

46



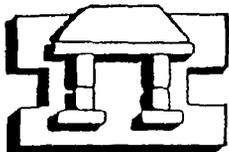
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA

ESTRES POSTRAUMATICO EN NIÑOS EN CASOS DE
DESASTRE.

T E S I S I N A
PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
LUZ MARIA CHAVEZ HERNANDEZ

ASESOR: LIC. JORGE MONTOYA AVECIAS
SINODALES: LIC. JORGE ALFONSO RODRIGUEZ GOMEZ
MTRA. NORMA COFFIN CABRERA



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MEXICO

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Luz María

Cárdenas Ller

FECHA: 23 de diciembre de 2012

FIRMA: [Firma manuscrita]

ESTA TESIS NO SE
DE LA BIBLIOTECA

Agradecimientos

- A Dios: Quien me ha concedido la oportunidad de vivir este momento.
- A Josefina y Marcelino (q.e.p.d): Quienes me rodearon de cariño y me enseñaron lo importante que es la vida.
- A Mis padres: Quienes siempre han estado a mi lado en este camino que no acaba sino que apenas comienza. A ti, Sergio debo agradecerte que con tú ejemplo me has enseñado valores importantes como lo son: la responsabilidad, la disciplina y el amor al trabajo que uno realiza. A ti, Luz María las palabras no me alcanzan para agradecer tú infinito amor y apoyo incondicional. Los amo.
- A Mi hermano: Quien con su presencia, me ha enseñando que la vida es lucha y sacrificio.
- A Mi pareja: Con quien he compartido el camino de mi preparación profesional y quien me ha apoyado en todo momento y ha confiado en mí. A ti, Juan Manuel no me resta más que decirte: Gracias y Te Amo.
- A las Familias Franco Hernández y Cruz Hernández: Les agradezco la confianza y el apoyo que siempre he recibido de su parte. En especial a mis tías Teresa y Alejandra quienes se caracterizan por su simpatía pero sobre todo por la confianza y amor que me han brindado. A mi primo Raúl, quien con su chispa me ha regalado grandes momentos y por el gran cariño que nos une.

- A Guadalupe Hernández: Por ser una persona maravillosa y brindarme en todo momento su cariño y comprensión.
- A Marcela Hernández: Quien me ha brindado siempre su cariño y apoyo.
- A Rosario Orozco y Alfredo Contreras: Quienes me han apoyado en todo momento, además de que me dieron la oportunidad de ser parte de su gran proyecto. Les agradezco todos los momentos que hemos compartido y su gran cariño.

Especialmente quiero hacer agradecer y reconocer:

- A la Universidad Nacional Autónoma de México: Por ser la institución que no sólo me dio la oportunidad de mi preparación profesional sino también de crecer humanamente.
- Jorge Montoya: Quien además de ser mi asesor en este trabajo, me apoyo como un amigo y me guió en el camino del conocimiento. Gracias no sólo por tu trabajo sino también por tu amistad.
- A Jorge Rodríguez: Con quien, la honestidad y sinceridad han formalizado una relación de amistad que se enriquece con el conocimiento. Gracias Jorge por tú apoyo en este trabajo y por compartir conmigo todo lo que sabes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

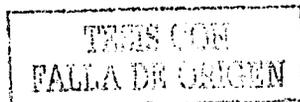
RESUMEN

Es sabido, de una manera científica y con el estudio riguroso de las personas que han sufrido traumas, que el impacto de los acontecimientos traumáticos pueden modificar al individuo a nivel biológico, psicológico y social. Tan es así que el recuerdo del acontecimiento traumático es capaz de teñir el resto de la vida psíquica del individuo (Calcedo, 2002), razón por la cual, el concepto de estrés postraumático sea uno de los más investigados actualmente.

De forma general, en el primer capítulo, se exponen los conceptos básicos que giran entorno al estrés postraumático, Definición y Características, Criterios Diagnósticos y Eventos Traumáticos donde se explica lo que se define como estrés postraumático con base en la argumentación de la literatura de investigación, también se menciona una breve reseña histórica del estudio de este trastorno; se muestran los criterios establecidos de acuerdo al DSM-IV para poder diagnosticar a una persona o en el caso específico de este trabajo en un niño el trastorno por estrés postraumático y se hace mención de los eventos que se consideran traumatizantes o que provocan trauma.

Por otra parte, en el segundo capítulo se contempla el impacto psicológico que se presenta en los infantes víctimas o espectadores de un desastre en edades de 3 a 5 años y de 6 a 11 años, se analiza el impacto en el niño que presencia un desastre, la formación del trauma y las reacciones que un niño de estas edades presenta si padece estrés postraumático.

Finalmente, en el tercer capítulo se desarrolla una propuesta de intervención dirigida hacia las personas que están en contacto constante con los niños y que les pueden brindar ayuda: los Padres, quienes son la principal fuente de interacción con el niño, la propuesta es para la atención de los infantes víctimas de un desastre que presenten estrés postraumático, y va encaminada a actividades que los padres pueden realizar con sus hijos, como hablar, tratar el problema y crecer a partir de la experiencia.



ÍNDICE

Introducción	4
Capítulo 1. "Consideraciones Generales"	
1.1 Estrés Postraumático: Definición y Características.....	9
1.2 Criterios Diagnósticos	17
1.3 Eventos Traumáticos	18
Capítulo 2. "Desarrollo de Estrés Postraumático en Niños en Situaciones de Desastre"	
2.1 Infantes de 3 a 5 años	31
2.2 Infantes de 6 a 11 años	34
Capítulo 3. "Propuesta de Atención"	
3.1 Estrategias para Padres	41
Conclusiones	55
Bibliohemerografía	60
Anexos	
Anexo 1	65
Anexo 2	67
Anexo 3	68
Anexo 4	69

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

El trastorno por estrés postraumático es un constructo desarrollado a partir de 1980 en las clasificaciones internacionales, que permitió unificar una serie de categorías previas dispersas en la nosología y con diferente valor histórico; sobre los trastornos reactivos a acontecimientos traumáticos. Este constructo ha generado una copiosa investigación y ha alcanzado una gran difusión (Medina, Pérez y Gancedo, 2001).

El *estrés postraumático* es una respuesta a un suceso traumático que para diagnosticarlo es necesario que se cumplan, según el manual diagnóstico DSM-IV, una serie de características: la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testimonio de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves (American Psychiatric Association, 1994).

A lo largo de la historia el ser humano ha tenido un contacto muy estrecho con las situaciones traumáticas, antiguamente era frecuente presenciar acontecimientos terribles: guerras, maltrato, abuso sexual, etc. No obstante, las sociedades más modernas han ido desarrollando un nivel de convivencia más aceptable, por lo que se dice que se ha conseguido evitar la presencia de estas situaciones tan dramáticas, y con un intenso impacto emocional sobre las personas (Calcedo, 2002). Sin embargo, esto no es del todo cierto puesto que en el mundo siguen ocurriendo situaciones que están fuera del control del ser humano como podrían ser los desastres naturales y también ocurren desastres provocados por el hombre siendo el mejor ejemplo el terrorismo.

Este tipo de desastres suelen ser inesperados, repentinos y abrumadores, en ocasiones, las víctimas no presentan muestras visibles de lesiones físicas, pero sí daños psicológicos considerables que pueden provocar reacciones emocionales muy fuertes. Las personas que viven una de estas circunstancias directamente experimentan un trauma, pero no son los únicos, además de los supervivientes, también lo pueden experimentar las personas que han sido testigos de los hechos, las que han podido serlo pero que, por cualquier motivo, no lo han sido, así como los parientes, amigos y conocidos de las víctimas. Pero no todo el mundo que ha pasado por esta experiencia será candidato a padecer un trastorno de estrés postraumático, debe haber una vulnerabilidad, la cual permite que se desarrolle el trastorno (González, 2002).

Ahora bien, todos los niños y adolescentes tienen experiencias de eventos que producen estrés, los cuales pueden afectarlos tanto emocionalmente como físicamente, un niño o adolescente que pasa por un evento catastrófico puede desarrollar el *estrés postraumático*.

Existen una serie de factores que pueden considerarse de riesgo para que un niño desarrolle estrés postraumático, está relacionado con la seriedad del trauma, si el trauma se repite, la proximidad del niño al trauma, y su relación con la víctima(s) (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999). Además del factor de vulnerabilidad que anteriormente se mencionaba.

Bryce (2001a) expone que los niños y adolescentes que son expuestos a situaciones de estrés presentan complejas reacciones que se manifiestan inmediatamente o después. Estas respuestas dependen de la edad del niño y de la influencia que tengan las personas con las que esta en contacto, entre otros factores.

De esta manera, el análisis de las reacciones de los niños con estrés postraumático conduce el camino hacia la búsqueda de estrategias que les permitan entender sus respuestas y afrontar con éxito sus sensaciones, pensamientos y comportamientos, lo cual le ayudará en su camino hacia la recuperación.

Finalmente, el trastorno por estrés postraumático forma un cuadro que ha despertado gran interés en los últimos años tanto en el área clínica como en la investigación, hasta el punto de ser incluido como categoría diagnóstica en las clasificaciones internacionales (Caballero, Mojarro y Rodríguez – Sacristán, 1995). Desde que el trastorno por estrés postraumático apareciera por primera vez en las clasificaciones, se han realizado numerosos estudios que demuestran que la exposición a acontecimientos vitales que suponen una amenaza para la vida puede producir en niños y adolescentes un trastorno por estrés postraumático similar al de los adultos (Ramos, González y Ballesteros, 2001). De tal forma, que el estudio del trastorno en los niños se hace necesario en la medida que la literatura de la investigación requiera avanzar en el conocimiento y tratamiento del tema.

Resultado de lo anterior, el objetivo general del presente fue realizar una investigación documental de tipo teórica del tema, donde se revisan y exponen los factores que intervienen en el estrés postraumático en niños en situaciones de desastre, además de mostrar una estrategia de atención para este tipo de eventos.

Capítulo 1

C ONSIDERACIONES GENERALES

A veces el hombre no puede controlar las circunstancias, pero siempre puede controlar su propia mente.

BUDA

El estudio de las consecuencias de hechos traumáticos, parece haber tomado un impulso que difícilmente pueda ser frenado. La extensión y profundización del campo, es responsabilidad de los profesionales dedicados a su estudio. En todo el mundo, abundan ejemplos de situaciones traumáticas, ya sea naturales como terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, etc. o bien provocados por el ser humano, por ejemplo: terrorismo, matanzas étnicas, persecuciones políticas, religiosas, aumento de la criminalidad, etc. (Cazabat, 2001^a).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En los últimos 25 años, más de 150 millones de personas anualmente han sido afectados directamente por estos tipos de desastres y acontecimientos traumáticos, los efectos físicos de un desastre son evidentes ya que cientos o miles de personas pierden sus vidas o son gravemente heridos, los supervivientes arrastran las consecuencias durante toda su vida, dolor y sufrimiento se distribuyen a partes iguales, los efectos emocionales –miedo, ansiedad, estrés, ira, rabia, resentimiento o bloqueo emocional- de los desastres son también obvios, para muchas víctimas estos efectos se mitigan e incluso desaparecen con el tiempo. Sin embargo, para otros las secuelas son a largo plazo y alcanzan en ocasiones la condición de crónicas. Estas circunstancias no hacen sino añadir complejidad a la hora de abordar una intervención efectiva sobre el trastorno por estrés postraumático (Puchol, 2001)

Las reacciones psicológicas a los hechos traumáticos han tenido gran atención a lo largo de la historia moderna de la psicología. Sin embargo, hasta hace poco tiempo, es que se realiza el reconocimiento oficial de la existencia de un trastorno debido a los hechos traumáticos. Así, el *trastorno por estrés postraumático* es un constructo desarrollado a partir de 1980 en las clasificaciones internacionales, que permitió unificar una serie de categorías previas dispersas en la nosología, con diferente valor histórico, sobre los trastornos reactivos a acontecimientos traumáticos.

A partir de ese momento ha ido creciendo exponencialmente el interés en este trastorno, materializado en cientos de publicaciones científicas investigaciones, creación de asociaciones, desarrollo de nuevos abordajes terapéuticos, etc. (Cazabat, 2001^a y b; Medina, Pérez e Iñigo, 2001; Ramos, González y Ballesteros, 2001 y Yule, 1999).

Para términos prácticos de este trabajo, es necesario aclarar que un trastorno psiquiátricamente es considerado como *afecciones o síndromes psíquicos y conductuales, opuestos a los propios de los individuos que gozan de buena salud mental*. Por su parte, el estrés postraumático es considerado también con los sustantivos de desorden, tensión, entre otros. Para fines de este trabajo el estrés postraumático será considerado como una reacción biopsicosocial que surge ante la presencia de un evento traumático y que se expresa con un gran horror, desesperanza o miedo intenso

Así, en el presente capítulo se muestra la definición del estrés postraumático y se hace una breve reseña histórica de la investigación acerca del trastorno. De igual manera, se presentarán los criterios establecidos por la clasificación internacional el DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. American Psychiatric Association, 1994) que sirven para guiarnos en el diagnóstico del mismo. Finalmente, se realiza una demostración de los eventos que son considerados como traumáticos y que marcan el estudio del estrés postraumático.

1.1 Estrés Postraumático: Definición y Características

El siglo XIX vió el advenimiento del ferrocarril y con esto, la descripción de las reacciones de estrés postraumático en relación a accidentes ferroviarios. Desde entonces, los efectos de los eventos traumáticos en la salud mental han sido reconocidos bajo varios nombres, muchas de estas etiquetas fueron escogidas en relación al combate, por ejemplo: shock nervioso, neurosis traumática, neurosis ansiosa y neurosis de miedo (Joseph, Williams y Yule, 1997).

El trastorno de estrés postraumático (PTSD, por siglas en inglés) es el desarrollo de síntomas característicos después de un suceso traumático. Entre los sucesos que provocan PTSD se encuentran el ser testigo, experimentar o enfrentar una grave amenaza contra la vida o integridad física propia o de otra persona, y son experimentados con intenso temor, horror e impotencia (Hospital de Nueva York, 1996).

A manera de historia, la primera descripción del cuadro similar al que ahora se conoce, fue realizada por J. Erichsen en el siglo XIX; tras estudiar a los supervivientes de una catástrofe ferroviaria en Gran Bretaña, escribió un libro en el que se señalan los síntomas más relevantes que presentaban las personas que no habían perecido. Ansiedad, sueños recurrentes, evocación del sueño y disminución de la relación con el mundo era la sintomatología de más peso (Caballero, Mojarro y Rpdrígez – Sacristán, 1995).

Durante la Primera Guerra Mundial, inicialmente se creyó que la sintomatología traumática era de origen físico y se atribuyó al efecto de la explosión de las granadas. Algunos psiquiatras llegaron a postular que las causas eran psicológicas, pero la creencia más común era que los síntomas postraumáticos se debían a la cobardía y debilidad del soldado (Cazabat, 2001^a). En el año 1920 Freud definió el concepto de "trauma psíquico" sufrido por los excombatientes como una ruptura de la barrera a los estímulos. Tras la Segunda Guerra Mundial, resurgió el interés médico por las manifestaciones clínicas de este síndrome que se pasó a conocer como "neurosis traumática" (Ramos, González y Ballesteros, 2001). Pero fue con los veteranos de la guerra de Vietnam cuando comenzó a prestarse real atención a los efectos traumáticos de la guerra. En 1970, cuando la guerra de Vietnam estaba en uno de sus picos más altos, la organización Veteranos de Vietnam Contra la Guerra comenzó a buscar ayuda psicológica fuera de los ámbitos oficiales, desarrollándose amplios estudios empíricos entre los veteranos de esta guerra. Lo cual llegó a cristalizar el reconocimiento oficial de la existencia de un trastorno debido a los hechos traumáticos (Cazabat, 2001^a).

