

REFLEXIONES

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: ACTUACIÓN DEL PSICÓLOGO EDUCATIVO

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: THE INTERVENTION OF EDUCATIONAL PSYCHOLOGISTS

JESUS RAMIREZ CABAÑAS¹

Fecha de Recepción: 28-07-2004

Fecha de Aceptación: 30-09-2004

RESUMEN

Este artículo es una reflexión acerca de las medidas que pueden tomarse desde el Departamento de Orientación de los centros escolares por parte de los profesionales de la psicología educativa. En él se analizan los hechos que en los últimos años han acontecido al autor, y en especial, el terrible atentado acaecido en Madrid el día 11 de marzo de 2004. Un extracto del mismo fue publicado pocas horas después del desastre en la página WEB del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid como aportación para aquellos profesionales que lo necesitaron.

PALABRAS CLAVE

Trastorno de estrés postraumático (TEPT), Niños, Adolescentes, Departamento de Orientación.

¹ Coordinador de la Sección de Psicología Educativa del COP y Orientador del Colegio Fuentelarrey-na, de Madrid

ABSTRACT

This paper is a reflection about measures that can be taken by educational psychologists in school orientation departments. The author tells his personal experience during the last few years as an educational psychologist. A special emphasis is placed on the dreadful events of Madrid 3/11 2004 terrorist attacks. An excerpt of this paper was published in the Madrid COP (Official Psychological Association) web page a few hours after the disaster as a guide for practitioners trying to help victims in those hard times.

KEY WORDS

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), Kids, Adolescents, Orientation Department.

INTRODUCCIÓN

Hace ya unos cuantos años, tuve la suerte de asistir a un curso impartido por el Dr. Donald Michembaum. Reconozco que, en principio, me sentí un poco decepcionado porque mi intención era escuchar de primera mano su teoría de la "inoculación del estrés", y él, sin embargo, comenzó a disertar largo y tendido acerca de algo de lo que reconozco que jamás había oído hablar antes, y que a mí se me antojaba remotamente lejano: el Síndrome de Estrés Postraumático.

Por aquel entonces, se había producido el terrible atentado de la ciudad de Oklahoma, donde fue bombardeado el Edificio Federal Murrah, y Michembaum, parecía haberlo vivido en primera persona. Tanto es así, que su tono irónico, desenfadado, y cargado de emociones positivas del comienzo,

se tornó de pronto serio, y si se me permite, diría que casi se le saltaban las lágrimas al recordar su intervención en la catástrofe.

Aquellos folios de apuntes que guardaba en mi cartera, y que deposité en un armario, permanecieron reposando en silencio durante más de un año, hasta que, de pronto, un buen día, apareció en mi despacho una señora que se identificó como madre de una alumna de 3º de Educación Primaria, y comenzó a relatarme algo estremecedor. Me dijo que su esposo, Guardia Civil, había sido asesinado por ETA en un atentado que yo no recordaba, y que ella había sido inseminada de manera artificial. La alumna a la que me refiero, fue el fruto de este embarazo, y su visita se debía a que, según ella, la niña había comenzado a manifestar algunos síntomas extraños, tales como dificultades para conciliar el sueño, dolores de cabeza y de estóma-

go, alejamiento social, y algunos episodios de enuresis nocturna. Todo ello no se manifestaba en el colegio, donde la niña era una alumna perfectamente normal.

Toda esta constelación de hechos, sumados al origen del problema, me hicieron recordar algunas palabras del Dr. Michembaum, y tan pronto como pude despedir a esta angustiada madre, recobre mis apuntes y me dispuse a leerlos con atención. En efecto, los síntomas de (la voy a llamar Lucía), eran propios del síndrome de estrés postraumático, y sin embargo, ella jamás había podido vivir la situación catastrófica del fallecimiento de su padre, al haberse producido, al menos nueve meses antes de su nacimiento.

Mi primera intervención con Lucía fue analizar su conducta tanto dentro como fuera del aula, y en ningún caso manifestaba alejamiento social, ni se había quejado de dolores de cabeza o de estómago según me contó su profesor. Más adelante, intenté hablar con ella acerca de su conducta en casa, y, en efecto, me reconoció que le costaba mucho dormir, que a veces se despertaba durante la noche, y también, que era cierto que alguna vez se le había escapado la orina. Con estos datos, llamé de nuevo a su madre y traté de profundizar un poco para saber cómo era la vida en el domicilio. Y aquí fue cuando se derrumbó, y me contó que para ella, el fallecimiento de su esposo, era algo que formaba parte de su vida, del presente, de cada instante que pasaba. Y no sólo eso, sino que, además, cuando la niña visitaba a sus abuelos, o éstos a la niña, cosa que ocurría con asiduidad, le hablaban de su padre sin parar. En otras palabras, a pesar de no haber vivido directamente el fallecimiento de su padre,

Lucía padecía estrés postraumático, lo mismo que su madre y sus abuelos.

