

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 55 - N°3
Buenos Aires - Septiembre 2009

ISSN: 0001 - 6896

Editorial

145. Promesas y realidad en el sistema de salud
CESAR A. CABRAL

Originales

147. Terapia cognitiva del trastorno obsesivo compulsivo: mediadores de cambio identificados por los pacientes.
FERNANDO GARCÍA, CLAUDIA CASTAÑEIRAS, MARÍA FRAGA MÍGUEZ, HÉCTOR FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ
161. Percepción de eventos traumáticos por niños, en relación con su nivel socioeconómico
SOLANGE RODRÍGUEZ ESPÍNOLA
171. Análisis comparativo de las cualidades de los vínculos y de las identificaciones en la adolescencia y el climaterio
GRACIELA E. FLORES, SILVINA A. MARCHISIO, CLAUDIA I. CAMPO

Revisión

181. Comparación entre la terapia electroconvulsiva y la estimulación magnética transcraneal en el tratamiento de la depresión
SERGIO RUBEN AICHENBAUM

Artículo especial

191. Ética y normas internacionales para aceptar como «de uso corriente» una terapia innovadora
GUSTAVO ANTONIO MOVIGLIA

Notas

196. Del Dios de Schreber y del Dios de Descartes y sus respectivas concepciones de sujeto
CECILIA LÓPEZ STEINMETZ
203. Testigos
LUCILA EDELMAN
207. Concupiscencia y desmoralización sin esperanza: fenómeno psicosocial
CESAR A. CABRAL

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 55 - N°3
Buenos Aires - Septiembre 2009

ISSN: 0001 - 6896

Recensiones

211. ALONSO-FERNÁNDEZ, Francisco. *Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo*. Madrid: Instituto de España; 2009.
CÉSAR A. CABRAL
212. PADEL, Ruth. *A quien los dioses destruyen. Elementos de la locura griega y trágica*. México: Editorial Sextopiso; 2005
LUIS MEYER
213. ROUDINESCO Elisabeth. *Nuestro lado oscuro. Una historia de los perversos*. Barcelona: Anagrama; 2009
LUIS MEYER

Información

216. Simposio del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española



Fundación **acta**
Fondo para la salud mental



Centro Colaborador de la OPS/OMS

Entidad de bien público sin fines de lucro
Personería Jurídica N°4863/66
inscrita en el Ministerio de Salud Pública y
Acción Social con el N°1.777

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

César A. Cabral: Presidente
Mario Vidal: Vicepresidente 1°
Edith Serfaty: Vicepresidente 2°
Diana Vidal: Secretaria
Luis Meyer: Tesorero

Fernando Lolás Stepke: Director Técnico
Lucía Rossi: Vocal
Ernesto Martín-Jacod: Vocal
Lilian Carvajal: Vocal

Sede Social: M. T. de Alvear 2202, piso 3° - C1122AAH - Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
Tel.: (54 11) 4342-1196 - fuacta@acta.org.ar
CC 170, Suc. 25. Ciudad de Buenos Aires, Argentina
Administración/Suscripciones: (54 11) 4342-1196 int.:100 - fuacta@acta.org.ar
www.acta.org.ar

Alarcón Renato D.
Rochester - EUA

Ardila Rubén
Bogotá - Colombia

Azcoaga Juan
Buenos Aires - Argentina

Barcia Demetrio
Murcia - España

Carpintero Helio
Madrid - España

Costa e Silva Jorge A.
Rio de Janeiro - Brasil

Dorfman Lerner Beatriz
Buenos Aires - Argentina

Dörr Zegers Otto
Santiago - Chile

Fernández-Álvarez Héctor
Buenos Aires - Argentina

Gómez Alejandro
Santiago - Chile

Gómez Jarabo García Gregorio
Madrid - España

González Uzcátegui René
San José - Costa Rica

Kornblit Ana Lía
Buenos Aires - Argentina

Levav Itzhak
Jerusalem - Israel

López-Ibor Aliño J. José
Madrid - España

Lucchetti César
Buenos Aires - Argentina

Mainetti José
Buenos Aires - Argentina

Manes Facundo
Buenos Aires - Argentina

Marconi Juan †
Santiago - Chile

Mariátegui Javier †
Lima - Perú

Mezzich Juan
Pittsburgh - EUA

Míguez Hugo
Buenos Aires - Argentina

Pagés Larraya Fernando †
Buenos Aires - Argentina

Parada A. Rafael
Santiago - Chile

Pérez-Rincón Héctor
México D.F. - México

Rosselli Humberto
Bogotá - Colombia

Silva Ibarra Hernán
Santiago - Chile

Sluzki Carlos
Santa Barbara - EUA

Vicente Benjamín
Concepción - Chile

Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina es una publicación científica propiedad de la Fundación ACTA, Fondo para la Salud Mental, fundada por Guillermo Vidal en 1954, que tiene por objeto fomentar el desarrollo de la psiquiatría y la psicología en lengua española. Aparece regularmente cuatro veces al año: en marzo, junio, septiembre y diciembre. Incorporada por CONICET y CAICYT al Núcleo Básico de Revistas Científicas de Argentina en el área Ciencias Biológicas y de la Salud. Indizada en las bases de datos electrónicas LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PsycLIT, figura en los registros abreviada como: *Acta Psiquiátr Psicol Am Lat.*