En lo que se refiere a los criterios diagnósticos, Mojarro y Rodríguez y Sacristán (1995) explican que en la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-III) de la American Psychiatric Association (APA) en 1980 aparece la categoría denominada "trastorno por estrés postraumático" como reacciones a un trauma catastrófico. En la revisión del DSM-III en 1987 se describe como: La vivencia de un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de la experiencia humana y que sería angustiante para casi todo el mundo. Además tres bloques de síntomas con relevantes: a) reexperimentación del acontecimiento traumático, b) evitación de los estímulos asociados con el trauma o falta de capacidad general de respuesta y c) síntomas persistentes de aumento de actividad. Cronológicamente se especifica que la duración del trastorno haya sido por lo menos de un mes. El DSM-III-R anota que puede ocurrir durante la infancia, el niño puede rehusarse hablar sobre el trauma, pero puede recordarlo. Por otra parte, este trastorno en el DSM-IV es clasificado dentro de los trastornos de ansiedad, los requerimientos para el cumplimiento del diagnóstico cambian considerablemente desde su introducción en 1980 hasta su revisión en 1987. El DSM-IV requiere especificación sobre si el trastorno es agudo o crónico.

Ahora bien, Joseph, Williams y Yule, (1997) y Ramos, González y Ballesteros (2001) hacen mención de los criterios diagnósticos, exponen que en la edición de 1980 del DSM-III, entre los trastornos de ansiedad aparece el *estrés postraumático*, algunos de los síntomas característicos de este trastorno incluyen:

- Reexperimentación del trauma mediante recuerdos, sueños o pesadillas.
- Disociación o insensibilidad psíquica.
- Sensación de retraimiento hacia el mundo exterior.
- Problemas de sueño, alerta excesiva.
- Interrupciones cognitivas que afectan la concentración y la memoria.

Los criterios establecidos para el diagnóstico del estrés postraumático en el DSM III (1980) y en su versión revisada de 1987 coinciden en cuatro puntos fundamentales:

1. Exposición a un evento estresante extraordinario, fuera de la esfera usual de la experiencia humana.
2. Reexperimentación intrusiva del evento traumático.
3. Insensibilidad psicológica hacia el ambiente externo.
4. Hiperactividad y/o hiperreactividad del Sistema Nervioso Autónomo.

Finalmente, en el DSM-IV la gran diferencia que se presenta en los criterios, es la mención de niños y adolescentes.

De esta breve forma, se ha hecho una revisión histórica tanto del concepto como de los criterios establecidos para el *estrés postraumático*.

El *estrés postraumático*, es en sí mismo, un término multidimensional por su etiología, diagnóstico y tratamiento ya que dentro de estas áreas abarca una serie de acontecimientos biopsicosociales que influyen en la presencia del estrés postraumático. Éste, en los últimos años está gozando de un mayor interés científico y reconocimiento social, estando de especial actualidad en estos momentos por los acontecimientos acaecidos el pasado 11 de septiembre de 2001 en Nueva York (Puchol, 2001).

Así, el *estrés postraumático* se define como las consecuencias psicológicas tanto inmediatas como a largo plazo de las experiencias traumáticas de carácter extremo o catastrófico. Estas experiencias son de diversos tipos y se caracterizan por el temor, la angustia y la desesperanza que causan. (Cazabat, 2001b; Hospital de New York, 1996).

Calcedo (2002), expone claramente las características que presenta el *estrés postraumático* en los individuos que lo desarrollan, una de las principales es *la fijación del trauma en la memoria*, es decir, que la persona no es capaz de integrar el recuerdo del acontecimiento traumático en su memoria, como parte de su pasado personal, el acontecimiento traumático nunca llega a adquirir la calidad de pasado, continúa permaneciendo presente en la vida psíquica del individuo. Algunos individuos recuerdan como si acabara de ocurrir un acontecimiento traumático que realmente ocurrió hace ya muchos años. Son capaces de recordar hasta los más mínimos detalles: sabores, olores, las caras de las personas que intervinieron, etc.

Otra característica, son los *pensamientos intrusivos* lo cual hace referencia a que en los días siguientes al evento traumático, la persona sigue reviviendo la experiencia en forma de imágenes que llegan a su mente. Estas intrusiones tienen una finalidad adaptativa, para mejorar la capacidad de supervivencia del individuo en su entorno. Para ayudar en el aprendizaje sobre situaciones peligrosas se repite el acontecimiento a nivel mental. Pero esto suele durar sólo unos días y luego desaparece. Sin embargo, en los individuos que desarrollan un *estrés postraumático* esto se mantiene en el tiempo, llegando a convertirse en una situación crónica. En lugar de integrarse en el pasado, el recuerdo de la situación traumática adquiere autonomía propia en la vida mental del individuo, condicionando totalmente su vida. Estas intrusiones suelen ser intensas emociones o impresiones somatosensoriales que ocurren cuando la víctima se encuentra en estado de alerta o está expuesta a situaciones que le recuerdan el trauma. Estos mecanismos intrusos pueden manifestarse de muy diversas formas: flashbacks (imágenes del evento), emociones intensas como pánico o cólera, sensaciones corporales, pesadillas, cambios de carácter, etc.

El mismo autor menciona otras características del *estrés postraumático*, como que: el individuo no suele sufrir lesiones físicas, el miedo o el terror que experimenta la víctima ocurren sólo a un nivel mental, no se producen traumatismos craneoencefálicos u otras lesiones en el organismo.

Otra característica que llama la atención en las personas es su *incapacidad para verbalizar y describir el acontecimiento traumático*, no son capaces de explicar con detalle lo que ocurrió, aunque sí pueden explicar los sentimientos asociados al acontecimiento, lo cual tiene que ver con un bloqueo en el momento del trauma de las estructuras cerebrales que se encargan de organizar la información que llega desde distintas vías sensoriales. Las personas también presentan como característica su actitud respecto al acontecimiento traumático. Se produce una *situación paradójica*: aunque han sufrido un acontecimiento que nadie desearía experimentar, la persona, tiende a buscar situaciones en las que se va a encontrar en contextos que recuerdan la experiencia traumática que vivió. Finalmente, el autor habla de un *estado de hipervigilancia crónico* que se refiere a una respuesta de alarma exagerada e inquietud que hace que se conciba el mundo como algo hostil y peligroso.

En cuanto al diagnóstico del *estrés postraumático* se puede decir que es relativamente fácil de hacer cuando el paciente refiere la existencia del hecho traumático. En cambio, cuando los síntomas son de aparición tardía, en muchas oportunidades no es evidente para el paciente la vinculación entre la experiencia traumática y sus síntomas, por lo que el clínico deberá investigar siempre la existencia de tales experiencias. La historia de traumas del paciente es un elemento importante en el diagnóstico diferencial y nunca debería ser omitida, a menudo, las personas evitan hacer referencia al hecho traumático para evitar el sufrimiento (Cazabat, 2001b). Respecto a los niños, el diagnóstico se realiza con ayuda de los padres ya que además de lo que el niño pueda referir, es necesario realizar entrevistas que ayuden tanto a corroborar cómo a brindar información, por lo que los padres juegan un papel muy importante.

La literatura de investigación expone que el estrés postraumático se considera como una respuesta a un suceso traumático. Para establecer un diagnóstico puede ser importante el tiempo con que cursa el síndrome, puede presentarse inmediatamente después del evento, o presentarse tardíamente. La American Psychiatric Association, establece en su más reciente edición criterios diagnósticos para estrés postraumático tanto para adultos como para niños, dichos criterios serán abordados posteriormente.

Finalmente, se abordará el tratamiento que recibe el estrés postraumático en casos de niños, es necesario mencionar que desde su aparición la literatura de investigación se ha enfocado a desarrollar diversas formas de atención clínica que permitan atender a este tipo de población. Así, Ramos, González y Ballesteros (2001) y Tomasini (1998) hacen referencia de los siguientes tratamientos para el estrés postraumático en niños:

- **Terapia Cognitivo – Conductual**

La terapia cognitivo-conductual, con sus métodos y técnicas, constituye el abordaje psicoterapéutico más indicado para el tratamiento del estrés postraumático. Tras una adecuada evaluación y el establecimiento de una alianza terapéutica con el niño y sus padres el tratamiento constaría de cuatro componentes:

1. **Psicoeducación.** Se informa tanto al niño como a los padres sobre los efectos del acontecimiento traumático y se proponen los objetivos para el proceso terapéutico.
2. **Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.** En esta etapa se le enseña al niño a reconocer los estímulos que aumentan su ansiedad para posteriormente enseñarle estrategias de afrontamiento como la relajación, el pensamiento positivo o las técnicas de resolución de problemas. Las técnicas de parada del pensamiento pueden ayudarle a controlar pensamientos indeseables en la escuela o al acostarse.
3. **La exposición.** El punto nuclear de la terapia cognitivo-conductual es la exposición in vivo o en la imaginación a los estímulos ansiógenos. Esta debe realizarse tanto durante las sesiones como al finalizar las mismas, asignando tareas para casa que incluyan la exposición gradual in vivo o en la imaginación a todo aquello que recuerda al suceso traumático con el fin de que vayan desapareciendo las conductas de evitación.

4. Finalización y prevención de recaídas. Cuando la fase activa del tratamiento está a punto de finalizar se le debe preguntar al niño sobre lo que ha aprendido y pedirle que describa sus mecanismos para afrontar en el futuro todo lo relacionado con el acontecimiento traumático.

También debe hablarse con él sobre la posibilidad de recaer y cómo prevenirlo, detectando las situaciones que puedan desencadenarle estrés en el futuro.

- Tratamiento Farmacológico

En general, los fármacos empleados para el tratamiento del *estrés postraumático* se pueden clasificar en 5 grupos: Antidepresivos tricíclicos, Inhibidores de Monoamino Oxidasa, Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina, Benzodiazepinas, y otros agentes.

Antidepresivos tricíclicos (ATC)

Los ATC han sido evaluados en estudios controlados para el tratamiento del *estrés postraumático*, pero ninguno ha demostrado una gran modificación en los síntomas centrales del mismo.

Inhibidores de Monoamino Oxidasa (IMAO)

En general, si bien los IMAO pueden llegar a ser beneficiosos para algunos pacientes con *estrés postraumático*, hay factores que limitan su uso como tratamiento farmacológico de primera línea. Estos factores son: restricciones alimentarias, uso potencial ilegal de la droga, y efectos colaterales (hiposomnia y mareo ortostático).

Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina (ISRS)

Los ISRS han mostrado resultados muy positivos en el tratamiento del *estrés postraumático*, una serie de estudios sugieren el uso de fluoxetina para el tratamiento eficaz de este trastorno, ya que es efectiva en reducir síntomas muy específicos como la revivencia del trauma, evitación y la hiperexcitación.

Benzodiazepinas (BZ)

La administración temprana de BZ a sobrevivientes de eventos traumáticos no tiene un efecto beneficioso en el curso de su enfermedad, mientras sí se observa una reducción en la expresión fisiológica de la excitación.

Otros agentes

La carbamazepina se presenta como una droga efectiva en la reducción de conductas impulsivas, excitación y flashbacks. Otras drogas que han mostrado efectos positivos pero que necesitan más estudios controlados son: buspirona, vigabatrin, trazodona, guancina, nalmefena, litio, y bloqueantes beta y clonidina.

Tratamientos combinados

El paciente que padece de estrés postraumático, necesita que se lo eduque respecto al trastorno y al tratamiento del mismo, tanto a nivel farmacológico como psicoterapéutico. A pesar de esta afirmación, son pocos los trabajos publicados que se refieran a la utilización combinada de farmacoterapia y psicoterapia. La mayoría de los estudios se refieren a la utilización de cada una de las terapias por separado.

De forma general, las benzodiazepinas se han utilizado en el estrés postraumático por su probada eficacia en los trastornos del sueño y estados de ansiedad en los niños. De la misma manera, también se ha recomendado la utilización de antidepresivos por ser muy eficaces en adultos para los síntomas de reexperimentación y para los trastornos depresivos asociados con el trastorno por estrés postraumático, así como en ciertas patologías infantiles (depresión, ansiedad y crisis de angustia). En la actualidad los fármacos más recomendados son los nuevos antidepresivos serotoninérgicos: fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina y sertralina, así como la venlafaxina y la nefazodona.

Estos son algunos tratamientos para el estrés postraumático, la literatura de investigación expone que tanto la psicoterapia como los fármacos son eficaces si se trabaja con ambos, pero esta decisión esta va a depender de lo crónico del estrés.

1.2 Criterios Diagnósticos

Para efectuar el diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, los especialistas se basan en los criterios diagnósticos del DSM-IV, versión más reciente de 1994 (ver anexo 1). Es una clasificación de las enfermedades consensuadas por especialistas de diferentes nacionalidades y reconocido prestigio.

Respecto a estos criterios, Ramos, González y Ballesteros (2001) exponen que para realizar el diagnóstico en niños de *estrés postraumático*, en primer lugar debe confirmarse que el niño efectivamente haya experimentado un acontecimiento traumático y que éste haya precedido al comienzo de los síntomas. Y que tal evento "traumático" se entienda como en el DSM-IV (acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás).

Así mismo, mencionan que cuando un niño reúne los criterios referentes tanto al agente estresor como a los síntomas pero la duración ha sido inferior a un mes, se realizará el diagnóstico de trastorno por estrés agudo. Es decir, que el factor de tiempo debe considerarse tal y como señala el DSM-IV para así diferenciar entre *estrés postraumático* agudo ó crónico.

Por una parte, los criterios diagnósticos de la A.P.A. (American Psychiatric Association) se presentan de tal forma que se sugiere que el trastorno por estrés postraumático es una reacción normal a un suceso anormal, lo que llevaría a dos conclusiones: el trauma estresor causa el trastorno y éste le puede ocurrir a cualquiera. Sin embargo, existe una gran controversia sobre estos aspectos pues en muchas ocasiones la mayoría de los individuos expuestos al trauma no desarrollan ningún trastorno, por lo que se podría afirmar que el acontecimiento traumático es necesario pero no suficiente. También, se menciona que debe haber una vulnerabilidad, cuya naturaleza es desconocida, la cual permite que se desarrolle el trastorno (Hospital de New York, 1996; Ramos, González y Ballesteros, 2001). No obstante, la literatura de investigación ha desarrollado poca información acerca de este aspecto.

De esta forma, la literatura de investigación marca una línea para profundizar en el estudio del *estrés postraumático* y en otras circunstancias donde el factor de vulnerabilidad pueda estar presente.