Esto me hizo reflexionar que aquel cursillo al que había asistido un año antes no tenía un contenido tan lejano. Es más, sin saberlo, me encontraba trabajando contra el síndrome en otros casos que eran mucho más cotidianos que el de Lucía. Por ejemplo, otra alumna mucho más mayor y que acababa de perder a su madre, víctima de un cáncer, había comenzado a bajar su rendimiento escolar, y otros dos hermanos, cuyo padre falleció de manera repentina por un infarto de miocardio, se encontraban en la misma situación, aunque ciertamente, el varón, cuatro años más pequeño, parecía sufrir más que su hermana. Todo esto sin contar con algo que ya había ocurrido anteriormente, y de lo que hablaré más adelante.

Lo curioso de los hechos que narro, es que en ningún caso se vivió una catástrofe de manera directa, y sin embargo, es evidente que todos ellos: Lucía, su madre, sus abuelos, y los otros alumnos citados, padecían el síndrome de estrés postraumático. Alguno de ellos lo tuvo que arrastrar durante mucho tiempo, hasta que profundicé en el tema y comprendí que debía de trabajar de un modo más adecuado al que había utilizado hasta entonces. Así, en lugar de utilizar una terapia convencional, en la que hablábamos de los hechos, cosa absolutamente negativa, los resultados eran mucho más evidentes cuando se sometía a los muchachos y muchachas a experiencias de relajación, meditación, y desensibilización sistemática, conforme al modelo de inoculación de estrés de Michembaum, y que yo no me atrevía a utilizar en estos casos por miedo a

equivocarme y cometer así un error de incalculables consecuencias para ellos. Desgraciadamente, a mediados de los años noventa, la literatura acerca de este tema era muy escasa, y la mayor parte de los libros que se podían encontrar, (por no decir todos ellos) se referían a adultos, y tenían como decorado la Guerra de Vietnam, lo cual me convertía en una especie de pionero (o de ciego con un palo en la mano, para ser más exactos).

A raíz del criminal atentado de las Torres Gemelas en Nueva York, se empezó a hablar del síndrome tanto en sus siglas inglesas como españolas (PTSD y TEPT respectivamente) de una manera cotidiana, y el fenómeno de Internet nos puso al día de las técnicas más utilizadas, pero aún lo veíamos como algo lejano, y sólo los más intrépidos buscaron información, más para enriquecer sus conocimientos, que por motivos de utilidad. Sin embargo, el 11 de marzo de 2004, todo cambió. A partir de ese día, un buen número de profesionales de la psicología educativa comenzaron a preguntarse qué podían hacer ellos para tratar de ayudar a todos aquellos niños y niñas que habían vivido de manera directa o indirecta el terrible suceso. Es decir, que empezaron a sentirse como yo: ciegos y con un palo entre las manos.

La experiencia demuestra que es distinta la influencia de un mismo hecho traumático en los niños y niñas de diferentes edades. Hay también otros factores influyentes, como la predisposición, y quizá otras muchas variables que pueden llegar a escapársenos. Por eso, algunos niños llegan a desarrollar síntomas neuróticos o depresivos,

y hay otros, sin embargo, a los que parece no afectarles.

En términos generales, se puede afirmar que en edades anteriores a los once años, la incidencia es mucho mayor que si el hecho traumático se produce después de esta edad. Liz. B. T. et al. (1990) apuntan que la relación es de tres a uno, aunque no podemos afirmar ni negar tal cosa. Sí hemos confirmado, sin embargo, que los padres tienden a subestimar la intensidad y duración de las situaciones estresantes de sus hijos, cosa que los psicólogos educativos podemos observar en nuestra labor cotidiana, y no sólo en este sentido, sino también en lo referente a otros temas, tales como la personalidad, inteligencia, etc.