Fundador

† Guillermo Vidal

Directores

César A. Cabral
Santa Fe 1881 - C1123AAA
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
Tel.: (54 11) 4812-7205
cesar.cabral@acta.org.ar

Luis Meyer
Junca 2663 - C1425AYE
Ciudad de Buenos Aires,
Argentina
gnmeyer@gmail.com

Director Honorario

Fernando Lolás Stepke
Cervantes 3251, Ñuñoa, Santiago,
Chile. Fax: (562) 233-3508

Director Asociado

Francisco Alonso-Fernández
Profesor emérito Universidad
Complutense, Madrid, España

Comité de Redacción (2009-2010)

Ricardo Aranovich, Fundación Acta, Argentina.

Juan Azcoaga, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Ana Lía Kornblit, Universidad de Buenos Aires, CONICET,
Argentina.

Alicia Losoviz, Asociación Psicoanalítica Argentina. Federación
Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética.

Hugo Rafael Mancuso, Universidad de Buenos Aires, CONICET,
Argentina.

Hugo Míguez, CONICET, Argentina.

Carlos Repetto, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Lucía Rossi, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Edith Serfaty, Academia Nacional de Medicina, Argentina.

Gustavo Tafet, Universidad Maimónides, Argentina.

Colaboradores:

Lilian Carvajal, Octavio Gallego, María de los Ángeles

López Geist, Jaime Smolovich.

Coordinación y edición

Alejandra Niño Amieva, editor@acta.org.ar

Corrección y supervisión de contenidos

Carlos Catroppi, ccatroppi@gmx.net

Maia Nahmod, maia.nahmod@gmail.com

Administración

Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3° (Escuela de Salud Pública,
Fac. de Medicina, Universidad de Buenos Aires) - C1121ABG

Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Tel./Fax: (54 11) 4342-1196 - fuacta@acta.org.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N°091317

ISSN: 0001 - 6896

© Fundación ACTA, Fondo para la Salud Mental. Todos los derechos reservados -
Ley 11.723. Hecho el depósito que marca la ley.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio sin previo

consentimiento de Fundación Acta. Los artículos y notas firmadas no representan
necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de los
autores.

Diagramación: DARMAS - arte@darms.com.ar

Impresión: Artes Gráficas Serval - Puccini 221. L. de Zam., Bs. As., Argentina

Original

Percepción de eventos traumáticos por niños, en relación con su nivel socioeconómico

SOLANGE RODRÍGUEZ ESPÍNOLA

SOLANGE RODRÍGUEZ ESPÍNOLA
Doctora en psicología. Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), República Argentina.

Trabajo realizado bajo la dirección de la doctora María Cristina Richaud de Minzi, con el apoyo financiero de una beca doctoral de investigación del CONICET.

CORRESPONDENCIA
Dra. Solange Rodríguez Espínola.
Tte. Gral. Perón 2158,
C1040AAH Buenos Aires,
Argentina;
solange.rodriguezespínola@gmail.com

El presente trabajo, desarrollado sobre una muestra de 534 participantes, evalúa la percepción de diferentes eventos traumáticos por parte de niños de ambos sexos de entre nueve y doce años de edad, residentes en la provincia de Buenos Aires, Argentina. Para la evaluación se aplicó una entrevista semiestructurada, desarrollada *ad hoc*, orientada a determinar qué situaciones eran consideradas traumáticas por los sujetos. Se examinó también la relación entre los distintos eventos y el nivel socioeconómico de los niños. Ello permitió comprobar la presencia de significativas diferencias entre los niños pertenecientes a los sectores bajo y medio. La diferencia se reflejó en que los niños de clase socioeconómica más baja mencionan mayor variedad y cantidad de eventos estresantes pero no los perciben con la intensidad que para la clase media tendría un evento de ese tipo.

Palabras clave:

Trauma psíquico – Percepción – Niños – Respuestas postraumáticas.

Traumatic events in child and socioeconomic level.

The present work analyzes the different traumatic events perceived by children from nine to twelve years of age of the province of Buenos Aires, Argentina. A sample of 534 participants of both sexes was evaluated across a semi-constructed constructed interview *ad hoc* to know the situations that are considered to be like traumatic in the minors. The relation was examined between the different events and the socioeconomic low and average level being able to observe significant differences. The difference was reflected in that the children of the lowest socioeconomic class mention major variety and quantity of stressful events but do not perceive them with the intensity that for the middle class would have an event of this type.

Keywords:

Psychical trauma – Perception – Children – Post-traumatic answers.

