dice haber tenido sueños terroríficos sin contenido reconocible
- 18 Se despierta gritando o aterrado por sueños terroríficos
19. Reescenifica en el juego el suceso traumático

Criterio C

- 20 Evita estímulos asociados con el trauma
- 21 Hace esfuerzos por evitar conversaciones asociadas con el suceso
- 22 Hace esfuerzos por evitar actividades, lugares y gente que evoquen recuerdos
- 23 No puede recordar un aspecto importante del suceso
- 24 No se le ve interesado por participar en actividades significativas
- 25 Muestra desapego al relacionarse con los demás
- 26 Muestra poco afecto
27. Le ha oído decir que su vida no durará tanto como para llegar a ser adulto

Criterio D

- 28 Presenta dificultad para iniciar o mantener el sueño
- 29 Se muestra irritable o tiene brotes de ira
- 30 Se le dificulta concentrarse

31 Muestra hipervigilancia

32 Se sobresalta exageradamente

Si se marcaron síntomas:

33 Han durado (decir qué síntomas) más de un mes

34 Más de tres meses

35 Aparecieron inmediatamente después del suceso

un mes después

tres meses después

seis meses después

36 Ha observado malestar

37 Muestra bajo rendimiento escolar, problemas de conducta
o problemas para interactuar socialmente

(NOIA: Para un mismo niño deberá haber una entrevista a un adulto por turno)