Es aconsejable que la intervención con niños sea lo más rápida posible después de haberse producido el hecho traumático, pero no preguntando de manera directa, porque uno de los aspectos que más favorecen la desaparición de los síntomas es el alejamiento de las ideas persistentes, y al hacerlo de este modo, podríamos, no sólo no alejarlas, sino además, generarlas. Dejar pasar el tiempo, sin embargo, sólo va a conducirnos a que el impacto psicológico del hecho sea mayor.

El manual DSM-IV (1995) dedica un espacio considerable a describir el TEPT, y hace alusión directa a los niños, sólo cuando habla de los criterios para el diagnóstico de (textualmente) F43.1 Trastorno por estrés postraumático [309.81]. En resumen, los problemas más comunes generados, son el duelo, la depresión, la conducta agresiva y desafiante, algunos síntomas físicos, como la enuresis nocturna, baja de la auto-estima y dificultades académicas y sociales.

REACCIONES DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES FRENTE AL TEPT

En cuanto a las posibles reacciones de los niños frente al TEPT, cabe destacar que éstas se pueden producir entre las primeras semanas y hasta los primeros meses de acontecido el suceso, y que su pronóstico está en función de la gravedad, teniendo peor pronóstico los síntomas moderados y severos. La característica más común es el MIEDO. Un miedo con mayúsculas, a que pueda producirse de nuevo la situación traumática o a cualquier otra situación que guarde una cierta similitud con ella. También hay tensión y ansiedad por sentirse seguros ellos mismos y los demás. Los más pequeños tienden a un mayor apego, incluso exagerado, hacia el adulto, y los de mayor edad, pueden tener falta de seguridad ante cualquier sensación de vulnerabilidad.

En la conducta, también se aprecian cambios. Así, puede haber un incremento del nivel de actividad, un descenso del nivel de atención y concentración, lo cual va a conducir al decremento de rendimiento escolar, brotes de agresividad, incluidas las rabietas de los más pequeños, tartamudez, y aumento de irritabilidad con sus amigos, familiares, adultos y determinadas situaciones o eventos.

El sueño y el apetito tampoco están exentos de sufrir alteraciones. En cuanto al primero, lo normal es que haya dificultades al ir a dormir, otras formas de insomnio e incluso, episodios de sonambulismo (disomnias). Los más pequeños pueden sufrir pesadillas y terrores nocturnos (parasomnias). El apetito suele disminuir, o centrarse en algún

tipo específico de alimento (chocolate, golosinas, etc.)

El aspecto emocional se caracteriza, además de por el miedo, por episodios más o menos duraderos de tristeza y enfado, y hay un aumento de su sensibilidad y reacciones ante ruidos fuertes, tales como aviones, sirenas, truenos, etc.

Los niños y niñas de Educación Infantil y los del Primer Ciclo de Educación Primaria, pueden manifestar conductas regresivas, tales como chuparse el dedo, mojar la cama, hablar como un bebé o manifestar rabietas (van der Kolk y Fisler, 1993). Los de ciclos superiores, ESO, e incluso Bachillerato, tienden a mostrarse menos sociables con los compañeros, y comenzar periodos de absentismo escolar. No es tampoco raro que los más mayores se escuden en el consumo de estupefacientes y otros tipos de drogas.

En resumen, diremos que cuando un alumno se ha visto sometido a alguna situación potencialmente estresante o ansiógena, y que repetimos, no tiene por qué haberla vivido de manera directa, ni tampoco tiene que haber sido un hecho traumático semejante al acontecido en Madrid el 11M, no es difícil observar en él una serie de conductas que anteriormente no manifestaba. Nuestra labor como profesionales de la psicología educativa va a resultar de suma importancia para evitar que ese hecho traumático produzca unas secuelas de difícil curación.

ALTERACIONES FÍSICAS

Bobes, J. y colaboradores (2003)