Introducción

El elemento crítico que torna traumático un suceso es la evaluación subjetiva por parte de la víctima del grado de desamparo que ha experimentado, o de la magnitud de la amenaza que ha sufrido; vale decir, el significado que la víctima atribuye a ese suceso. El impacto que ejerza el estresor depende tanto de la experiencia traumática objetivamente considerada como de la percepción de amenaza o trauma por parte del individuo [2]. Terr [22] define como «**trauma infantil**» al resultado mental de haber sufrido un repentino golpe emocional externo, o una serie de tales golpes, que dejan al niño o adolescente temporalmente indefenso y sobrepasan sus habituales mecanismos -de defensa. No siempre un **evento traumático** generará una **experiencia traumática**; para que ello ocurra el niño debe a) entender que está en peligro, o que está siendo testigo de algo terrible, b) percibir su propia indefensión extrema, y c) percibir y registrar —en forma implícita o explícita— una memoria traumática [23]. Las características del evento traumático (nivel de violencia, riesgo real, daño producido, secuelas, muerte de personas cercanas), así como el grado de proximidad de la exposición (haber sido testigo o haber estado afectado directamente, haber estado cerca o lejos, etcétera) son elementos que influyen en la respuesta al trauma [8, 18].

Es importante la diferenciación de los traumas en dos categorías, los llamados tipos I y II [22, 21]. En el trauma de tipo I hay un evento único, no anticipado, que se asocia con ciertos síntomas del trastorno de estrés postraumático: reexperimentación, evitación y activación. Los niños que presencian un evento recuerdan detalles de la situación, y sufren distorsiones cognitivas y errores perceptivos que, a futuro, pueden formar la base para cambios de la personalidad, para modificaciones de las relaciones interpersonales y variaciones en las actitudes. El trauma de tipo II ocurre como respuesta a un estresor crónico, e implica que tanto puede existir miedo como ausencia de sentimientos respecto del trauma inicial. Incluye las posibilidades de negación, represión, disociación, «autoanestesia», «autohipnosis», identifica-

ción con el agresor y conducta autodestructiva. Esos factores alteran el funcionamiento y el desarrollo de la personalidad.

Respuestas postraumáticas. En etapa postraumática, las respuestas al evento aparecen en una serie de fases consecutivas:

- **Expresión emocional.** La persona expresa de forma clara y rotunda sus sentimientos de miedo, ira, tristeza. Se trata de una reacción de alarma, que interrumpe las actividades diarias.
- **Negación.** El individuo ignora las consecuencias de la pérdida o la experiencia traumática, olvida problemas importantes para su vida y está emocionalmente insensible, en tanto que la vida pierde valor para él.
- **Intrusión.** Se caracteriza por la aparición y repetición constante de ideas, imágenes y sentimientos no deseados, relacionados con el acontecimiento traumático.
- **Adaptación.** Proceso de asimilación y acomodación de nuestros pensamientos y emociones, que incluye la comunicación y la relación con nuestros familiares y amigos.
- **Resolución.** La persona ha restaurado su equilibrio, y recuperado la coherencia necesaria para volver a su vida y sus actividades habituales.

Como podrá apreciarse por la descripción de las fases, la resolución del trauma y su superación requieren, por parte de la víctima, la activación de dos procesos. Uno de ellos, de naturaleza intrapsíquica, supone la integración gradual del trauma en la memoria. El otro, de carácter interpersonal, favorece la manifestación del primer proceso, y consiste concretamente en hablar con los demás de lo que nos ha ocurrido. Sin duda, el hecho de hablar con personas que nos brindan apoyo y experimentan empatía hacia nosotros permite que demos sentido a la experiencia traumática, aprendamos estrategias de afrontamiento y ganemos control sobre nuestras emociones. La respuesta natural al trauma es una respuesta natural al estrés, muy parecida a los estadios de pos-duelo y pérdida [9]. En ella se hayan incluidos: a) la crisis existencial y el impacto traumático iniciales, junto con la percepción cognitiva del trauma; b) una condi-

ción de embotamiento emocional y denegación del impacto del hecho acaecido; c) una serie de oscilaciones entre embotamiento / denegación y repetición intrusiva de los pensamientos y afectos que habían sido activados por la experiencia traumática; d) una fase consecutiva de elaboración, y e) la desaparición de los síntomas de denegación y embotamiento.

La mayor parte de las personas que padecen un evento traumático llevan adelante adecuadamente el proceso descrito, de modo que les queda el recuerdo pero no el trastorno. En general, se sabe que es requerido un periodo aproximado de tres meses para alcanzar la última fase del proceso.