1.3 Eventos Traumáticos

El trastorno de estrés postraumático es único dentro de los trastornos mentales pues tiene la peculiaridad de que su agente causal ha de ser perfectamente conocido: *el trauma estresor*. La exposición a eventos traumáticos y las consecuencias que de ello se derivan no es un fenómeno nuevo. Los seres humanos han estado experimentando tragedias y desastres a lo largo de toda la historia (Puchol, 2001 y Ramos, Gonzalez y Ballesteros, 2001).

El estudio de los hechos que se consideran como traumáticos han generado gran controversia a lo largo de la investigación del estrés postraumático puesto que son diversos. Cazabat (2001b) explica que la clave del trauma esta en la respuesta traumática. La reacción del individuo es la que configura a la situación como traumática, que deja así de ser una característica inmanente del hecho en sí. De esta manera el abanico del estrés postraumático se amplía, la condición necesaria es que reaccione con intenso terror, pánico, entre otros. Por su parte, Bryce (2001b) ofrece una definición de eventos traumáticos:

"Es un evento el cual se sale del terreno normal de la experiencia humana, (...) estos eventos usualmente envuelven una percepción de amenaza hacia la integridad física de la persona y evoca reacciones de intenso miedo, horror y desesperanza" (Pág. 22)

Los eventos traumáticos son, en la mayoría de las ocasiones, inesperados, incontrolables y golpean de manera intensa la sensación de seguridad y auto-confianza del individuo provocando intensas reacciones de vulnerabilidad y temor hacia el entorno (Puchol, 2001).

Estos eventos pueden ser clasificados de diferentes maneras dependiendo de como los autores manejen la información, por ejemplo:

Puchol (2001) expone la siguiente clasificación de eventos traumáticos:

- Accidentes
- Desastres naturales como terremotos o inundaciones.
- Inesperada muerte de familiares.
- Asaltos / Delitos / violaciones
- Abuso físico / sexual en la infancia
- Torturas / Secuestros / Actos Terroristas.
- Experiencias de Combate

De un forma más amplia, Bryce (2001^a) expone la siguiente clasificación de *estresores*, es decir, acontecimientos que son amenazantes para las personas y que rompen con su equilibrio biopsicosocial:

a) Estresores físicos o del ambiente:

- Inadecuada ventilación
- Contaminación
- Sobrepoblación
- Hambre
- Ruido continuo o excesivo
- Presión en el trabajo
- Presión en la familia

(b) Desastres naturales o causados por la actividad del hombre:

- Accidentes fatales o múltiples heridas.
- Fuegos
- Huracanes
- Inundaciones
- Erupciones volcánicas
- Terremotos
- Tornados
- Explosiones
- Estrellamiento de Aviones
- Guerra

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

(c) Cambios en la Vida:

- Matrimonio
- Separación –marital
- Divorcio
- Enfermedad de un miembro de la familia
- Nacimiento de un hijo
- Cambio de trabajo
- Encarcelamiento
- Retiro

(d) Molestías, cambios menores:

- Insatisfacción con la apariencia física o el sexo
- Problemas de relación con los compañeros
- Responsabilidad de los gastos de la casa
- Problemas de la seguridad
- Problemas de relación con la pareja o con los padres
- Sentimientos de separación
- Problemas financieros
- Insatisfacción en el trabajo

(e) Estrés relacionados con la personalidad:

- Concepto pobre de sí mismo
- Pobres hábitos de salud
- Sobre dependencia
- Pobres habilidades interpersonales
- Inhabilidad de hacer metas realistas y tener prioridades
- Impaciencia
- Pensamiento pobre
- Pobres habilidades de comunicación
- Inflexibilidad

Como nota aclaratoria es necesario diferenciar que, un *estresor* es un factor que causa un desequilibrio biopsicosocial en una persona por ser amenazante para ella y un *trauma estresor* es aquel factor que es amenazante para la integridad de la persona y que se vive con horror, desesperanza y temor. Este último, es aquel que se considera propulsor de *estrés postraumático* y es al que se hace referencia en este trabajo.

Ahora bien, tomando en cuenta la clasificación anterior podemos diferenciar entre dos tipos de estresores: los del desarrollo y los circunstanciales. Los primeros hacen referencia a todos aquellos eventos que se relacionan con los cambios o sucesos que se presentan en el desarrollo humano, los segundos hacen referencia aquellos eventos que se presentan súbitamente como lo son los desastres. Estos últimos podemos observar en la clasificación de Bryce (2001^a) que pueden ser naturales o causados por la actividad del hombre.

Los desastres en general son considerados como la fuente principal de desarrollo de *estrés postraumático* en las personas. De ahí que se preste mayor atención, en este trabajo a este tipo de sucesos. Además, resultan de gran importancia por las características con las que se presentan y sobre todo por las consecuencias que tienen.

Gráficamente, se exponen eventos que son causantes de *Estrés Postraumático*:

TIPO DE ESTRESOR	EJEMPLO
Accidentes serios	Automóvil, Aeroplano, barcos o accidente industrial.
Desastre Natural	Tornado, Huracán, Inundación o Terremoto
Asalto Criminal	Atacar, Disparar, Apuñalar, Apuntar.
Militar	Sirviendo activamente en un combate
Asalto Sexual	violación o intento de violación
Abuso Sexual Infantil	Incesto, violación o contacto sexual con un adulto o un niño más grande que la víctima.
Abuso físico infantil o Severo abandono	Golpes, Quemaduras, Restricciones, Hambre
Tortura, Ser rehén	Ataques terroristas, tortura, encarcelación como prisionero de guerra, un campo de concentración.
Atestiguar o aprender acerca de un evento traumático	Atestiguar un asesinato o un accidentes devastador, muertes.

Tabla 1. Tipos de eventos o hechos extremos que causan el Trastorno por Estrés postraumático, Foa, Davidson, y Frances (1999).

Como podemos observar, en la tabla 1 los autores muestran a los desastres naturales en una sola categoría mientras que a los desastres realizados por la actividad del hombre la subdividen en diferentes tipos de estresores. No obstante, esta figura permite observar los diferentes tipos de sucesos que una persona puede vivenciar o bien estar sometida y que son causantes de *estrés postraumático*.

De tal forma que, Bryce (2001b) define a un desastre "como a una seria interrupción de el funcionamiento de una sociedad, causan perdidas generales humanas y materiales que se exceden a la habilidad de la sociedad afectada para usar sus recursos".

Por su parte, la Cruz Roja en su informe mundial sobre Desastres (1998) explica que los desastres no son solamente eventos físicos sino que también existen efectos psicológicos que no son visibles u obvios como la destrucción de casa y que la recuperación de las consecuencias psicológicas y emocionales puede tardar más tiempo que el trato con las pérdidas materiales o bien no puede existir en su totalidad esa recuperación.

Así mismo, se explica que en cada desastre existen distintos grados de impacto y clase de efectos, el sufrimiento psicológico como resultado de un desastre, está ligado a los sentimientos de sufrimiento y pérdida. Los efectos psicológicos de los desastres a menudo se describen como los círculos expansivos que se forman cuando se lanza una piedra sobre el agua.

Por su parte, Ursano, Fullerton Norwood, (s.f.) exponen que los desastres son un elemento común de la vida moderna en los Estados Unidos y en el resto del mundo. El bombarzo de Oklahoma (Pfefferbaum, et.col, 1999), el impacto de dos aviones en las torres gemelas el 11 de Septiembre (Schuster, et.col, 2001) son ejemplos de este hecho. Estos autores explican que los eventos traumáticos definidos como las experiencias que se salen del rango normal de un evento además de que incluyen un trauma en el individuo, y los desastres, definidos estos como los eventos traumáticos que afectan a una comunidad entera, ocurren más comúnmente de cómo son apreciados.

Así, los desastres son un proceso que tienen consecuencias impresionantes para los individuos, las familias, los vecinos, las comunidades y entidades. La experiencia del desastre es una dinámica interpersonal entre el individuo y la experiencia comunitaria. Pérdida y ganancia, la derrota y la recuperación son luchas individuales y colectivas (Kaniasty y Norris, 1999).

Revel (1999) explica que un individuo se considera como un conjunto complejo y dinámico de muchos sistemas donde influyen aspectos físicos, espirituales, materiales, entre otros. En las situaciones de desastre, estos sistemas resultan profundamente afectados y podrían poner en peligro la vida del individuo. Haya habido o no heridas físicas, las víctimas de un desastre siempre quedan psicológicamente marcadas por su experiencia. Aparte de estas, otras personas pueden resultar afectadas por el desastre, entre ellas se encuentran todas aquellas personas que hayan sufrido pérdidas importantes: miembros de la familia, amigos íntimos o medios de vida, así como quienes hayan presenciado la situación y sus trágicas consecuencias en términos de muerte y destrucción.

Ahora bien, todos los niños y adolescentes tienen experiencias de eventos que les producen estrés, que pueden afectarlos tanto emocionalmente como físicamente. Sus reacciones al estrés son usualmente breves y se recuperan sin problemas adicionales. Un niño o adolescente que pasa por un evento catastrófico puede desarrollar el trastorno de estrés postraumático. El evento de estrés traumático envuelve una situación en donde la vida de alguien ha sido amenazada o una herida severa ha ocurrido (ej. ser la víctima o testigos del abuso físico, el abuso sexual, la violencia en el hogar o en la comunidad, accidentes de automóvil, desastres naturales -tales como inundaciones, fuego, terremotos- o haber sido diagnosticados con una enfermedad que amenace su vida). El riesgo de que un niño desarrolle estrés postraumático está relacionado con la seriedad del trauma, si el trauma se repite, la proximidad del niño al trauma, su relación con la víctima(s), por mencionar solo algunos factores (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999). Sin embargo, esta información se desarrollará de forma vasta en el próximo capítulo.

Hay que subrayar que si bien hay un número creciente de eventos traumáticos estos van en relación a como son percibidos por las personas, al significado que le dan, al apoyo psicológico que recibe, a un factor antes mencionado que es la vulnerabilidad entre otras características. No obstante, todo evento traumático tiene dos características principales: primero, ser súbito (característica principal de los desastres) y segundo, ser amenazante para la integridad de la persona. De tal forma, que este tipo de eventos rompen con la funcionalidad: biológica, social pero sobre todo psicológica de la persona.

En resumen, el trastorno por estrés postraumático tiene un reciente reconocimiento aunque históricamente su estudio ya data del siglo pasado. En 1980 cuando se formaliza, la existencia del trastorno se dió la pauta para el desarrollo de investigación, que permitiera la definición, delimitación e intervención del mismo. En este sentido, es en 1994 cuando en el DSM-IV se hace mención de criterios diagnósticos para niños, lo cual es muy reciente. Los eventos que se consideran traumáticos son variados y su importancia radica en que son el punto de partida, para el estudio y diagnóstico del estrés postraumático. La investigación, acerca del estrés postraumático en niños, a partir de la fecha en que se establecen criterios para ellos ha ido creciendo. Así, en el siguiente capítulo se establecerán las características y la sintomatología que presentan los infantes con este trastorno.

Capítulo 2

D ESARROLLO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS EN SITUACIONES DE DESASTRE

Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él.

Florence Nightingale.

Dentro de este capítulo existen varias líneas ha desarrollar, empezando por el surgimiento de *estrés postraumático* en niños por situaciones de desastre, las reacciones que se presentan en el mismo, así como otros aspectos involucrados con el tema. No obstante, la variable de investigación del trabajo, es la edad de los niños respecto a las reacciones que presentan y que son discrepantes con los criterios internacionales, por lo cual se realiza una revisión que permita definir claramente estas reacciones, que son la pauta para el diagnóstico de *estrés postraumático* en niños.

Una catástrofe, tal como un terremoto, un huracán, un tornado, un incendio, una inundación o un acto violento es una experiencia aterradora, tanto para los niños como para los adultos.

Existen varios factores que afectan la reacción del niño ante un desastre, depende de la magnitud de la destrucción, la muerte que él o ella vea durante y después del desastre, la reacción de sus padres, su experiencia previa, las pérdidas materiales, entre otras. Por ejemplo: si un amigo o pariente muere o resulta gravemente herido, o si la casa o la escuela sufre grandes daños, es más probable que el niño experimente dificultades.

Los desastres se caracterizan por ser desconcertantes para todas las personas que se ven involucradas, de esta forma los niños, las personas de edad avanzada y las personas con incapacidades corren un riesgo mayor de trauma (esto último hace referencia a la vulnerabilidad que se explicará posteriormente). Los niños pierden de forma temporal su visión del mundo como un lugar seguro y predecible, tienen miedo de que lo sucedido vuelva a ocurrir y de que ellos o su familia se lesionen o mueran. A la mayoría de los niños les resulta difícil entender el daño, las lesiones y las muertes que pueden surgir de un hecho inesperado o incontrolable, como lo son los desastres (American Red Cross, 2001).

Cada niño responde de manera diferente a los desastres dependiendo de su entendimiento y maduración, pero es fácil observar como un evento de estos produce una gran ansiedad en los niños de todas las edades, porque ellos interpretan el desastre como un daño hacia ellos mismos y hacia sus seres queridos y del que tienen que cuidarse (National Mental Health Association, 2001).

Después de una catástrofe, las personas pueden desarrollar *Estrés Postraumático*, que es un daño psicológico que puede ser el resultado del haber experimentado, sido testigo o participado en un evento extremadamente aterrador (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2000).

Por tanto, los niños ante un evento amenazante como lo son los desastres, bien pueden o no desarrollar estrés postraumático y si esto pasa es necesario observar que tipo de reacciones presenta.

La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja en su Informe Mundial sobre Desastres en 1998, explica las reacciones de las personas ante las situaciones desastres, las cuales para su análisis se agrupan en cuatro categorías:

- Reacciones cognitivas: incluyen sueños o pesadillas recurrentes acerca del desastre, reconstrucción en su mente de los eventos entorno al desastre, un esfuerzo por hacer que pase de otra manera, problemas de concentración o de recuerdo de cosas, cuestionamiento de creencias espirituales, religiosas y recuerdos o pensamientos insistentes sobre el desastre, o de amor hacia alguien que murió en el desastre, las que son difíciles de frenar.

- Reacciones emocionales: abarcan sentimientos de ausencia o dispersión, experimentación de miedo y ansiedad cuando las cosas recuerdan a los individuos del desastre, particularmente sonidos y olores; sentimientos de falta de involucramiento o gozo en las actividades cotidianas; estado de depresión la mayor parte del tiempo, accesos de ira o irritabilidad intensa o sensación de vacío o desesperanza hacia futuro.

- Respuestas de Comportamiento: Implican la sobreprotección en la seguridad propia y la de su familia; auto aislamiento, estar muy alerta, sobresaltarse fácilmente, tener problemas para acostarse o para quedarse dormido; evitar actividades que le recuerden el desastre, estar sensible o lloroso sin razón aparente, paralización.

- Reacciones somáticas: involucran insomnio, dolores de cabeza, malestar estomacal, tensiones musculares, aceleración del ritmo cardiaco y temperatura corporal fluctuante.

De esta forma se puede generalizar las reacciones que tanto niños como adultos pueden desarrollar al encontrarse en estas situaciones de desastre y que son esenciales para la evaluación y diagnóstico de *estrés postraumático*.