apuntan que acontecimientos traumáticos puede modificar al individuo a nivel biológico, psicológico y social. Los dos últimos tipos de modificación son los que hemos apuntado con anterioridad, pero ¿qué ocurre a nivel fisiológico? Estos investigadores trabajaron con sujetos expuestos, no ya a situaciones de fuerte tensión generalizada, sino con algo, por desgracia, mucho más cotidiano y cercano, quizá demasiado: los accidentes de tráfico. También hay otras muchas investigaciones referidas a posibles alteraciones importantes del funcionamiento cerebral, la mayor parte de las cuales se iniciaron, como ya he dicho, al terminar la Guerra de Vietnam, con soldados que habían sufrido hechos traumáticos importantes. Sin embargo, en los últimos tiempos, han ido apareciendo otros trabajos en población civil, como muestran los de Ruiz Solís, Mingote, Gozalo y colab. (2000). Estos autores, mediante la técnica de neuroimagen con SPECT cerebral, estudiaron 23 casos de trastorno de estrés postraumático y 11 sujetos como control. Hicieron a ambos grupos dos exámenes: uno en condiciones basales (sin activación psicológica) y otro mediante la activación psicológica producida con el recuerdo de la situación traumática. Encontraron diferencias significativas entre los dos grupos (el de trastorno de estrés postraumático y el control) tanto en condiciones basales (sin activación) como cuando eran activados. Comparando las medias de las diferencias en el grupo control entre condición basal y condición de activación, sus hallazgos muestran que tras la activación hay incremento del metabolismo y del flujo cerebral en todas las regiones cerebrales, siendo estadísticamente significativo el incremento en la región medial temporal izquierda, temporal derecha,

occipital y frontal superior izquierda. Por el contrario, en el grupo con trastorno de estrés postraumático, en condiciones de activación, hay una disminución del metabolismo y del flujo cerebral en todas las regiones cerebrales, excepto en la zona occipital. Estos resultados van en contra de lo que intuitivamente, y en un "a priori", se podría pensar, que los que sufren de trastorno de estrés postraumático, al recordar la condición precipitante, aumentarían su flujo sanguíneo y metabolismo cerebral. Por lo demás, una vez que se ha disparado el conjunto de síntomas, las modificaciones neuronales son las sobradamente estudiadas y referidas a la ansiedad, la depresión, y a cualquier otra de las alteraciones conocidas.

En este sentido, cabe añadir que si las alteraciones biológicas pueden ser controladas, sería sencillo atajar el problema mediante los fármacos adecuados (Newport DJ, Nemeroff CB. 2000) Sin embargo, si bien es cierto que esto es así, no se puede hablar de ningún fármaco, ya sea específico o de ámbito general, que sea capaz de sanar a un sujeto, ya sea niño o adulto, que padece un TEPT. Esto quiere decir que a pesar de que hay multitud de fármacos en el mercado, éstos no sirven para curar el TEPT, sino sus secuelas posteriores, y que, en definitiva, en la actualidad no se conoce mejor terapia que la psicológica, y dentro de ésta, aunque lo mejor es adaptarse a las circunstancias, conforme apunta Puchol Esparza en un artículo publicado en Internet, cuya dirección anotamos en las referencias bibliográficas por su interés, nuestro criterio es que el mejor enfoque es, sin duda, el psicoeducativo dirigido a las familias, pues es aquí donde se generan el mayor número de situaciones potencialmente

estresantes, cuando se ha producido un hecho traumático que ha afectado a uno o varios de sus miembros.

ACTUACIÓN DESDE EL CENTRO EDUCATIVO

Las notas que apuntamos en la página WEB del COP de Madrid, son los comportamientos más elementales e inmediatos, y de hecho, quizá lo más útil que se puede hacer en un caso de emergencia como el que se nos planteó a raíz del 11M:

a) De manera inmediata conviene enseñar a los niños y niñas a relajarse, y a modificar sus pensamientos negativos por otros positivos. Esta es una técnica sumamente eficaz, pero a la vez, difícil de aplicar, ya que los pensamientos irracionales, en su calidad de automáticos, son persistentes y difíciles de apartar. Por tanto, una técnica auxiliar es la de pensar en una señal de STOP, que podemos mostrar a los niños, para ayudarles a interiorizarla. Así, una vez que están pensando en la señal, están desechando la idea recurrente. En cuanto a la relajación, podemos inducirles cogiendo su mano, lo cual les va a tranquilizar y a facilitar que se relajen.

b) Deben expresar sus sentimientos y opiniones sin tragárselos. Esta técnica está basada en el aprovechamiento de la palabra para facilitar la acción de Luria, y se utiliza en muchas terapias de origen centroeuropeo. J. Ramírez, (1992), alude al método Pető, de Budapest. Es algo lógico que un niño, o incluso un adulto, tenga necesidad de expresar sus sentimientos y emociones más ínti-

mas, en un caso de necesidad, y en realidad, es lo que hacen las personas de religiosidad arraigada cuando le expresan al sacerdote sus "pecados" como método de auto-liberación.