La reexperimentación en los niños. Los niños tienden a presentar recuerdos recurrentes e invasores del acontecimiento, que pueden ser expresados tanto en forma de pensamientos como de percepciones, o de juegos repetitivos con elementos del trauma. Lo mismo en los juegos que en las imágenes, la acción puede ser alterada en la fantasía y la representación que de ella se hace, en procura de salidas a la situación negativa, o como forma de disminuir o minimizar el efecto del trauma [10, 2]. En general, esas reproducciones son involuntarias y no deseadas [13]. Los niños pueden presentar estados disociativos, en los que repiten el suceso a través de ensoñaciones diurnas y conductas reactivadoras, iguales o semejantes a aspectos de la situación traumática. Presentan también una intensificación de la sintomatología, e hipersensibilidad frente a estímulos del medio que se asocien con el trauma o lo simbolicen. La reexperimentación puede desarrollarse después de un período de latencia de meses o años. También se presentan sueños recurrentes, que en los niños pueden estar relacionados con el evento traumático pero pueden también consistir en sueños terroríficos acerca de otras situaciones, o en sueños de carácter inespecífico [10, 2, 11].

Los niños pueden revivir el evento traumático a través de reescenificaciones de él, como ensoñaciones diurnas, alucinaciones e incluso estados disociativos. Muy raras veces se

observan en los niños los *flashbacks* que han sido descritos en adultos [1, 2, 14, 21]. Además, al ser expuestos a recuerdos, sensaciones, lugares, fechas o hechos que puedan simbolizar el hecho traumático, o que lo recuerden, los niños pueden presentar malestar psicológico severo, o respuestas fisiológicas, o ambos [1, 2].

Evitación y embotamiento. Lo que se evita son los pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares o personas que se vinculen con el trauma; en ocasiones puede presentarse amnesia en relación con aspectos importantes del trauma [2]. En todo caso, la amnesia es menos frecuente en los niños, que suelen presentar otras alteraciones de la memoria [10, 1, 21].

Los comportamientos de evitación y la amnesia reducen la posibilidad de exposición al estímulo traumático, pero eso implica un costo para el niño: al verse afectadas otras áreas del comportamiento, hay limitación del interés, sensación de desapego, restricción de los afectos [8]. Muchas veces es posible distinguir en los niños miedos específicos en relación con el estresor, o temores más generalizados, como miedo a la oscuridad o a quedarse solos, que son indicadores de conductas de evitación [23]. Los esfuerzos del niño por evitar los pensamientos y sentimientos relacionados con el evento traumático vivido tienden a manifestarse a través de la pérdida de capacidades recientemente adquiridas, regresiones, temor a la oscuridad y actitudes como el evitar conversar sobre el suceso o eludir actividades en que aflore su recuerdo, y una amnesia parcial o total, con alteraciones en la memorización y la secuenciación de los hechos. El embotamiento afectivo, o **anestesia emocional**, se expresa en una disminución del interés, en la inhibición conductual, el aislamiento, una disminución de la capacidad para sentir emociones –sobre todo las asociadas con la intimidad, o con los afectos positivos–, y la sensación de un futuro desolador.

Hiperactivación (arousal). Los niños con diagnóstico de trauma por estrés postraumático (TEPT) presentan múltiples patrones

de hiperactivación, con alteraciones del sueño, irritabilidad o ataques de ira, lo que lleva a dificultades en las relaciones con la familia y con sus pares, dificultades en la concentración asociadas con fracasos escolares, estados de hipervigilancia y respuestas de sobresalto exagerado [8, 10, 2].

Con el término *hiper-arousal* [n.d.r.: de una voz *arousal* que significa «despertar»] es designada una condición que se manifiesta en dificultades para conciliar el sueño y mantenerlo, problemas para concluir una tarea y cambios en el manejo de la agresividad. En los casos más leves se observa mayor irritabilidad, o temor a perder el control; en los más graves, explosiones impredecibles o incapacidad para expresar sentimientos de rabia. Los niños que son víctimas de traumas presentan habitualmente una serie de manifestaciones: conductas regresivas (pérdida de capacidades ya adquiridas, como la de controlar esfínteres y otras similares), ansiedad, síntomas depresivos, miedos, malestares somáticos y problemas conductuales [11].

Entre los *factores mediadores o predictores* de respuestas que son objeto de estudio se encuentran: 1) la naturaleza del evento traumático, y el nivel de exposición a él; 2) el sexo, la edad y el nivel de desarrollo del niño; 3) el nivel de funcionamiento premórbido, tanto del niño como de su familia; 4) los factores sociales [8, 18]. La aparición de adversidades con posterioridad al evento (abandono del niño por los progenitores, mandarlo a residir en un albergue, presencia de dificultades económicas, entre otras) también se asocia con el desarrollo del trastorno. El sexo determinará los estilos defensivos y las estrategias de afrontamiento del niño, la disponibilidad y utilización del apoyo social y la recuperación. Algunos estudios muestran que, en general, las niñas son más sintomáticas que los niños [7, 20]

Potenciales efectos del trauma sobre el desarrollo inmediato. En un sujeto que atraviesa una etapa de crecimiento y desarrollo, los traumas ejercen influencia sobre la totalidad de la persona, pues afectan su

funcionamiento en las áreas neurofisiológica, cognitiva y socioemocional, así como la visión que la persona tiene de sí misma y del mundo, y las expectativas a futuro. Para evaluar el impacto sobre el desarrollo es necesario considerar tres cosas: las tareas próximas del desarrollo, el desarrollo de las capacidades y la plasticidad neuropsicológica.