Por otra parte, dentro del tema se hace mención de factores que intervienen en el *estrés postraumático*. El primero se refiere al sexo de los niños, Yule (1999) menciona que en general las niñas son más susceptibles a desarrollar *estrés postraumático* que los niños aunque también habla de factores subjetivos -y es importante aclarar que no menciona cuales son- que median las reacciones de los niños.

Estas afirmaciones son poco desarrolladas y explicadas por el autor, no obstante son elementos que necesitan profundizarse para poder tomarlos en cuenta como factores predisponentes, precipitantes o bien mantenedores de *estrés postraumático*.

En complemento de lo anterior, Plaza (2002) explica que en un acontecimiento traumático intervienen dos tipos de factores: Factores de vulnerabilidad y factores de protección. El destino psicológico de la víctima, va a depender en gran medida de la dialéctica entre estos dos tipos de factores.

- Factores de vulnerabilidad: existen tres tipos de factores característicos del sujeto y de su entorno, previos al trauma, que pueden hacerlo vulnerable hacia cuadros psicológicos posteriores:
 - *Factores de personalidad*, generalmente son personas con tendencia a evitar experiencias nuevas. Presentan un tiempo de adaptación lento y un locus de control externo.
 - *Factores biológicos*, dependen de unas pautas determinadas de respuesta endocrina y de neurotransmisión.
 - *Ausencia-Influencia de factores de protección social*.
- Factores de protección: son aquellos que, siendo tanto internos como externos, van a proteger al individuo de la posibilidad de desarrollar cuadros psicopatológicos posteriores:
 - *Factores de personalidad y biológico*, recursos de afrontamiento al estrés.
 - *Apoyo y protección familiar*.
 - *Apoyo social próximo*, amigos, grupos de afiliación.
 - *Apoyo social general*, opinión pública, medios de comunicación.
 - *Apoyo social institucional*, Estado, Administración Pública.

Si la dinámica de estos factores favorece al sujeto, los síntomas se irán metabolizando (readaptación funcional). Si ocurre lo contrario, el desequilibrio de esta segunda etapa se irá agravando y se presentará en un conjunto de síntomas que determinarán su vida, como: *estrés postraumático* o bien trastornos asociados.

Así, la vulnerabilidad juega un papel importante en el desarrollo de *estrés postraumático* y respecto a esto, Graz (1997) expone que es aquello que convierte un fenómeno potencialmente peligroso en una catástrofe, esta palabra y por extensión "vulnerable" no pueden utilizarse como términos genéricos, siempre será necesario precisar respecto de qué existe tal vulnerabilidad.

Ahora bien, el autor menciona tres factores comunes que inciden en la vulnerabilidad:

- El lugar: que es la zona donde se vive.
- La participación: acceso a recursos compartidos.
- Recursos personales: Medios materiales y apoyo social.

Suele haber diferentes líneas de pensamiento acerca de la vulnerabilidad, se puede hacer mención de problemas como la enfermedad, las lesiones, la edad, los desplazamientos, entre otras cosas. Pero la verdad, es que todo ser humano experimentará la vulnerabilidad en uno u otro momento de su vida.

El estudio de la vulnerabilidad se hace indispensable en el sentido que permite dotarse de capacidades que ayudarán a hacer frente a situaciones potencialmente catastróficas. De tal forma que, las personas más vulnerables son aquellas que corren mayor peligro en situaciones en las que, tanto su vida como su capacidad para vivir con un mínimo de seguridad social y económica y de dignidad humana están amenazadas.

Así, no se puede definir que población es más vulnerable o no para un evento u otro, la verdad es que las circunstancias en las que se encuentre una persona en el momento del desastre "decidirán" que vulnerable es. De esta forma, no se puede afirmar que los niños son una población vulnerable o no puesto que dependerá de los factores antes mencionados.

Tal vez, este sea uno de los factores subjetivos de lo que hace mención la literatura de investigación.

De tal forma que, la dinámica de la presencia o ausencia de reacciones de *estrés postraumático* en niños, se da de la siguiente forma:

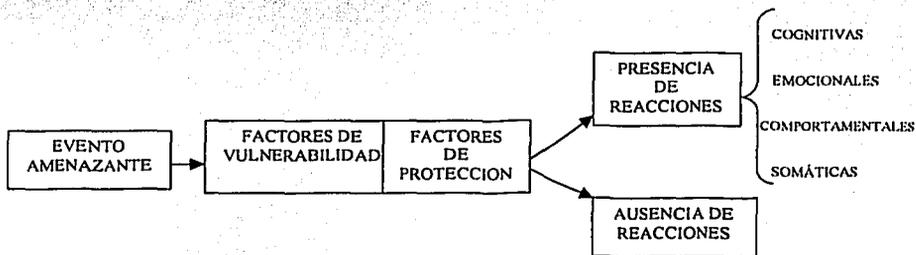


Figura 1. Esquema de la Dinámica de la Presencia – ausencia de las Reacciones de *estrés Postraumático* en Niños, Chávez Hernández, 2002.

Como se puede observar, en el *estrés postraumático* la sola presencia del evento traumático no es suficiente para poder desarrollarse. En el diagrama se muestran factores (de vulnerabilidad y de protección) que determinan el que un niño presente *estrés postraumático*. Y de acuerdo a este análisis, las reacciones se pueden o no presentar y si lo primero sucede entonces las reacciones de los niños con *estrés postraumático* se agrupan en cuatro categorías.

Ahora bien, en caso de que un niño presente reacciones de *estrés postraumático* y con base en el objetivo de esta investigación, la variable de la edad del niño es de suma importancia en su reacción al desastre. Por ejemplo, un niño de seis años puede manifestar su reacción a la catástrofe negándose a ir a la escuela, mientras que un adolescente puede restarle importancia a la tragedia, pero comienza a pelearse constantemente con sus padres o muestra un deterioro en su rendimiento escolar. La edad es un factor importante, puesto que depende de la edad que el niño tenga será el nivel de maduración y de comprensión que tendrá respecto al suceso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los niños y las niñas tienden a experimentar niveles similares de tensión que aumentan generalmente con la edad. Sus reacciones a eventos estresantes son importantes puesto que pueden afectar su desarrollo, aprendizaje y comportamiento. Motivo por el cual es necesario hacer la siguiente división para abordar el tema.

2.1 Infantes de 3 a 5 años

El diagnóstico de estrés postraumático requiere de una experiencia individual o un acontecimiento que implique una amenaza a la propia vida o de otra persona o integridad física y que respondan con miedo, desamparo, u horror intenso.

Hay un número de acontecimientos traumáticos que han mostrado ser la causa de estrés postraumático en niños y adolescentes. Los estudios destacan: desastres naturales y realizados por el hombre; crímenes violentos, secuestro, violación o asesinato de un padre, fuego del tirador emboscado, y disparos en la escuela; accidentes vehiculares; quemaduras severas; exposición a la violencia de la comunidad; guerra; suicidio y abuso sexual y físico.

Además, hay tres factores que pueden aumentar la probabilidad de que los niños desarrollen estrés postraumático, estos son:

1. La severidad del acontecimiento traumático: es decir, la intensidad del acontecimiento.
2. La reacción parental al acontecimiento traumático: se refiere a la reacción de los padres en relación al acontecimiento.
3. La proximidad temporal al acontecimiento traumático: es decir, que tan directa o indirectamente el niño estuvo involucrado en el acontecimiento traumático.

En general, la mayoría de los estudios encuentran un lazo fuerte entre los informes de los niños de la severidad del trauma y de estrés postraumático (Hamblen, 2001*).

Joseph, Williams y Yule (1997) explican que las reacciones que presentan los niños con estrés postraumático son explícitamente consideradas en los criterios diagnósticos, mencionan que el DSM-IV enfatiza como criterios el juego repetitivo, episodios repetitivos en los que vuelven a sufrir la experiencia traumática y sueños desconcertados acerca del evento que pueden convertirse en pesadillas de monstruos, etc. A esto Yule (1999), agrega que el DSM-IV no establece criterios específicos para niños muy pequeños.

Retomando esto último, se pueden analizar los siguientes puntos con respecto a los criterios establecidos por el DSM-IV:

- El DSM-IV no establece ninguna edad en sus criterios, se expresa de una forma general con las palabras "los niños", "los niños pequeños". De esta forma, no brinda un marco de referencia para el estudio de las reacciones de los niños de acuerdo a su edad.
- De todos los criterios que establece, sólo enfatiza cuatro: Comportamientos desestructurados o agitados, juegos Repetitivos, Sueños terroríficos y Reescenificar el acontecimiento traumático. En contraste, con los resultados que la literatura de investigación ha encontrado (y que se a continuación se mencionarán), estos criterios se muestran incompletos y ambiguos.

De esta forma, la importancia de establecer las reacciones de los niños con *estrés postraumático* es evidente al conocer la discrepancia entre los criterios internacionales y la literatura de investigación.

La literatura de investigación (America Red Cross, 2001; Bryce, 2001^a; Hamblen, 2001a y b y National Mental Health Association, 2001) expone una serie de reacciones que los niños de esta edad pueden presentar de *estrés postraumático* y serán clasificadas en las cuatro categorías antes mencionadas (cognitiva, emocional, de comportamiento y somática). Es necesario aclarar que estas reacciones se presentan en todas las áreas de interacción del niño, es decir, la escuela, el hogar, los amigos, entre otros. De forma general, las siguientes reacciones son las que presentan los niños que han desarrollado estrés postraumático:

TIPO DE REACCIÓN	CARACTERÍSTICA
COGNITIVA	No entienden el concepto de pérdida permanente. Sueño perturbador, pesadillas. Confusión cognitiva. Incapacidad para entender la muerte como permanente.
EMOCIONAL	Presentan miedo al abandono. Miedos separados: Se sienten inseguros y amenazados. Miedo generalizado. Carencia de interés usual. Excitación intensa y confusión. Dificultad para identificar sentimientos. Ansiedad hacia la muerte. Dolor relacionado al abandono de sus cuidadores. Pérdida de confianza
COMPORTAMENTAL	Respuesta de alarma hacia recuerdos específicos relacionados con el trauma que envuelven sensaciones físicas. En el juego se recrean partes del desastre una y otra vez. Síntomas regresivos (chuparse el dedo, hacer pipi en la cama y miedo a la obscuridad). Dificultad para hablar acerca del evento, carencia de verbalización. Respuesta de sobresalto hacia ruidos fuertes o desconocidos. Inmovilidad del cuerpo. Dormir con los adultos Desobediencia, Agresión.
SOMÁTICA	Dolores de estómago. Dolores de Cabeza. Desórdenes gastrointestinales

Tabla 2. Presenta los tipos de Reacción y sus características que pueden presentar los niños de 3 a 5 años de edad con estrés postraumático, Chávez – Hernández, 2002.

La tabla 2 señala cuatro tipos de reacciones que pueden presentar los niños con estrés postraumático, categorías que se describen con una serie de características que indican de forma concreta lo que sucede con el niño. Así, se puede observar que en esta edad se presentan con gran peso reacciones emocionales y de comportamiento.

De esta forma, se señala la gran diferencia que existe entre lo establecido por el DSM-IV y lo que los autores exponen, el estudio de las reacciones de los niños con *estrés postraumático* se vuelve importante en el momento que deseemos realizar un diagnóstico pero sobre todo cuando se quiera realizar un tratamiento.

Complementariamente, se mencionará que los niños muy pequeños, es decir del nacimiento a los 2 años, al no poder hablar no pueden describir lo sucedido o sus sentimientos, pero pueden recordar determinadas imágenes, sonidos u olores. Es posible que los bebés se irriten con más facilidad, lloren con más frecuencia y necesiten ser alzados y abrazados más seguido, responderán a la atención que les ofrece un adulto (American Red Cross, 2001).

Respecto a los niños de hasta 48 meses de edad Scheeringa, Zeanah, Drell y Larrieu (1995) realizaron una investigación para validar los criterios del DSM-IV en niños de esta edad, llegando a la conclusión de que no son válidos y de que es necesario realizar más investigación al respecto

Como se puede observar, el trabajo en bebés resulta ser una línea de investigación poco desarrollada y que puede ser de gran interés. Además de que los niños pequeños se consideran una fuente principal de trabajo, por las consecuencias que pueden existir después. A continuación, se estudiarán las reacciones que presentan niños de 6 a 11 años y podremos observar las discrepancias que pueden existir.

2.2 Infantes de 6 a 11 años

Ahora bien, respecto a las reacciones que se presentan en los niños escolares Hamblen (2001a y b) menciona que los informes clínicos sugieren que los niños escolares no experimentan la amnesia para los aspectos del trauma, consecuentemente, los niños creen a menudo que si están bastante alertas reconocerán señales de peligro y evitarán los traumas futuros.

De acuerdo con, America Red Cross, (2001); Bryce, (2001^a); Hamblen, (2001a y b y 2001) y National Mental Health Association, (2001) quienes exponen las reacciones que los niños de esta edad pueden presentar por *estrés postraumático*, son las siguientes:

TIPO DE REACCION	CARACTERISTICA
COGNITIVO	Responsabilidad y culpa. Recuerdos desencadenantes. Sueño perturbador, pesadillas o bien ambas. Poca atención hacia las ansiedades de los padres. Confusión e inadecuado entendimiento de los eventos traumáticos evidente en el juego más que en la discusión. Entendimiento confuso de la muerte y causante de "malos" eventos. Explicaciones mágicas. Pérdida de habilidades para concentrarse y atender en la escuela. Entendimiento de la pérdida debida a un acontecimiento traumático.
EMOCIONAL	Sentimientos inquietantes. Seguridad afectada, preocupación y peligro. Sentimientos de miedo. Preocupación por otros. Ansiedad obvia y horror. Miedos específicos relacionados al trauma; miedo generalizado. Ansiedad de separación hacia sus cuidadores primarios. Miedos irracionales
COMPORTAMENTAL	Juegos repetitivos del trauma. Conducta agresiva, arrebatos de enfado. Evasión escolar Cambios en el comportamiento, humor, y personalidad. Retraimiento y Silecioso Regresión en el comportamiento. Pérdida de interés en actividades. Comportamiento distraído. Comportamientos hiperactivos, agresivos o irritables
SOMÁTICO	Quejas acerca de malestares o dolores en el cuerpo.

Tabla 3. Presenta los tipos de Reacción y sus características que pueden presentar los niños de 6 a 11 años de edad con estrés postraumático, Chávez – Hernández, 2002.

En la tabla 3 se puede observar, que en esta edad se presenta reacciones más complejas y de gran peso cognitivo, en este sentido es muy notable la diferencia entre los niños pre-escolares y los de edad escolar. Y de igual forma, es notoria la diferencia que hay con los criterios del DSM-IV.

No obstante, de forma general, Joseph, Williams y Yule (1997) presentan las reacciones comunes de los niños después de exponerse a un trauma:

- Querer dormir con sus padres.
- Sentir miedo por cosas que les recuerden el trauma.
- Llorar (preocupación acerca de donde están sus padres).
- Inusuales dolores de cabeza.
- Comportamientos regresivos (esto es, regresar hacer hábitos que ya eran dominados como hacer pipi en la cama, hablar como bebé, etc.).
- Realizar juegos que son agresivos o que recrean el desastre.
- Sentir confusión acerca del trauma y su significado.
- Sentir preocupación y/o confusión acerca de la muerte.
- Problemas para concentrarse y realizar trabajo en la escuela.
- Preocupación acerca de la seguridad de sus padres y amigos.
- Culpa acerca de cosas que hicieron o no hicieron.
- Preocupación acerca del futuro.
- Preocupación acerca de cómo sus padres reaccionan al trauma.