c) Es importante que se utilicen técnicas encaminadas a desviar su pensamiento hacia aspectos más constructivos o de distracción: jugar, realizar ejercicio físico o apuntarle a algún deporte de equipo puede ser una solución ideal. Esta técnica está en estrecha consonancia con la primera que hemos apuntado, pero se diferencia en la no contingencia con los hechos traumatizantes. Si en un primer momento era importante desviar sus ideas recurrentes, ahora no lo es menos, pero si bien en el primer momento es casi de todo punto imposible conseguir que el niño juegue o se distraiga de manera más o menos prolongada, ahora sí está en mejores condiciones para conseguirlo.

d) Una característica bastante común es el culparse a sí mismos del desastre o de la pérdida de los seres queridos. Es pues importante enseñarle a que no lo haga. De nuevo nos encontramos con otra técnica dirigida, es decir, que a pesar de que la incidencia del pensamiento les va a llevar a ese sentimiento de culpa, nuestra labor como educadores consiste en instruirle en habilidades de afrontamiento. Curiosamente, el pensamiento vigotskiano tiene mucho que decir en este sentido, pues si bien es cierto que en un primer momento se trataría de un aprendizaje instruido, más adelante, será el propio niño quien, en el ámbito de sus propios compañeros, confronte y refuerce el aprendizaje conforme a la zona próxima de desarrollo (ZPD). Los niños más pequeños, es decir, los de E. Infantil y Primer ciclo de E. Primaria, aún no

han desarrollado las habilidades de afrontamiento (coping skills), por lo tanto, la dependencia del adulto en este sentido es total. Más adelante haremos una revisión algo más detallada acerca de nuestra labor en las diferentes edades evolutivas.

e) Aunque las diferentes cadenas de televisión y medios informativos deban cubrir la información, es importante que los niños y niñas permanezcan alejados de los mismos cuando repitan de manera incesante imágenes relacionadas con los hechos traumáticos. (En concreto hablábamos del 11M, pues el machaqueo de imágenes era continuo, igual que ocurrió el 11S con aquellos aviones estrellándose una y otra vez contra las Torres Gemelas). Este punto, dada su evidencia, requiere muy poca explicación. Sencillamente, el revivir las imágenes de un accidente de tráfico, en el que un niño haya perdido a su padre, o madre, y él haya salido ileso, destruye de manera directa todos los avances que hayamos podido conseguir, por lo tanto, es mejor que no lo vean. Y si esto es así, qué ocurrirá con imágenes tan atroces como las de los vagones atestados de gente herida...

EL DEBRIEFING EN LA POBLACIÓN INFANTIL

Aunque no esté escrito en ninguno de los epígrafes de la página web, hay una técnica de la que se ha hablado mucho y hasta han corrido ríos de tinta, y que a nuestro entender, no solo no es útil con niños ni adolescentes, sino que muy al contrario, puede resultar muy negativa, en especial si se aplica antes de las 48 horas de ocurrido el hecho traumático. Se trata de la conocida

como “*Debriefing*”. Como quiera que hay cierta confusión en cuanto al contenido y desarrollo de las sesiones de debriefing, vamos a pasar a describir someramente la técnica para poner sobre alerta a los compañeros y compañeras que pudieran, por desconocimiento, ponerla en práctica con los sujetos apuntados. En nuestra práctica profesional tuvimos ocasión de comprobar lo dicho, cuando en el año 1986, dos alumnos de 2º de BUP (el actual 4º de la ESO) fallecieron tras un accidente de motocicleta. De manera natural, en absoluto guiada, varios de sus amigos más allegados vinieron al despacho y se fueron sentando alrededor de la mesa. Curiosamente, dos de ellos, que estaban presentes cuando ocurrió el accidente, y que prácticamente los vieron morir, fueron los primeros en hablar. En aquel momento, no teníamos noticia de la existencia de la técnica como tal, por lo que nuestro desconocimiento de lo que podría ocurrir allí era absoluto, y sin embargo, parecía lógico que dejáramos expresarse a aquellos alumnos con completa libertad. Allí afloraron sentimientos de todo tipo, pero el sentimiento más común fue el de autoinculparse por lo ocurrido: “Si no hubiéramos ido...” “Si Juan no se hubiera subido de paquete, pero yo no les dije nada...” “Fue culpa mía, porque me enfadé con José (con el que salía) y por eso corrió tanto...” A pesar de nuestra insistencia en que ninguno de ellos era culpable de nada, y que era mejor recordarles como eran en vida, poco a poco, la cosa se fue complicando y en definitiva, varios meses después de acontecido el accidente, casi todos ellos desarrollaron síntomas de TEPT, y en el pupitre de los dos fallecidos, nadie fue capaz de sentarse durante todo el resto del curso. En pocas palabras, aquello que fue lo más parecido a una sesión de

debriefing, no sirvió para nada. Más adelante tuve ocasión de contrastar mi experiencia con la de otros compañeros a los que les ocurrió algo parecido. Trataré, no obstante, de exponer en qué consiste y qué es lo que persigue.