1) *Tareas próximas del desarrollo.*

Las capacidades más fácilmente vulnerables son las adquiridas en fecha más reciente. El trauma produce una alteración en el procesamiento de la información, asociado con la evitación y con la intrusión de los recuerdos. La alteración en la sensación de seguridad, que es la base para el logro de la integración de capacidades, altera el desarrollo de éstas. El preescolar experimenta una confusión que interfiere en el logro de una narración coherente, a la vez que disminuye la verbalización y las expresiones precoces del trauma. También se observa un fracaso en el desarrollo apropiado de la fantasía. La disminución de la atención interfiere en los niños que están aprendiendo a leer y escribir, pues los conduce al fracaso, hecho que se relaciona con disminución de la autoestima y aumento del riesgo de comorbilidad. En los escolares se observa una inhibición selectiva del pensamiento, facilidad para la distracción e interferencias en la comunicación simbólica. En la adolescencia hay deficiencias en la adquisición de conceptos abstractos. La generación de emociones intensas altera la maduración de los mecanismos de regulación emocional. En los preescolares, el miedo intenso dificulta el proceso de discriminación de emociones y de elaboración de una respuesta efectiva, y en los adolescentes obstaculiza los esfuerzos por comprender los orígenes y consecuencias de las emociones negativas. Las atribuciones de ineffectividad tienen un impacto negativo en la autoimagen, que interfiere en el funcionamiento adaptativo y en la adquisición de nuevas destrezas. Al descargar la emoción en hostilidad puede interferir en el desarrollo de la agresión instrumental, tal como la asertividad o el deporte [17, 16, 19]. También el desarrollo moral recibe el impacto de las emociones. Con frecuencia los sujetos

dividen al mundo en «buenos» y «malos»; los escolares se muestran rebeldes a aceptar normas y reglas, y en los adolescentes se pueden observar deseos de venganza, expresados a través de una ideología política.

2) *Desarrollo de las competencias.* El evento traumático puede producir una alteración del desarrollo de la conciencia de sí mismo, alterando en el adolescente el sentido de integración entre pasado, presente y futuro. También la relación con los pares puede verse afectada. En los preescolares, la ansiedad y la impulsividad interfieren en las tareas de cooperación, y en el descubrimiento de sí mismos en relación con los otros. Además, el juego traumático limita su flexibilidad. En los escolares es frecuente el aislamiento, porque el sujeto se siente diferente y estigmatizado por el trauma, lo que le dificulta la socialización y la intimidad. La reactivación conductual del trauma aumenta el rechazo y el riesgo de psicopatología adicional. Los adolescentes presentan severas dificultades de apego y de compromiso con otros, con tendencia al aislamiento o a la sobreidentificación con un grupo, y a tener amistades negativas.

3) *Desarrollo de la plasticidad neuropsicológica.* El trauma genera diferentes efectos sobre el desarrollo de la plasticidad o de la consolidación neuropsicológica. Pynoos *et al.* [19] presentan evidencia preliminar de que la exposición a un trauma puede interferir en la consolidación del control inhibitorio de los reflejos de sobresalto, lo cual se ve representado por una «regresión neuropsicológica» de los patrones iniciales de la modulación del miedo. La pérdida del control inhibitorio puede interferir en la adquisición de capacidades, al influir en los niveles de actividad y en la capacidad de atención, reflexión y aprendizaje. Hay pocos estudios sobre la influencia de los niveles socioeconómicos en estos aspectos. En las comunidades más pobres y con altas tasas de criminalidad se ha encontrado mayor proporción de niños con TEPT. En los sectores más ricos y con mayores niveles de actividad industrial hay

menos desastres naturales, y mejores sistemas de seguridad frente a situaciones de amenaza o peligro. Ello puede constituir un factor de protección de las potenciales víctimas de un desastre natural, tanto antes de su verificación como durante el acontecimiento y después de él [5].

Materiales y métodos

Esta investigación se realizó mediante un diseño transversal, con metodología descriptiva y comparativa. Estuvo orientada a comprender la relación entre los distintos eventos traumáticos y el nivel socioeconómico de quienes eran testigos o víctimas de ellos.