Así, podemos observar que a pesar de que existen diferencias de acuerdo a la edad de los niños también hay características comunes y que son criterios que pueden tomarse en cuenta para tener la evaluación y el diagnóstico del *estrés postraumático*.

Finalmente, es necesario abarcar los cambios a los que los padres deben estar alerta si sus hijos presentaran *estrés postraumático*, ya que así se manejara de forma adecuada la situación.

Peterson, Prout y Schwarz (1991) y American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1999), exponen los siguientes indicadores de los niños con *estrés postraumático*:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Negarse a volver a la escuela y un comportamiento de apegamiento, inclusive actuar como la sombra de su mamá o papá por toda la casa.
- Miedos persistentes relacionados con la catástrofe (tales miedos como la separación permanente de sus padres).
- Disturbios al dormir, tales como pesadillas, gritar dormido y mojar la cama, que persisten por más de varios días después del evento.
- Falta de concentración e irritabilidad.
- Asustarse fácilmente, estar nervioso.
- Problemas del comportamiento, por ejemplo, portarse mal en la escuela o en la casa de manera que no es típica para el niño.
- Quejas de malestares físicos (dolores de estómago o de cabeza, mareos) para los que no se puede encontrar una causa física.
- Aislamiento de su familia y amigos, tristeza, apatía, disminución de actividad y preocupación con los eventos del desastre.

Tomando en cuenta estos puntos, se puede evitar que se desarrolle un estrés postraumático crónico y se le puede ayudar al niño de una forma temprana y adecuada.

De esta manera, la literatura de investigación muestra las reacciones que se presenta en los niños preescolares y escolares con estrés postraumático a partir de un desastre y que difiere grandemente con los criterios internacionales establecidos. Motivo por el cual, es importante marcar la diferencia para el estudio y sobre todo para la intervención que se le pueda dar al mismo. Así, en el siguiente capítulo se mostraran propuestas de atención para que los padres puedan ayudar a sus niños.

Capítulo 3

P ROPOSTA DE ATENCIÓN

*Levantar al que ha caído es algo,
sostener para que no caiga de nuevo es más.*

LeiAn-Jan

En este capítulo se presenta la propuesta de atención, dirigida a los Padres quienes se consideran las personas de mayor interacción con los niños. El objetivo central es la mitigación de las reacciones de *estrés postraumático* una vez identificadas y establecidas. En este sentido, la parte importante es no dejar que un problema "sencillo" se agudice, es decir, la mitigación que el padre trabajará con su hijo debe de reducir la eventualidad de que se vuelva un problema crónico.

El *estrés postraumático* no desaparece sin tratamiento o ayuda, los niños bien pueden recibir asesoría psicológica en un consultorio o en una clínica especializada. No obstante, el especialista le pedirá a su familia que asista a algunas reuniones, además hablarán con el niño sobre los miedos y preocupaciones del mismo. Así, que para prevenir serios problemas con el *estrés postraumático*, es necesario que los familiares, estén en capacidad de ofrecerle apoyo al niño (Micromedex, 2000).

De esta forma, la participación de los padres es fundamental y básica para la recuperación de los niños, ya sea que trabajen conjuntamente con el especialista o que sean ellos los que apoyen, siendo esto último lo que se pretende con este trabajo. Ahora bien, el trabajo por sí solo por parte de los padres disminuiría enormemente la función terapéutica del psicólogo, en este sentido el padre con "apoyo", es decir, con entrenamiento del profesional incrementa, fortalece, asegura, sus relaciones adulto – infante y por tanto se puede apoyar al niño a que enfrente la situación.

El punto de partida de la propuesta, que establece la pauta en el trabajo con los padres la mitigación de las reacciones infantiles, se centra en la palabra "atención", por ello es importante realizar la definición de este concepto clave, ya que, bien podría parecerse a "intervención", "apoyo", "ayuda" o bien "tratamiento" no obstante cada una de estas palabras tienen significado diferente.

Por "atención" se entiende la concentración puesta en un objeto, "intervención" hace referencia a formar parte de un proyecto, "tratamiento" encierra una serie de pasos o procedimientos que se utilizan para un beneficio, "ayuda" que es cooperar con otro para lograr algo y finalmente "apoyo" se considera como el sostener algo o ha alguien con un fin específico.

Para términos de esta investigación, la palabra más adecuada es *apoyo* ya que expresa de forma correcta lo que se busca en este trabajo, que los padres brinden un sostén, un sustento a los niños para que activamente trabajen en la mitigación de sus reacciones. Razón por la cual, ahora se hablará de propuesta de apoyo.

La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja (1998) explica que el apoyo psicológico puede definirse como la ayuda psicosocial que cualquier persona puede dar a otras en situaciones de estrés, crisis, trauma o amenaza de vida, el propósito del apoyo es producir protección, seguridad y esperanza en la persona que sufre.

Aquí es necesario aclarar que cualquier persona puede ser candidata a un entrenamiento previo para brindar el apoyo psicológico, para no llegar a exigir un trabajo profesional. El hablar de que "cualquier persona" puede realizar el apoyo es realmente cuestionable.

Así mismo, se menciona que el mayor apoyo psicológico lo proveen la familia y que se caracteriza por la presencia para cuidar y oír a la persona o bien hablar con ella, se basa en las características humanas de esperar ayuda y en el sentido común. El apoyo psicológico puede lograr:

- El inmediato alivio en algún grado
- La reducción de riesgos por problemas psicológicos a largo plazo, como fobias, ansiedad, problemas de personalidad crónicos, entre otros.
- Una respuesta más efectiva para las necesidades físicas y mentales que afrontan los individuos y sus familias.

De esta forma, el apoyo psicológico constituye una herramienta valiosa que beneficia a la persona que la recibe. Así, la importancia de la propuesta no solamente se basa en que los padres son la fuente de apoyo, sino más bien por qué bajo los aspectos númerologicos son muy pocos los profesionales que están capacitados para el apoyo psicológico en la atención de los menores y por tanto se requiere que los padres se preparen para la mitigación de las reacciones de sus hijos. En este sentido y de acuerdo a información publicada por INEGI (2002) en el distrito federal habitamos 8 605 239 personas pensando en esta cifra cuando se presenta un desastre, realmente cuantos profesionistas se necesitan para brindar apoyo.

Bryce (2001^a) explica que la familia es el único medio para comprender las posibles reacciones de los niños hacia los acontecimientos traumáticos y que además los padres pueden manejar una serie de estrategias para hacer frente a estas.

Así, la propuesta de apoyo va dirigida a mitigar las reacciones de los niños, siendo los padres los que guían a sus hijos. La propuesta se considera de la siguiente forma:

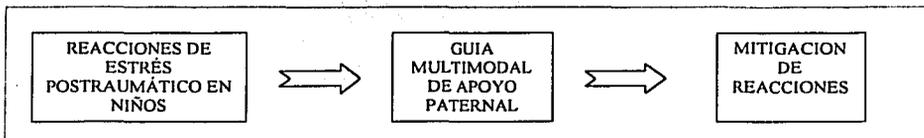


Figura 2. Esquema de la propuesta de apoyo de los padres con hijos que presentan estrés posttraumático, Chávez Hernández, 2002.

De esta forma, la intervención de los padres por medio de la "Guía Multimodal de Apoyo Paternal" (G.M.A.P.) permite a los niños tener un restablecimiento de su funcionamiento normal, esto último como sinónimo de vivir la vida cotidianamente con sus altibajos respecto a la edad, nivel económico y social. Las actividades que los padres han de realizar con sus hijos y que se describen en la guía se enfocan al trabajo de las cuatro categorías de reacción: Cognitiva, Emocional, Comportamental y somática, ya que de esta forma se asegura un trabajo integral.

3.1 Estrategias para Padres

Las estrategias centradas en el apoyo en el interior de la familia, donde los padres son el eje en el cual nos basamos para esta propuesta para identificar el *estrés postraumático* a través de las reacciones de sus hijos, se debe específicamente al conocimiento empírico que tienen por la convivencia diaria.

Los autores como American Red Cross (2001), Bryce, (2001^a), Gurwitch, Silovsky, Schultz, Kees, y Burlingame (s.f), Mitnick, (s.f.), National Mental Health Association (2001) se han dado a la tarea de describir actividades de apoyo siendo notable y marcadas las diferencias en la forma de trabajo. Por tanto, la Guía Multimodal de Apoyo Paternal que este trabajo propone se ha enfocado en agrupar, aglutinar, categorizar las actividades en cuatro tipo de reacciones: cognitivas, emocionales, comportamentales y somáticas, para el apoyo de niños con *estrés postraumático*. Ahora bien, se utiliza el rango de edad de 3 a 5 años y de 6 a 11 años como una cuestión didáctica y metódica en un intento de tratar que los padres comprendan las diversas estrategias que en su caso podrían aplicar en el apoyo a sus hijos de diferentes edades.

- Reacciones Cognitivas (Cg) de la Guía Multimodal de Apoyo Paternal ante el Estrés Postraumático

Este tipo de reacciones se consideran como pensamientos negativos o irracionales que impiden o entorpecen casi siempre una actividad cotidiana que normalmente no daba miedo. Las reacciones cognitivas se caracterizan por: no entender el concepto de *muerte* (CgM), *confusión* (CgC) e inadecuado entendimiento de los eventos traumáticos y *sueño perturbador*

(CgS). Así el apoyo a brindar se centra en reforzar los siguientes factores psicológicos: *Ideas de Seguridad (IS)*, que pueden ser varias particularmente en respuesta a cambios, sonidos u otros acontecimientos y que puedan recordar los niños la tragedia (*RT*). Ahora bien, estas características puede ser variables ya que estas puede ser que solo se presenten algunas u otras no, dependerá de cómo cada niño vivió la situación y las características de esta.

Algunas actividades a realizar para el manejo de este tipo de reacciones cognitivas por los padres, que propone la Guía Multimodal de Apoyo Paternal, son:

Padres: Este tipo de reacciones se identifican, se manifiestan por: preguntas muy frecuentes acerca del acontecimiento y la repetición de lo sucedido en el mismo, puesto que hay una gran incomprensión por parte de los niños (CgC). Así que, Padres lo sugerido, lo recomendable es intentar responder de una manera tranquila, contestando a las preguntas en términos simples y directos, asegúrese de que entienden sus respuestas y el significado que usted les quiere dar. es decir, evite términos diseñados que "ablandan" la información, pero que más bien fomentan confusión en los niños. Por ejemplo, utilice el término "muerto," en lugar de "fue a dormir" (CgM). Para poder apoyar con los disturbios de sueño a su hijo, usted puede acompañarlo hasta que se quede dormido (CgS).

Figura 3. Reacciones Cognitivas de la Guía Multimodal de Apoyo Paternal, Chávez – Hernández, 2002.

Después de cualquier platica sobre el acontecimiento, realice las siguientes actividades que se proponen para fomentar seguridad y calma.

Junto con su hijo haga un proyecto de arte como el pintar o dibujar fomentando la creatividad del niño y dándole ideas respecto a lo que puede hacer; no es necesario que tomen clases especiales, lo que se busca es que ustedes los padres guíen el trabajo hacia un mensaje positivo y que fomente la seguridad sobre lo que hace y sobre su apoyo (IS).

Es importante que los padres consideren el limitar el contacto con los programas de televisión en los niños (CgM, RT), ya que las imágenes del desastre y del daño son extremadamente espantosas para ellos, así que este al pendiente, atento, los padres pueden ver la televisión con sus hijos y así pueden usar este medio como herramienta para explicarles lo sucedido y de esta forma mitigar las reacciones de sus hijos, favoreciendo así la Guía Multimodal de Apoyo Paternal.

Una buena manera de hacer esto sin llamar la atención a su propia preocupación es programar regularmente una actividad (lectura de una historia, dibujos, películas, o escritura de una carta, por ejemplo).

Finalmente, los disturbios del sueño deben manejarse acompañando al niño a su cama hasta que se duerma, así podrá fomentar la sensación de seguridad. Hay que cubrir necesidades especiales, estas serán variables dependiendo del niño, pero se refiere a que los niños dejan la luz encendida cuando van a dormir o no quieren dormir solos o bien se acompañan de su juguete favorito. (CgS, IS).

- Reacciones Emocionales (E) de la Guía Multimodal de Apoyo Paternal ante el Estrés Postraumático

Estas reacciones se consideran como un disturbio de sensaciones y sentimientos, se caracterizan por *sensaciones confusas* (ESC), *preocupaciones* (EP), *ansiedad* (EA) y *dolor psíquico relacionado con el abandono de sus cuidadores* (ED). El factor psicológico, es el miedo o terror (M), uno de los sentimientos más comunes en los niños, por lo que hay que brindarle el sentimiento de confianza (C), sin dejar de lado la tristeza que es una de las reacciones más desagradables. Siendo el llanto la principal manifestación de las emociones.

Hurlock (1999) explica que este tipo de reacciones son difíciles de estudiar en los niños, aunque todas las emociones (agradables y no agradables) desempeñan un papel en la vida del niño y participan en los ajustes personales y sociales que realizan. De este modo, las emociones en los niños afectan de formas diversas, ejemplo: Por medio de los cambios faciales y corporales que acompañan a las emociones, los niños pueden comunicar sus sentimientos a otros y determinar cuáles son los sentimientos de los demás hacia ellos; otro

caso es que puesto que la concentración, los recuerdos, el razonamiento y otras actividades cognitivas se ven afectadas por emociones fuertes, los niños presentan un desempeño inferior intelectualmente cuando presentan este tipo de reacciones. Las emociones en los niños se deben tanto a la maduración como al aprendizaje, elementos que están sumamente entrelazados, aunque el aprendizaje sobresale ya que se puede controlar.

Estas reacciones se manifiestan de diversas formas, en el caso de la preocupación se indica principalmente mediante expresiones faciales, el miedo o el terror se manifiesta generalmente por el llanto o con berrinches, la ansiedad se distingue por la aprensión, la inquietud y los presentimientos, la tristeza puede tener dos tipos de expresiones: la abierta que es el llanto y la inhibida que consiste en un estado generalizado de apatía, marcado por una pérdida de interés en lo que sucede en el ambiente, pérdida de apetito, insomnio, la tendencia a tener pesadillas, el negarse a jugar, la falta de comunicación y la indiferencia general.

Algunas actividades a realizar de acuerdo a Guía Multimodal de Apoyo Paternal para las reacciones emocionales, son:

Padres: Escuchen e identifiquen de manera especial los sentimientos de sus hijos y recuérdensles que éstas son reacciones normales. Lo que la guía recomienda es que tranquilice al niño, que lo ayude a externar sus sentimientos a través de pláticas, puede utilizar frases como: "Ya se acabo", "Ahora haremos todo lo posible para mantenernos seguros", entre otras (C). En todo lo posible, se debe evitar el alejamiento con el niño (ED), ya que esto fomenta en el niño miedo, para calmar las reacciones de los niños en este sentido, se debe fomentar la sensación de seguridad, realizando planes de seguridad que disminuyan el miedo en los niños.