Participantes. La investigación se llevó a cabo en cuatro establecimientos educativos de Educación General Básica (ciclo escolar elemental) de la provincia de Buenos Aires, en la República Argentina. Se tuvo en cuenta que para un mismo ámbito geográfico debía incluirse una institución educativa a la que concurrían niños de clase socioeconómica baja y otra con población escolar de clase socioeconómica media. La muestra del estudio quedó constituida por 534 niños de ambos sexos, de nueve a trece años de edad. El 52,4% ($n = 280$) era de sexo masculino, y el 47,6% ($n = 254$) de sexo femenino. El 48,5% ($n = 259$) eran niños de escuelas de clase baja, mientras que el 51,5% ($n = 275$) pertenecían a la clase media (véanse tablas 1 y 2). Las instituciones educativas seleccionadas, públicas y privadas, se hallaban ubicadas en tres partidos (distritos) del área suburbana denominada del Gran Buenos Aires, en la provincia de ese nombre: Malvinas Argentinas, San Isidro y Vicente López.

Tabla 1. Composición según sexos

Participantes	Niños	Niñas	Total
Cantidad	280	254	534
Porcentaje	52,4	47,6	100,0

Tabla 2. Composición según niveles socioeconómicos

Participantes	Nivel bajo	Nivel medio	Total
Cantidad	259	275	534
Porcentaje	48,5	51,5	100,0

Materiales. Se diseñó una entrevista por la que se obtendrían datos sociodemográficos de los niños (edad, sexo, establecimiento educativo), tipo de evento traumático y duración que los participantes asignaban al hecho.

Procedimiento. Se estableció contacto con las autoridades de las escuelas, tanto públicas como privadas, con el fin de gestionar las pertinentes autorizaciones. Los progenitores de los niños fueron informados, y debieron prestar su consentimiento antes del comienzo de la investigación. Las entrevistas fueron efectuadas por dos profesionales entrenados, quienes en forma individual y personalizada establecían un diálogo previo, con el objeto de lograr buen *rapport* con los niños. A éstos se les interrogaba acerca de su edad, su fecha de nacimiento y la composición del grupo familiar, y les eran formuladas dos preguntas que tenían como finalidad indagar acerca de los tipos de eventos traumáticos que decían haber vivido, y el momento expresado en años o meses en que les había sucedido. Si el niño entrevistado demostraba un estado emocional de angustia, o se sentía alterado emocionalmente, se lo contenía hasta lograr el bienestar necesario para continuar con su actividad escolar. En esos casos de alteraciones emocionales como consecuencia de la entrevista, y también cuando eran mencionados hechos que hicieran necesaria una intervención psicológica profesional, se informaba de tal circunstancia a alguna autoridad de la institución escolar. Los datos cualitativos recolectados en la entrevista eran analizados y reducidos a una lista de 21 categorías. La última de dichas categorías, definida como "no refiere", indicaba los casos de niños que no tenían ningún episodio traumático que relatar. Los datos recopilados fueron sometidos a análisis cuantitativo

mediante técnicas estadísticas descriptivas, a través del paquete estadístico SPSS. Se utilizó el valor de ji cuadrado para estudiar la posible asociación entre eventos estresantes y nivel socioeconómico. La interpretación de los datos integró aportes de la psicología cognitiva, la psicología del trauma y la psicología de la niñez.

Resultados

Fue notable observar que los niños de clase socioeconómica baja, y los docentes que enseñaban en escuelas con población de esas características, tenían frecuentes inasistencias. Ello hizo que llevara más tiempo que el esperado la realización de las entrevistas, al punto de que muchos datos se perdieron por no disponer del protocolo completo. Del total de niños entrevistados, el 36,7% ($n = 196$) fue finalmente incluido en la categoría "no refiere", que indicaba que en su propio concepto no habían vivido situación estresante alguna (véase tabla 3).

El evento estresante más mencionado fue la «muerte de un tío, primo o abuelo» ($n = 54$, 10,1%). A continuación, con el 7,1% ($n = 38$) se mencionó la «enfermedad de padre, madre, hermano o hermana» y, con los mismos valores, la «discusión familiar». La «separación de los progenitores» fue motivo de preocupación y tristeza para 32 niños (el 6,0%).

Con el fin de verificar si existía relación entre los eventos estresantes y las categorías de nivel socioeconómico medio ($n = 275$) y bajo ($n = 259$) se evaluó la presencia relativa de los distintos eventos en las dos variables citadas. La «muerte de padre, madre, hermano o hermana» fue mencionada por 16 niños de clase baja (el 6,2%) y por 6 de clase media (el 2,2%). El valor de ji cuadrado (χ^2) es = 6,58. El valor de $p = 0,010$ resulta estadísticamente significativo.

Entre los niños de nivel socioeconómico bajo dijeron sentirse tristes por tener «algún familiar preso» 7 niños, el 2,7%. Entre los de nivel medio no hubo mención de ese motivo: $\chi^2 = 7,76$, $p = 0,005$. La misma situación se observa respecto de la «herida con arma

Tabla 3. Distribución de eventos vitales estresantes según niveles socioeconómicos de los niños que los mencionaban

Hecho mencionado	Nivel bajo	Nivel medio	Total
1. Enfermedad de padre, madre, hermano o hermana	15 5,8%	23 8,4%	38 7,1%
2. Muerte de padre, madre, hermano o hermana	16 6,2%	6 2,2%	22 4,1%
3. Accidente doméstico sufrido por familiares	9 3,5%	9 3,3%	18 3,4%
4. Accidente doméstico sufrido por el participante	4 1,5%	5 1,8%	9 1,7%
5. Violencia en la familia	9 3,5%	5 1,8%	14 2,6%
6. Discusión familiar	20 7,7%	18 6,5%	38 7,1%
7. Muerte violenta de un familiar	6 2,3%	2 0,7%	8 1,5%
8. Familiar en prisión	7 2,7%	—	7 1,3%
9. Herida con arma sufrida por un familiar	12 4,6%	1 0,4%	13 2,4%
10. Abandono por los progenitores	12 4,6%	3 1,1%	15 2,8%
11. Separación de los progenitores	12 4,6%	20 7,3%	32 6,0%
12. Situación delictiva presenciada por el niño	2 0,8%	1 0,4%	3 0,6%
13. Accidente o muerte de una persona vistos por el niño	1 0,4%	—	1 0,2%
14. Abuso sexual	2 0,8%	1 0,4%	3 0,4%
15. Abandono del domicilio por hermanos o hermanas	—	4 1,5%	4 0,7%
16. Enfermedad de tíos, primos, abuelos o abuelas	7 2,7%	16 5,8%	23 4,3%
17. Muerte de tíos, primos, abuelos o abuelas	15 5,8%	39 14,2%	54 10,1%
18. Miedo por enfermedad	2 0,8%	6 2,2%	8 1,5%
19. Accidente automovilístico	12 4,6%	7 2,5%	19 3,6%
20. Situación de inseguridad por delitos sufridos por familiares	5 1,9%	4 1,5%	9 1,7%
21. No refiere	91 35,1%	105 38,2%	196 36,7%
Total	259 100, 0%	275 100, 0%	534 100, 0%

(blanca o de fuego) sufrida por un familiar», mencionada por 12 niños de clase baja (el 4,6%) y no mencionada por los de clase media: $\chi^2 = 13,42, p = 0,000$.

La situación de haber sufrido «abandono por el padre o la madre» fue significativamente más frecuente en los niños de escuelas de nivel socioeconómico bajo, comparados con los de nivel medio (4,6 contra 1,1%; $\chi^2 = 5,47, p = 0,019$). En el nivel medio, 39 niños (14,2%) mencionaron que un evento estresante para ellos había sido la «muerte de un tío, primo o abuelo», contra 15 niños del nivel bajo (5,8%): $\chi^2 = 6,27, p = 0,012$. En la Tabla 4 se condensan las valoraciones de los eventos estresantes que guardan relación significativa con el nivel socioeconómico de los niños entrevistados.

Tabla 4. Valoración de eventos vitales estresantes que resultaban significativos en función del nivel socioeconómico de los niños

Hecho	χ^2	P
Muerte de padre, madre, hermano o hermana	6,58	0,010
Familiar en prisión	7,76	0,005
Herida con arma sufrida por un familiar	13,42	0,000
Abandono por progenitores	5,47	0,019
Muerte de tíos, primos, abuelos o abuelas	6,27	0,012

En función del género de los niños, sólo se observa una relación significativa ($\chi^2 = 0,082; p = 0,046$) en la variable «separación de los progenitores», que es mencionada por el 6,8% de los varones y el 3,2% de las mujeres (21 y 9 casos, respectivamente). Los demás eventos no mostraron relación significativa con el sexo de los entrevistados.

Discusión y conclusiones

El análisis de los resultados obtenidos permite examinar tanto la verificación concreta de los diferentes eventos como las vivencias subjetivas respecto de ellos. La observación

que puede hacerse es que, en tanto los niños de clase socioeconómica más baja mencionan mayor variedad y cantidad de eventos estresantes, no los perciben con la intensidad que para la clase media tendría un evento del mismo tipo. Además, los eventos mencionados por niños de clase baja suponen situaciones de violencia, actividades delictivas, abandonos y pérdidas de familiares directos que están ausentes de las declaraciones de los niños de nivel medio; para estos, el evento estresante más frecuente es la muerte de un tío, primo o abuelo.

En los sectores más pobres de la sociedad, los sistemas de seguridad ante situaciones de amenaza o peligro son menos eficaces, a la vez que son más frecuentes la violencia con uso de armas y las situaciones familiares conflictivas. La baja consideración y atención que se dispensa a los niños en la clase baja podría exponerlos a sucesos vitales potencialmente estresantes, que pueden constituir factores de riesgo (y predictores) de TEPT [5, 6, 15].

Los eventos que se vinculaban con violencia familiar, muerte violenta de un familiar y eventos como padecer un accidente o ser testigo de él y sufrir abuso sexual fueron mayormente mencionados por los niños que habían desarrollado TEPT. Es importante recordar que los niños con alta percepción de amenaza y que disponen de escasos recursos frente a un trauma tienen mayor probabilidad de desarrollar estrés postraumático.