Figura 4. Reacciones Emocionales de la Guía Multimodal de Apoyo Paternal, Chávez Hernández, 2002.

Para que los niños puedan tener más confianza y disminuyan sus emociones la actividad a realizar es que la familia realice planes de seguridad (C), fomentando la participación del niño. Esto puede ser de la siguiente forma: Reúna a toda la familia, en una especie de junta importante y explique al niño que van a planear actividades que los protegerán a él y a toda la familia, pídale su opinión en todo momento y otórguele alguna actividad en especial, por ejemplo: cuando estén reunidos hagan acuerdos como el de que cada vez que toquen a la puerta se deberá preguntar ¿Quién es?, también de que cuando suene el teléfono se pregunte ¿Quién habla? y que si no lo conocen, colgar el teléfono, entre otras cosas. Entre las actividades que le pueden asignar al niño, puede ser que él antes de dormir verifique que las ventanas de la casa estén cerradas o también que el niño se encargue de echar llave a la puerta de la casa, entre otras cosas. Las actividades y los acuerdos a los que se llegue dependerá de la familia ya que intervienen las reglas que hay en casa y la dinámica de la misma, así que los padres tomando en cuenta esto podrán guiar de forma adecuada esta actividad (EP, EA).

Otra actividad importante es mantener las rutinas de la familia lo más normales posible ya que esto permitirá que los niños se sientan seguros y en control de la situación (C, ED).

Si un niño en cambio se siente culpable, pídale que explique que pasó. Escuche con atención para ver si se siente responsable por algo, explique la situación y recalque que nadie, en particular él o ella, podrían haber evitado lo ocurrido (ESC, EP, EA).

El juego es una herramienta para que los niños se expresen, esto ha sido afirmado por la literatura de investigación, este medio se utiliza para monitorear las preocupaciones de los niños, además de que es una actividad donde el niño puede disminuir su preocupación y ansiedad y donde se debe fomentar la seguridad (C).

Algunos niños pueden presentar algunos arrebatos de enojo, esto es una expresión de sus emociones y para ello usted intente acogerlos, en el momento del enojo abrace a su hijo fuertemente (aunque es posible que reciba algunos golpes) y déjelo que lllore o grite, pídale que se calme pero sobre todo dígame que todo este bien, recuerde que debe fomentar seguridad, brinde a su hijo el tiempo que necesite para liberar ese enojo.

- Reacciones Comportamentales (C) de la Guía Multimodal de Apoyo Paternal ante el Estrés Postraumático

Las reacciones comportamentales, son consideradas como el comportamiento externo, es lo visible, lo que se muestra ante los demás y se deriva de la manera de pensar y sentir de los niños. De tal forma que ante la falta de comprensión de la situación, tener miedo, preocupación, etc. este responde de diferentes maneras.

Este tipo de reacciones se caracterizan por la presencia de *comportamientos regresivos de los niños* (CR) que no sean típicos, como: hacerse pipí en la cama, gimotear, necesitar más ayuda con el vestir y el no querer alimentarse, entre otras cosas, llegan a ser comunes en las reacciones de los niños. Las respuestas de alarma (CRA) hacia recuerdos específicos, se van a caracterizar a través del comportamiento debido a la manifestación de la acción.

Algunos comportamientos visibles son la agresión física (AF) y la verbal (AV), así como el aislamiento, estos últimos factores psicológicos son a los que hay que brindar apoyo.

Es importante aclarar que este tipo de comportamientos son normales en el sentido que se presentan temporalmente por que ya se habían superado y llegan a ser de cuidado cuando se vuelven permanentes. Por otro lado, la manifestación de otros comportamientos que no se habían presentado y que ya es "tarde" para su presentación, ejemplo: chuparse el dedo.

La mejor forma de trabajar con estas reacciones es utilizando eventos agradables ya que de esta manera se pueden implementar, mantener o bien eliminar conductas.

Aclarando, consiste en brindar apoyo por medio de palabras de aliento, abrazos, besos, sonrisas, entre otras cosas cuando el niño dé muestras de conductas en las que los padres decidan trabajar.

Algunas actividades a realizar por los padres de acuerdo a la Guía Multimodal de Apoyo Paternal, para las reacciones comportamentales, son:

Padres, las reacciones comportamentales se identifican o manifiestan principalmente por comportamientos que los niños no hacían antes o que ya habían dejado de realizar, también por agresión ya sea física o verbal y aislamiento. Lo que la guía recomienda para el apoyo de estas reacciones es que para los casos de los comportamientos regresivos o difíciles se le acompañe al niño de forma que vea no esta solo, para la conducta de aislamiento el juego se presenta como una herramienta que invita al niño a la interacción con otros. Para el apoyo de la agresión ya sea física o verbal se recomienda el uso de eventos agradables a través de expresiones verbales y no verbales.

Figura 5. Reacciones Comportamentales de la Guía Multimodal de Apoyo Paternal, Chávez - Hernández, 2002.

Una de las principales actividades a realizar es el juego, que como se mencionó es una herramienta ya existente.

El juego permite la expresión del niño acerca del desastre ya que "actúan" lo que sucedió, de esta forma es un gran medio para apoyar y difundir en el niño mensajes positivos y sobre todo enfocándose en los recuerdos específicos que este tiene. Harris, Wolf y Baer (1979) explican que por medio del juego la conducta de aislamiento se puede modificar ya sea realizando actividades en donde la participación del niño aislado se vuelva indispensable y que cuando el niño ejecute la acción brindarle un evento agradable. Y por otra parte, los autores proponen que por medio del juego y siguiendo el método de aproximaciones sucesivas se lleve al niño a la interacción.

De esta forma, los padres podrían realizar actividades donde la participación del niño se vuelva indispensable ya sea que se apoyen de sus otros hijos o de los amigos de la escuela, la finalidad es que el niño llegue a ser la acción y cuando la ejecute brindarle todo el apoyo posible.

Por el método de aproximaciones sucesivas, se sugiere que se le ponga una actividad al niño como por ejemplo que realice un rompecabezas, si el niño no lo quiere hacer no le preste atención si usted ve que el niño se acerca a donde esta el rompecabezas póngale atención e invítelo a realizarlo, si se rehúsa usted aléjese, si ve que el niño empieza por poner una pieza vuelva a dirigir su atención hacia el niño, y vaya dándole tiempo para que realice la actividad, los espacios de atención vaya haciéndolos más extensos en medida que el niño vaya avanzando en la actividad.

La investigación realizada por los autores, expone que la atención es el evento agradable más importante que los adultos pueden manejar sobre las conductas de los niños. De esta forma cuando un niño se muestra agresivo en esos momentos los padres no prestan atención a sus hijos pero cuando estos se muestran tranquilos o manifiesten otra conducta los padres enfocarán la atención del niño.

La interacción padre - hijo es esencial para brindar un apoyo adecuado ya que los niños pueden llegar a percibir este contacto como algo muy importante y que les agrada.

El acompañamiento es una de las principales tareas en este tipo de reacciones ya que los niños muestran grandes necesidades de dependencia con los padres y mostrar rechazo o alejarlos puede ser grave.

Es importante estar con el niño mostrándole apoyo, ya que la presencia física y emocional llega a ser fundamental para que el niño aprenda de lo sucedido (CR).

- Reacciones Somáticas (S) de la Guía Multimodal de Apoyo Paternal ante el Estrés Postraumático

Las reacciones somáticas se consideran como los malestares que se sienten o se manifiestan en el cuerpo. Este tipo de reacciones, se caracterizan por quejas acerca de malestares o dolores en el cuerpo (SC), siendo los más comunes los dolores de cabeza (Sca) y de estómago (Ses), además de otras manifestaciones físicas visibles como hematomas, erupciones en la piel, entre otros. Este tipo de reacciones tienen un origen tanto psicológico (psicosomáticos) como físico, es decir que el factor que se trabaja es el

cuerpo (C). En este sentido, la guía propone actividades físicas que aplicadas en la persona indicada son efectivas, por lo que es necesario especificar las características que harán a las personas candidatos a las sugerencias.

Algunas actividades de los padres propuesta por la Guía Multimodal de Apoyo Paternal, para las reacciones somáticas, son:

Padres, para el manejo de este tipo de reacciones se sugieren tres actividades. La primera actividad que se sugiere es la relajación, que es uno de los medios más eficaces para la liberación del estrés y que permiten liberar al cuerpo de dolores físicos (SC). En segundo lugar se propone el masaje, el cual tiene como finalidad la disminución de los dolores físicos además de mejorar el estado de ánimo. Finalmente, se recomienda la actividad física, la cual por medio de movimiento, de acción libera el estrés. Para la realización de estas sugerencias, se recomienda que los padres tomen cursos de entrenamiento para llevar acabo los ejercicios de relajación y de masaje.

Es necesario que los padres sean cuidadosos respecto a las características que deben cumplir los niños puedan ser participes de las recomendaciones presentadas.

Figura 6. Reacciones Somáticas de la Guía Multimodal de Apoyo Paternal, Chávez – Hernández, 2002.

Ahora bien, la relajación no es sólo un estado del cuerpo sino también de la mente ya que al estar tranquilo el cuerpo se relaja, si el cuerpo esta tenso la mente esta alerta y viceversa. Pero cuando ambos están relajados el cuerpo puede repararse y mantener la salud (Shealy, 1999). La técnica de relajación que se expone tiene sus orígenes en los estudios de J. Wolpe respecto a los trastornos fóbicos. Esta actividad consiste en acomodar al niño en una posición en donde este cómodo y tranquilo, puede ser que este acostado, sentado o bien reclinado en un sillón, eso depende de las características de su vivienda.

La relajación se logra por medio del manejo de la respiración, el niño una vez que este acomodado, tendrá que cerrar sus ojos y seguir sus instrucciones. Usted dirá: Vas a tomar aire profundamente de forma lenta y no vas a soltar el aire hasta que te indique, usted contará hasta 10 en forma pausada y sin que lo escuche el niño, una vez que termine de contar dígame al niño que va a expulsar el aire lentamente que lo tiene que hacer en 10 tiempos y usted le cuenta de igual forma hasta que el niño saque el aire. Realice este ejercicio 3 veces, entre cada ejercicio de una pausa breve (medio minuto) y vuelva a dar la indicación. Terminado este ejercicio usted seguirá con las siguientes instrucciones: Ahora vas a volver a tomar aire lentamente y al mismo tiempo vas a apretar la parte de tu cuerpo que yo te indique, ahora toma aire y aprieta tus pies, usted recuerde que debe contar hasta 10 lentamente y después diga ahora vas a soltar el aire y también dejaras de apretar tus pies, hazlo de forma lenta y usted cuénteles hasta 10. Es importante, cerciorarse de cómo hace el niño el ejercicio y corregir en caso de algún error.

El ejercicio de la respiración y de apretar una parte de su cuerpo debe de hacerse con los pies, piernas, estomago, manos, brazos y cara, en el orden mencionado y realizando una breve pausa entre cada ejercicio.

Una vez terminado este ejercicio, realice 2 ejercicios de respiración profunda que son los primeros que se mencionaron y finalmente deje al niño estar tranquilo en esa posición. Después de esos minutos, dígame al niño que cuando decida levantarse, cuente del cuatro hasta uno, lentamente y luego abra sus ojos.

Una vez terminado el ejercicio, pregunte a su hijo como se sintió, comenten el ejercicio y observe el efecto que tuvo en su hijo. La frecuencia y duración de esta actividad queda a su criterio ya que dependerá de las necesidades de su hijo.

Los criterios de inclusión para que un niño sea participe de la relajación es que tengan imaginación, la cual podemos verificar por medio de pequeñas actividades como el pedirle al niño que nos relate una historia, además es necesario verificar que no haya malestares físicos que pudieran dar como resultado dolor o mayores lesiones o que existan daños como tortícolis o lesión de espalda, en estos casos las personas quedan fuera de la inducción de la relajación (Rimm y Masters, 1987).

La segunda sugerencia o recomendación es el masaje, como alternativa de disminución de dolores físicos. El masaje tiene efectos tanto fisiológicos como psicológicos, puesto que los diferentes movimientos empleados no sólo reducen la percepción del dolor, sino que también inducen un sentimiento de bienestar y relajación, mejorando el estado de ánimo y la autoestima (Shealy, 1999).

La propuesta que se propone es el masaje a piel que es una actividad que permite un gran confort al niño y sobre todo una gran interacción padre –hijo. El masaje permite obtener un excelente nivel de empatía con el niño al brindar contacto físico honesto. Ahora bien, el masaje consiste en una serie de movimientos por el cuerpo a la par de respiraciones profundas.

Al igual que en la relación se debe de encontrar un lugar adecuado para realizar el masaje, que sea cómodo y libre de interrupciones, la respiración debe ser profunda y se puede usar el método expuesto en la relajación, tomar aire en 10 tiempos y exhalar igual en 10 tiempos. El masaje que den los padres a sus hijos debe ser sutil se hace sólo con las yemas de los dedos y en movimientos encontrados  los movimientos deben ir a la par que la respiración. Esta actividad puede llegar acompañarse de música, la cual debe ser relajante (Montoya, 2001).

El masaje no se recomienda en los siguientes casos: enfermedades contagiosas, tener fiebre, enfermedades infecciosas de la piel, bultos, chichones y huesos o tendones fracturados (Shealy, 1999).

La tercera actividad que se propone la actividad física, ya sea que los niños asistan a clases de algún deporte en particular, y que por supuesto sea de su agrado o bien que se planeen actividades que involucren a toda la familia, como el salir a caminar, andar en bicicleta, entre otras cosas.

Para esta actividad es necesario que se busquen ejercicios adecuados a las posibilidades de las personas.

En el caso de las personas que padecen enfermedades respiratorias no pueden realizar ejercicios como el correr o las personas que tienen fracturas tal vez no pueden estar en mucho movimiento. En caso de no poder salir de casa se puede aplaudir o poner música y bailar o algún trabajo de limpieza pero no hay que quedarse quieto.

Todas las actividades propuestas, sugeridas se deben emplear para mitigar el *estrés postraumático* después de que se identifica que el niño presenta "problemas" y ya se paso del tiempo para poder asimilar lo sucedido. Las actividades propuestas se manejan de forma que cubran las necesidades de los niños, se remarca que el tiempo que los padres brinden para realizar esta propuesta con sus hijos será su responsabilidad como también el buen manejo de las actividades. Los padres, en todo momento deben monitorear a sus hijos con preguntas ya sea: ¿Cómo te sentiste con el ejercicio?, ¿Qué te pareció lo que hemos hecho?, ¿Qué opinas de esto?, entre otras que los padres puedan realizar.

Lo importante es que los padres consideren el hecho de que no hay soluciones mágicas y que todo lleva trabajo, esfuerzo y tiempo, es necesario en este sentido que los padres sean sensibles a las necesidades de sus hijos y trabajen en ello.

Por otra parte, es necesario aclarar que para fines didácticos se realizó la clasificación de las reacciones en cognitivas, emocionales, comportamentales y somáticas, pero se debe entender que estas no se presentan de forma aislada o única, sino que se confluyen y se reflejan en una serie de comportamientos que nos permiten observar el "problema".

De esta forma y una vez analizada la propuesta, se puede revisar el Esquema de la Guía Multimodal de Apoyo Paternal (Ver Anexo 2 y 3), donde se presentan una serie de comportamientos negativos que los niños con estrés postraumático pueden tener y que sirve como facilitador del trabajo de los padres.

Complementariamente, se presenta el Flujoograma de la Guía Multimodal de Apoyo Paternal (Ver Anexo 4) el cual es un esquema que representa la clasificación de las reacciones, con sus características, actividades y factores que se trabajan.

El Flujograma esta dividido en cuatro columnas, cada una de ellas esta señalada con los títulos de: Tipos de Reacción, Características, Actividades y Factor Psicológico. En la primera columna usted encontrara las cuatro categorías de las Reacciones: RCg – Reacciones Cognitivas, RE – Reacciones emocionales, RC – Reacciones Comportamentales y RS – Reacciones Somáticas. Después se encuentra la columna de Características, en esta sección los padres deben estar muy atentos y manejar bien los conceptos para poder identificar de forma correcta lo que busca, las características están abreviadas de acuerdo a las iniciales de la palabra, la primera letra hace referencia al tipo de reacción que sea en este caso puede ser: CG, E, C o S, le sigue la letra que indica la característica, ejemplo: CgS, esto es Cg – Reacción Cognitiva y S - Disturbios del Sueño. La tercera columna señala las actividades a realizar y se marcan con flechas la característica que se trabaja y finalmente se señala el factor psicológico que se presenta en cada tipo de reacción y con que actividades se trabaja.

La siguiente demostración, podrá servirle de base para que utilice el flujograma:

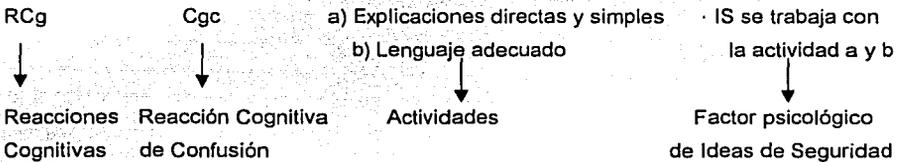


Figura 7. Ejemplificación para la lectura del Flujograma de la Guía Multimodal de Apoyo Paternal, Chávez – Hernández, 2002.

De esta manera, se espera que los padres puedan trabajar de forma más práctica y apoyen a sus hijos con una actividad adecuada y probada.

Así, la guía les permite identificar a los padres lo que es normal, es decir, los niños van a presentar comportamientos que no presentaban y que van a poder identificar, ciertamente los niños van a presentar conductas después de un desastre, por que hay confusión, desorganización, etc.

En ese momento serán comportamientos normales estos, pero después de un tiempo y que las cosas toman su curso normal, el que los niños sigan presentando esos comportamientos se hace necesario el apoyo para la mitigación de esas reacciones.

La parte esencial de la Guía Multimodal de Apoyo Paternal es brindar el apoyo para darle un cause al niño para que aprenda, que lo que paso es un suceso normal y que no le causa daño. Los padres podrán identificar y realizar actividades sin intervención de un profesional, y ayudara a mitigar en gran medida los efectos postraumáticos del evento.

En general, son recomendaciones que tratan de mitigar los dolores físicos y/o malestares psicológicos, y la realización de estas sugerencias están relacionados con las posibilidades de los padres que depende del bagaje de conocimientos y experiencias que tienen las personas.

El apoyo que ofrecen y brindan los padres a sus hijos de forma interactiva tiene como resultado la seguridad y la confianza. Estos elementos se establecen mediante la interrelación entre el infante y quienes cuidan de él, surgiendo en el momento en que se atienden las necesidades del niño, empezando por sus necesidades físicas fundamentales como los son: el hambre, la sed, el cariño. Además de que tienen implicaciones para las relaciones sociales que van más allá de la infancia (Newman y Newman, 1986).

De esta forma, el niño siente que no esta solo y se apoya para que construya nuevamente su cotidianidad. Así, la guía actúa en el proceso de desarrollo de los niños para fortalecer el mismo.

CONCLUSIONES

La realización de este trabajo, arroja como resultado una aportación acerca del tópico, y el planteamiento de una propuesta que permita abrir líneas nuevas de investigación. Como bien señalan, Caballero, Mojarro y Rodríguez – Sacristán (1995) el *estrés postraumático* se ha caracterizado por la cantidad de estudios que se han realizado al respecto, mostrando y haciendo, ya evidente sus efectos en el niño por la falta de atención y falta de planes de salud mental y "tachando de normalidad" las reacciones que estos presentan cuando se siguen manteniendo por tiempo indefinido.

Ahora bien, el *estrés postraumático* como tal es un concepto reciente o de hace algunos años apenas en el campo de la psicología y de la psiquiatría principalmente, a pesar de que el mundo siempre han existido situaciones que han provocado este fenómeno, no es hasta que en 1980 se le reconoce y se define. Y al no tener respuesta de planes de salud por parte de la entidad gubernamental, se hace necesario que la propuesta de la Guía que aquí se expone, se trabaje con los padres de inicio o de entrada y posteriormente se extienda a los profesores de las escuelas, kinder, primaria, secundaria, hasta llegar a todos los niveles.

El *estrés postraumático* como reacción se caracteriza principalmente por la amenaza hacia la integridad o vida de una persona que se vive horror, miedo y desesperanza intenso y de acuerdo a los criterios establecidos por el DSM-IV toda persona que se encuentre en esta situación presentará *estrés postraumático*. De acuerdo a la clasificación que este trabajo realizó respecto a las reacciones de los niños y en coincidencia con Ramos, González y Ballesteros (2001) esta no es una regla, es decir, no todas las personas que se encuentren en una situación estresante desarrollarán el *estrés postraumático*, según la hipótesis a que no se percatan del suceso, en el caso de los niños. Un niño que no se percató del suceso no genera *estrés postraumático*, lo genera la presencia de la muerte, como puede ser el hecho de que un niño este en su casa y esta se derrumbe por un desastre, puede ser que su mamá muera y él no, en consecuencia el niño desarrollará el fenómeno.

Toda persona que tiene un contacto directo con el evento y ocurre una calamidad a su alrededor en su inmediatez, desarrollarán de forma segura el *estrés postraumático*. Los efectos de este fenómeno parecen ser invisibles para el gobierno pero ante los ojos de los estudiosos del comportamiento se hacen patentes y de ahí su importancia para poder tener una población infantil posteriormente adulta sana, en el sentido físico y mental. La guía que este trabajo expone manejada desde este punto de vista, sugiere que el *estrés postraumático* o las mismas secuelas generadas por un problema de la magnitud de un desastre, no debe ser tomado a la ligera, puesto que es un caso de salud.

Realmente, esto afecta a largo plazo y se va afianzando la problemática, lo cual no es visible para las autoridades gubernamentales puesto que no son cuestiones del orden físico o material, son de orden psicológico. Y se tacha de "normal" reacciones que se vuelven permanentes y se convierte un problema relativamente "sencillo" en un gran problema de salud.

La propuesta de apoyo nombrada Guía Multimodal de Apoyo Paternal, se sustenta en una serie de recolección de información a partir de diversos autores que usan diferentes términos de identificación y manejo para el *estrés postraumático*. Sin embargo, cada uno de ellos lo están planteando sin tener en cuenta a los demás. Por lo que este trabajo ubico esta información en la población mexicana y proponer cosas que los autores no ven tanto por las condiciones psicológicas y sociales de otros países.

Parte importante del trabajo, es que la guía identifica las reacciones que los niños pueden presentar con *estrés postraumático* y con ello se critica, se cuestiona a los criterios diagnósticos que se describen en el DSM-IV ya que como guía internacional en la que se debe basar un diagnóstico, estos criterios se muestran insuficientes. La literatura de investigación (America Red Cross, 2001; Bryce, 2001^a; Hamblen, 2001a y b y National Mental Health Association, 2001) exponen que existen reacciones en los niños de acuerdo a su edad y que no están especificadas en el DSM-IV.

Entonces, se debe hacer evidente que en el campo de la salud y debido a las investigaciones y progresos de la disciplina esto se debe de actualizar, así como, dejar de lado algunos criterios que se han comprobado como inexistentes o inapropiados y que se ha demostrado que otros tienen mayor presencia dentro de ese fenómeno psicológico. Así, el DSM-IV se presenta como la guía de diagnóstico internacional en tanto que la Guía es una herramienta de identificación de reacciones y es más bien, una cuestión local acorde a las condiciones de vida mexiquense.

Ahora bien, es importante mencionar los factores inherentes a este fenómeno psicológico (Graz, 1997; Plaza, 2002). Lo cual nos lleva a la necesidad de pensar en el estudio de los factores de vulnerabilidad y protección que son explicados en este trabajo, estos son aspectos que pueden trabajar la prevención a través de la detección. La Guía Multimodal de Apoyo Paternal detecta y puede prevenir conflictos futuros, puesto que la vulnerabilidad y la protección se podrían trabajar de diferentes maneras.

La guía se centra en la tarea de agrupar, aglutinar, categorizar lo que los autores exponen y ordenar esta información para la descripción de actividades que permitan el apoyo para el estrés postraumático a través de los padres. La guía se limita al hogar en donde el padre es un facilitador o un identificador de los efectos del *estrés postraumático*, es decir, de todas las características que el niño va a presentar a partir de las reacciones, ya sea cognitivas, emocionales, comportamentales o bien somáticas. En tanto que el padre pueda trabajar, lo que hará necesariamente es mitigar por el apoyo que brinda la aparición o la manifestación de las reacciones del estrés postraumático. De esta manera si el padre se siente rebasado por el fenómeno, que sea complejo lo que está pasando, va a ser capaz de diagnosticar o de evaluar a su hijo y tomar conciencia de que el problema lo ha rebasado y canalizarlo con el psicólogo, con el profesional del comportamiento.

En este sentido, el trabajo del profesional consiste en el hecho de difundir, entrenar, capacitar a los padres, para que puedan realizar los dos puntos fundamentales de la guía: identificar y actuar.

Así, el apoyo que los padres brindan a sus hijos para la mitigación de sus reacciones de *estrés postraumático* requiere de un entrenamiento que les permita tener resultados satisfactorios. La función del psicólogo se basa en la desprofesionalización, esto para poder llegar a más población que necesita el apoyo.

La Guía Multimodal de Apoyo Paternal en términos de la salud puede servir para que después de un evento traumático, los padres evalúen, diagnostiquen y actúen directamente. La guía propone que los padres como primera gente de contacto realicen la identificación y las actividades que se sugieren, en caso de que se presenten, manifiesten, surjan las reacciones postraumáticas en los niños. Esto implica atención para el individuo, el ser tomado en cuenta.

La idea de que la experiencia desafortunada de un niño por un evento inesperado, tiene consecuencias en su desarrollo ulterior, por lo que, cuando se explica el concepto de apoyo en el desarrollo, la meta suele ser mejorar las funciones o evitar lo indeseable o bien conductas determinadas problemas en la familia, por tal motivo el apoyo es una forma de intervención que tiene todas esas metas.

Las finalidades de la intervención a través de los padres que brindan el apoyo, son:

1. Permite a los padres apreciar las características de sus hijos, su capacidad de desarrollo.
2. Sensibiliza a los padres respecto de las manifestaciones del menor, que señalan sobrestimulo o agotamiento lo cual indica el momento del mejor estado para generar la interacción.
3. Enseña a los padres a responder de forma adecuada y oportuna, respecto a la detección de las molestias y del comportamiento extraño por parte de su hijo. De tal manera que los padres, aprendan a intervenir o a interrumpir sus interacciones de apoyo sobre el menor.
4. Capacita a los padres para adentrar su sensibilidad en las tareas diarias como lo son: la limpieza del aseo personal, la alimentación y el vestido. De tal forma que fortalezca la unidad familiar.

Lo anterior aporta indicios de la forma y de las ventajas, de llevar acabo el apoyo en el niño a través de su familia. Ambos elementos, de un sistema de mayor complejidad el hogar, el vecindarios y finalmente la sociedad.

Por tanto, el hecho de que existamos profesionales que estudiemos, investiguemos, analicemos, este fenómeno psicológico brinda a nuestra sociedad herramientas para hacer frente a su medio. Ya que ante la presencia de cualquier eventualidad las personas requieren de habilidades para afrontar la situación.

De forma general, se puede decir que la propuesta es un acercamiento a lo que es el tratamiento de estrés postraumático en los niños y que trata de generar una forma de trabajo en casa que permita un apoyo eficaz y de forma continua. Aunque se reconoce que puede presentar sus limitaciones, en el sentido de que la guía limita el trabajo al hogar y en tanto que es conocido que las reacciones ante el evento traumático pueden demorarse y aparecer después de 6 meses, esto puede dificultar el trabajo de los padres o bien aparición que en la práctica no sea tan fácil para los padres tanto identificar como apoyar las reacciones de sus hijos. No obstante, el intento de estudiar el tema y aportar un poco de conocimiento esta presente.

En conclusión, la guía es una herramienta de diagnóstico y de apoyo que esta dirigida hacia los padres en apoyo de sus hijos. La realización de este trabajo permitió revisar los estudios que han abordado el tema, pero sobre todo se logró brindar un conocimiento que puede abrir nuevos caminos de abordaje para este fenómeno psicológico. Sólo resta decir, que el presente trabajo trae consigo el objetivo de brindar una herramienta a nuestra sociedad.

La información del presente trabajo deja abierto el campo para que futuras investigaciones desarrollen líneas que por el momento no se revisaron y que salven las limitaciones encontradas en el estudio del *estrés postraumático* en los niños.

BIBLIOHEMEROGRAFÍA

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2000). Ayudando a los Niños después de una Catástrofe. 36. En red: <http://www.aacap.org/>
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1999) Trastorno de Tension Postraumatica. 70. 11.3 Kb. En red: <http://www.aacap.org/>
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4thed.)Washington, DC
- American Red Cross (2001) Cómo Ayudar a los niños a enfrentar Traumas. Servicio de Desastres.
- Bryce, C.P. (2001a) Insights into the Concept of Stress. Washington: Organización Panamericana de la Salud. En red: <http://www.paho.org/>
- Bryce, C.P. (2001b) Stress Management in Disasters. Washington: Organización Panamericana de la Salud. En red: <http://www.paho.org/>
- Caballero, R., Mojarro, M.D. y Rodríguez – Sacristán, J. (1995) El Estrés Postraumático. En J. Rodríguez – Sacristán (ed.) Psicopatología del Niño y del Adolescente (583 – 594) Sevilla: Secretariado de Publicaciones.
- Calcedo, A. (2002)El concepto de trastorno de estrés postraumático. Madrid: Interpsiquis. 72.2 Kb. En red: <http://www.psiquiatria.com/articulos/estres/6455/>
- Cazabat, E. (2001a) Una breve historia del estudio del trauma. Argentina. 19.4 Kb. En red: <http://www.geocities.com/HotSprings/9052/brevehistoria.htm>
- Cazabat, E. (2001b) Trastorno por Estrés postraumático. Criterios Diagnósticos. Argentina. 98.2 Kb. En red: www.psiquiatria.com/articulos/estrés/2417
- Federación Internacional de sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (1998) Brindando apoyo psicológico. Informe Mundial sobre Desastres.
- Foa, E.B. , Davidson, J. R. y Frances, A. (1999) The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, Journal of Clinical Psychiatry, 60 (16)1-79.