Podemos decir que, en general, los resultados muestran una frecuencia elevada de acontecimientos estresantes en población infantil no clínica. Ello contradice la idea sugerida por Andrews, Tennant, Hewson y Vaillant [3], de que el desarrollo de los trastornos psiquiátricos está determinado por la vivencia de acontecimientos estresantes. Los resultados de la presente investigación, en congruencia con otros estudios, muestran que poblaciones no clínicas padecen elevada cantidad de acontecimientos traumáticos, y que dichos eventos tienen repercusión sobre el bienestar psicológico de los afectados. Breslau, Lucia y Alvarado [4] han sugerido

que un factor de riesgo para el desarrollo de TEPT es el que se asocia con la exposición a eventos traumáticos, y con la externalización de problemas. Los niños de bajo nivel socioeconómico, en comparación con los de clase media, experimentan un mayor número de situaciones estresantes percibidas como difi-

ciles de manejar, a causa de la carencia o la limitada disponibilidad de recursos para su solución [12]. En consecuencia, el bajo nivel socioeconómico se halla asociado con niveles elevados de experiencias estresantes y síntomas psicológicos.

Referencias bibliográficas

1. AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with post-traumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37 suppl.: 4s-26s.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA) DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson, 2005.
3. ANDREWS G, TENNANT C, HEWSON DM, VAILLANT GE. Life event stress, social support, coping style and risk of psychological impairment. *J Nerv Ment Dis*. 1978; 166(5): 307-16.
4. BRESLAU N, LUCIA VC, ALVARADO G. Intelligence and other predisposing factors in exposure to trauma and post-traumatic stress disorder: a follow-up study at age 17 years. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63: 1238-45.
5. BREWIN CR. Memory processes in post-traumatic disorder. *Int Rev Psychiatry*. 2001; 13(3): 159-63.
6. ECHEBURÚA E, CORRAL P, AMOR P. Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Revista Análisis y Modificación de la Conducta*. 1998; 24: 527-55.
7. GIACONIA RM, REINHERZ HZ, SILVERMAN AB, PAKI ZB, FROST AK, COHEN E. Traumas and post-traumatic stress disorder in community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34(10):1369-80.
8. GURWITZ R, SULLIVAN M, LONG P. The impact of trauma and disaster on young children. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 1998; 7(1): 19-32.
9. HOROWITZ, M. Stress response syndromes: character style and dynamic psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1974; 31(6): 768-81.
10. MARCH J, AMAYA-JACKSON L, PYNOOS R. Pediatric post-traumatic stress disorder. En: WIENER J. (ed.) *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. 2ª ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Press; 1997.
11. MÁRQUEZ M. Los trastornos por estrés: del trauma a la disociación. En: GRAU A, MENEGHELLO J (eds). *Psiquiatría y psicología de la infancia y adolescencia*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2000: 369-79.
12. MIECH R, SHANAHAN M, ELDER G. *Socioeconomic status and depression in life course perspective*, working paper N° 98-24; Madison, Wisconsin: Center for Demography and Ecology, Madison, Wisconsin; 1999.
13. MILGRAM N. Los niños y el estrés. En: OLLENDICK T, HERSEN M. (Eds.) *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez de Roca; 1993: 464-83.
14. MONTT M, HERMOSILLA W. Trastorno de estrés post-traumático en niños. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2001; 39(2): 110-20.
15. NORTH CS, WESTERHAUS ET. Applications from previous disaster research to guide mental health interventions after the september 11 attacks. En: URSANO RJ, FULLERTON CS,

- NORWOOD AE. (eds.) *Terrorism and disaster individual and community mental health interventions*. New York: Cambridge University Press; 2003: 93-106.
16. ORNITZ EM, PYNOOS RS. Startle modulation in children with post-traumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1989; 146(7): 866-70.
 17. PERRY B, POLLARD R. Homeostasis, stress, trauma, and adaptation: a neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child Adolesc Psychiatr Clin NAm*. 1998; 7(1): 33-51.
 18. PFEFFERBAUM B. Post-traumatic stress disorder in children: a review of past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(11): 1503-11.
 19. PYNOOS R, STEMBERG A, WRAITH R. A developmental model of childhood traumatic stress. En: CICCETTI D, COHEN D. *Developmental psychopathology*. New York: John Wiley & Sons, 1995.
 20. SHANNON M, LUNIGAN C, FINCHA, TAYLOR C. Children exposed to disaster: I. Epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994; 33(1): 80-93.
 21. TERR L. Psychic trauma in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am*. 1985; 8(4): 815-35.
 22. TERR L. *Childhood traumas: an outline and overview*. *Am J Psychiatry*. 1991; 148(1): 10-20.
 23. TERR L. Acute responses to external events and post-traumatic stress disorder. En: LEWIS M. (ed.). *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. 2ª ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1996.
-