- González, M.J. (2002) Sobrevivir a un acontecimiento traumático. 22.9 Kb. En red: www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_esp?texto=art1c001
- Graz, L. (1997) La vulnerabilidad, según el cristal con que se mira. Cruz Roja. 3 2-7.
- Gurwitch, R.H., Silovsky, J.F., Schultz, S., Kees, M., Burlingame, S. (s.f.) Reactions And Guidelines for children following trauma/disaster. Department of Pediatrics: University of Oklahoma Health Sciences Center. 51 Kb. En red: <http://helping.apa.org/daily/ptguidelines.html>
- Hamblen, J. (2001a) PTSD in Children and Adolescents. National Center for Post-traumatic Stress Disorder. 44Kb. En red: http://www.ncptsd.org/facts/specific/fs_children.html
- Hamblen, J. (2001b) Terrorism and Children. National Center for Post- traumatic Stress Disorder. 35.7Kb. En red: www.ncptsd.org/facts/disasters/fs_children_disaster.html
- Harris, F., Wolf, M. Y Baer, D. (1979) Los efectos del reforzamiento social de los adultos sobre la conducta del niño. En S. Bijou, Psicología del desarrollo infantil (147-159). México: Trillas.
- Hospital de Nueva York – Centro Médico Cornell (1996) Hoja Informativa: Trastorno de estrés postraumático (PTSD). 13.3 Kb. En red: <http://www.noahhealth.org/spanish/illness/mentalhealth/cornell/conditions/spoostraum.html>
- Hurlock, E. (1999) Desarrollo del Niño. México: Mc Graw Hill.
- INEGI (2000) Estadísticas sociodemográficas. En red: http://www.inegi.gob.mx/estadistica/espanol/sociodem/crecimiento/cre_01.html
- Joseph, S., Williams, R. y Yule, W. (1997) Understanding Post – traumatic Stress. England: John Wiley and sons.
- Kaniasty, K. y Norris F. (1999) The Experience of Disaster: Individuals and Communities Sharing Trauma. En R. Gist y B. Lubin, Response to disaster: psychosocial, community and ecological approaches (25-61). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- Medina, J.L., Pérez, J.L. y Gancedo, I. (2001) Estudio clínico del trastorno por estrés postraumático relacionado con el terrorismo urbano. España. 97.5 Kb. En red: <http://www.psiquiatria.com/articulos/estres/2455/>

- Micromedex (2000) Trastorno de estrés postraumático en niños. USA. 19 Kb. En red: <http://www.buenasalud.com/lib/showdoc.cfm?LibCatID=1&Search=estres&LibDocID=2762>
- Mitnick, M. (s.f.) Preguntas Acerca de los Niños. Uptown Mental Health Center. Minneapolis, Minnesota 19.7Kb. En red: www.education.umn.edu/icd//HarrisCenter/Question%20about%20icids%20HTML//traumaspanish.htm
- Montoya, J. (2001) Estrategia Psicocorporal de Intervención e Crisis para Situaciones de Desastre.
- National Center for Post-traumatic Stress Disorder (2001) Cuidándose y Ayudándose así mismo después de un desastre. 24.6 Kb. En red: www.ncptsd.prg/facts/disasters/fs_selfspan_disaster.html
- National Mental Health Association (2001) Helping Children Handle Disaster-Related Anxiety. 18.4 Kb. En red: www.nmha.org/reassurance/children_printpage.cfm
- Newman, B. y Newman, P. (1986) Manual de Psicología Infantil. México: Limusa.
- Peterson, K.C., Prout, M.F. y Schwarz, R.A. (1991) Post – Traumatic Stress Disorder. A Clinician's Guide. New York and London: Plenum Press
- Plaza, H.I. (2002) El Trastorno por Estrés postraumático (I) 47.7Kb. En red: www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_esp?texto=art23001
- Puchol, D. (2001) El trauma psicológico. España. 28 Kb. En red.
- Ramos Y, González JC, Ballesteros MC (2001) Trastorno de estrés postraumático en la infancia y adolescencia. 124 Kb. En red: www.psiquiatria_com-imprimirTPET.htm
- Revel, J.P. (1999) Apoyo Psicológico en Caso de Emergencia. Federación Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja. Ginebra.
- Rimm y Masters (1987) Desensibilización sistemática. En Rimm y Masters, Terapia de Conducta (61-99) México: Trillas.
- Scheeringa, M., Zeanah, Ch., Drell, M. Y Larrieu, J. (1995) Two Approaches to the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder in Infancy and Early Childhood. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 34(2), 1991-200

- Schuster, M.A, Stein, B.D, Jaycox, L.H., Collins, R.L., Marshall, G.N., Elliott, M.N., Zhou, A.J., Kanouse, D.E., Morrison, J.L., Berry, S.H. (2001) A National Survey of Stress Reactions after the September 11, 2001, Terrorist Attacks. The New England Journal of Medicine 345(20),1507-1512.
- Shealy, N. (1999) Enciclopedia Completa Ilustrada de Terapias Alternativas. España: Könnemann.
- Tomasini, G. (1998) Trastorno por Estrés Post-traumático. Buenos Aires. 40.3 Kb.
En red: http://www.galeon.com/pcazau/guia_ansi06.htm
- Ursano, R.J., Fullerton, C.S. y Norwood, A.E. (s/f) Psychiatric Dimensions of Disaster: Patient Care, community Consultation and Prevention Medicine. American Psychiatry Association. 96.1Kb. En red: www.psych.org/pract_of_psych/disaster.cfm
- Yule, W. (1999) Post – Traumatic stress disorder. Archives of Disease in Childhood. 80 (2), 107-109

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1

CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Fuente: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
1994

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha existido:

- La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno, o más, acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y
- La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una, o más, de las siguientes formas:

- Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma
- Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible
- El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico
- Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres, o más, de los siguientes síntomas:

- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)
- Sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación -arousal- ausente antes del trauma, tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

- Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- Irritabilidad o ataques de ira
- Dificultades para concentrarse
- Hipervigilancia
- Respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses **Crónico:** si los síntomas duran 3 meses o más.

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

ESQUEMA DE LA GUÍA MULTIMODAL DE APOYO PATERNAL

EDAD	MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS	ACTIVIDADES DE APOYO
0 - 2 años	<p>A esta edad realmente no hay nada que se pueda hacer a nivel de apoyo psicológico. Los niños muy pequeños, es decir del nacimiento a los 2 años, y de acuerdo a los teóricos como Piaget este periodo no va acompañado de palabras que nos permitan saber los sentimientos y pensamientos de los niños, como sucederá posteriormente. En este sentido, los niños no pueden describir lo sucedido o lo que sienten, pero pueden recordar determinadas imágenes, sonidos u olores, esto se debe a que este período del desarrollo consiste en una serie de percepciones y movimientos del medio, por ello es posible que ante la vivencia de un desastre, los bebés se irriten con más facilidad o lloren con más frecuencia.</p>	<p>En este sentido, los niños necesitarán ser alzados y abrazados más seguido y responderán a la atención que les ofrece un adulto, en este caso la guía propone el uso del masaje como una actividad de contacto e interacción con el niño.</p>
3 años en adelante	<p>En estas edades los niños por medio del lenguaje presentan una serie de cambios a nivel afectivo, cognitivo y comportamental. Por medio del lenguaje los niños son capaces de relacionarse, convivir con otros, desarrollan el pensamiento, las emociones, reconstruyen experiencias, entre otras cosas. Ante la presencia de un evento traumático, los niños generan una serie de manifestaciones por lo sucedido, las cuales son de diversos tipos y que son observables. A nivel cognitivo, los niños se generaran una serie de preguntas acerca del evento, preguntaran sobre la muerte, pueden tener problemas para dormir, entre otros. Su conducta afectiva, se puede observar por medio del llanto, de su preocupación, tristeza, etc. Somáticamente, los niños pueden expresar dolores de cabeza, de estomago, presentar hematomas y finalmente su comportamiento puede llegar a ser agresivo, aislado, es decir su socialización se ve afectada. Esta serie de manifestaciones se manejan en lo que llamaremos: <i>conducta social</i> (anexo 3).</p>	<p>Para este tipo de manifestaciones, las actividades dependerán del tipo de reacciones que presenten. el apoyo que la guía recomienda es escuchar y observar los comportamientos de los niños, es necesario saber que es lo que el niño esta sintiendo y estar atentos a lo que hacen o no hacen sus hijos. Las actividades que la guía propone de forma general para apoyar estas manifestaciones son: la relajación, el masaje, la actividad física, platicas con los niños, el juego.</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 3

AGREGADO DEL ESQUEMA DE LA GUÍA MULTIMODAL DE APOYO PATERNAL

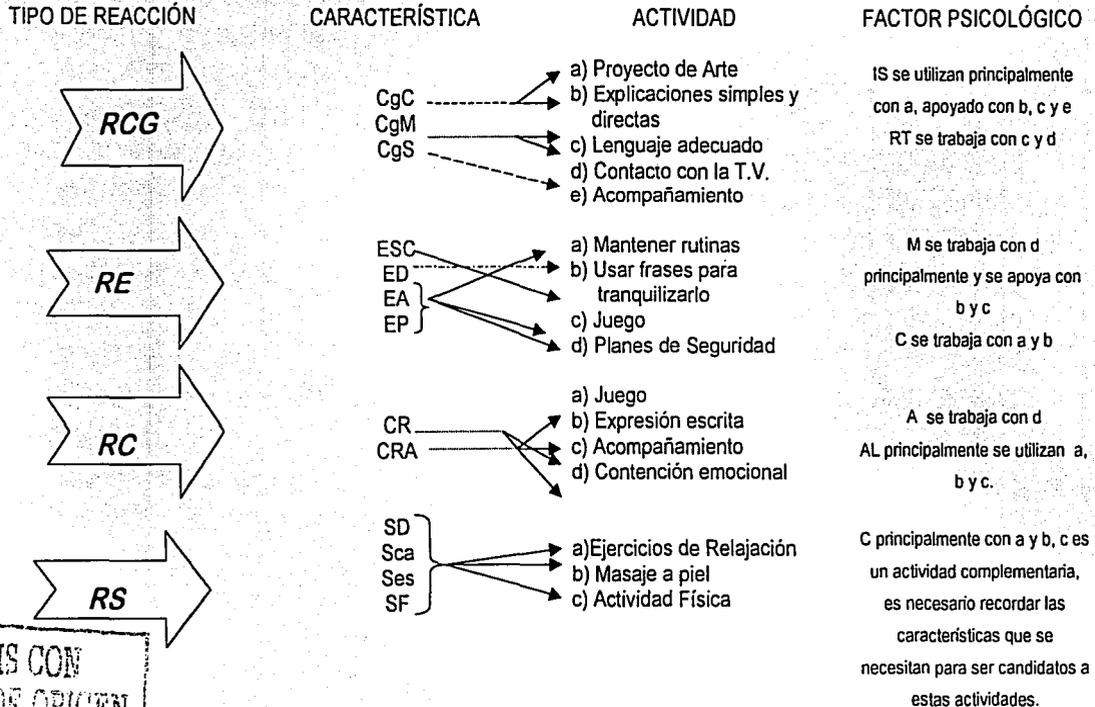
La conducta social hace referencia a una serie de comportamientos que pueden presentar los niños después de haber vivido un evento traumático, como lo son los desastres. Este tipo de conducta indica que algo en el niño está pasando y es observable por la convivencia cotidiana, ya sea por que estos comportamientos el niño no los presentaba y después del evento los presenta o bien por que el niño ya presentaba algunos de estos comportamientos y ya no los presenta. Así una vez identificado este comportamiento se puede brindar el apoyo que los niños necesitan y que la Guía Multimodal de Apoyo Paternal propone.

CONDUCTA	CARACTERÍSTICA	ACTIVIDADES DE APOYO
Agresión Física o Verbal	Esta conducta se manifiesta por la violencia que produce daño a otra persona, como el golpear, tirar cosas, dar patadas, empujar bruscamente, entre otras. La agresión verbal se identifica por el contenido que produce daño en otra persona.	Este tipo de conductas deben de apoyarse por medio de la falta de atención. Cuando a los niños se comportan de este modo lo mejor es que los padres no hagan caso, pero cuando el niño muestre un comportamiento más agradable entonces hay que acercarse a él y ofrecerle su apoyo.
Aislamiento	El niño está alejado de otros, mantiene cierta distancia física del resto de las personas.	Por medio del juego se puede lograr que el niño interactúe, hay que invitarlo a que realice este tipo de actividades y cuando lo logre brindarle eventos agradables como abrazos, besos, entre otras cosas.
Problemas de Sueño	Este tipo de problemas puede ser de diferentes maneras, estos son: el niño no quiere ir a dormir, el niño mientras que duerme tiene pesadillas y se despierta, no quiera dormir solo, entre otras.	Acompañar al niño es una de las propuestas que la guía propone, hay que acompañar al niño a su cama y estar ahí hasta que se quede dormido, es necesario apoyar este aspecto fomentando seguridad en el niño, a través de platicas y de contestar todas las preguntas que los niños tengan. Además de saber acerca de sus emociones y estar al pendiente de ellas.
Problemas con la Alimentación	En este tipo de conducta puede ser que el niño come en demasía, como muy poco o no quiera comer.	En este aspecto es necesario checar como era la alimentación del niño antes del evento y así observar que tipo de cambio presenta.
Problemas en el Aseo Personal	El niño puede presentar problemas con el no poder vestirse solo, no querer bañarse, etc.	Este tipo de comportamientos en el caso de los niños pequeños de 3 a 5 años puede ser que no los tengan bien aprendidos y que lleguen a necesitar más atención, pero en el caso de los niños de 6 a 11 años esto puede llegar a ser un problema, por lo que hay que monitorear este tipo de conductas y estar presentes cuando se realicen las actividades y apoyarlos por medio de palabras agradables y eventos que los hagan sentir bien como un abrazo.
Afectos	Este tipo de conductas abarca el sonreír, el besar, abrazar, acariciar, entre otras. El llanto es uno de las manifestaciones principales y representa el gímoreo, el quejarse sin lagrimas.	En el caso de este tipo de conductas la guía propone escuchar y conocer cuales con los sentimientos de los niños hacia lo ocurrido, exhortarlo a que sonría, abraza a través de que los padres hagan esto con el niño, es decir que haya contacto físico y proximidad de los padres hacia los niños.
Control de Esfínteres	En el caso de los niños pequeños alrededor de los 3 años puede ser que todavía no se logre esto, pero de los 5 años en adelante el que se presente esta conducta ya se considera un problema.	Como se menciono es necesario verificar si el niño ya logra esta función, en caso de que no es cuestión de tiempo para que el niño vaya aprendiendo aunque es necesario aclarar que es un tiempo limitado en caso de ya haberse pasado el tiempo que se puede nombrar normal de esta conducta, la guía propone la relajación y el masaje como una forma de bajar los niveles de tensión de los niños y que esto puede ser la causa de este tipo de conducta.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN
Lic. María Chávez Hernández

ANEXO 4

FLUJOGRAMA DE LA GUÍA MULTIMODAL DE APOYO PATERNAL



TESIS CON FALLA DE ORIGEN