El Debriefing, es una técnica grupal estructurada, propuesta inicialmente por J. T. Mitchell (1983) Se trata de un modelo de ayuda a las personas que intervienen, a elaborar los acontecimientos y experiencias vividas en una situación traumática.

El propósito se basa en los siguientes objetivos:

1. Aliviar el estrés.
2. Generar un contexto donde se pueda expresar lo vivido.
3. Favorecer el apoyo intragrupal de los que han vivido la situación.
4. Prevenir posibles secuelas psicopatológicas.
5. Normalizar sus reacciones, evitando que se sientan diferentes al resto del grupo.
6. Detectar a las personas más afectadas, para ayudarlas.

Conforme a esta descripción de objetivos, la técnica debería ser, en efecto, eficaz. Sin embargo, el hecho de manifestar libremente los sentimientos, sin deseárselo, contagia al resto del grupo, de manera que si alguno no estaba afectado, puede llegar a estarlo en un futuro. Por otra parte, cuando hablamos de niños, es raro que ninguno de

ellos quiera hablar, es decir, de expresar cuanto más, mejor. Y lo que en principio parece una terapia de grupo, se convierte en un juego donde los más perjudicados, profundizan aún más en sus sentimientos y emociones. Por otra parte, algo primordial para formar un grupo (que debe constar de entre 5 y 20 personas) es la voluntariedad, cosa que entre los niños afectados resulta complicada, pues los que menos se van a ofrecer, van a ser, casi con toda seguridad, los más necesitados.

En cuanto a las fases, son las siguientes:

a) Introducción, en la que se sentarán las bases, se presentarán los miembros del grupo, etc.

b) Relato de los hechos. ¿Qué fue lo que ocurrió? ¿Cómo lo recuerdas? ¿qué personas, cosas, sonidos... recuerdas?

c) Reacciones. Aquí se trata de exponer los sentimientos e ideas que afectan a los sujetos, y en qué medida lo hacen. Se trata del momento más importante de la sesión.

d) Normalización y educación. Se deduce de la anterior, ya que, una vez que disponemos de todos los sentimientos, emociones e ideas, debemos normalizarlas y proporcionar las herramientas adecuadas para que los sujetos puedan afrontar la situación.

e) Disolución del grupo.

f) Seguimiento. Pasadas tres o cuatro semanas, debemos reunir de nuevo al

grupo para analizar cómo evoluciona cada una de las personas que intervienen.

En un centro escolar, es difícil disolver un grupo de estas características, y conforme al último paso, lo que veremos es que aquellos que necesitan ayuda, la van a tener que buscar fuera del ámbito escolar, y los que no, será porque no tienen necesidad de ello, es decir, que en el mejor de los casos, se puede pensar en una remisión espontánea.

ADECUACIÓN DE LA ACTUACIÓN CONFORME A LA EDAD EVOLUTIVA

Edad Preescolar y Educación Infantil 1

1. Conforme hemos venido apuntando a lo largo del artículo, los niños de edad preescolar no disponen de los mecanismos necesarios para afrontar hechos de este tipo, por lo tanto es importante adiestrar a los padres o adultos cercanos en éste tipo de habilidades para que ellos, a su vez, se las vayan incorporando a los niños.

2. También es importante que la dinámica familiar vuelva cuanto antes a su rutina.

3. En los primeros momentos, los niños y niñas van a demandar un gran cariño y apego. Aunque no debe prolongarse demasiado en el tiempo, debemos darle pequeños "vicios", tales como dejarles dormir en nuestra habitación, o proporcionarle, al menos, algo de confort y seguridad extra.

4. Jugar con ellos de manera directa,

también les va a proporcionar una gran seguridad.

5. Por último, una técnica que aporta buenos resultados consiste en contarles cuentos (Morales, G. y Gallego, L.M. 1998, rev. 2001). En especial, los que tienen como referencia el sentimiento de seguridad en sí mismos (Rhue y Lynn, 1993), pues ayudan a proveer sugerencias para la integridad del cuerpo y la buena salud. En nuestro caso, hemos utilizado varios cuentos escritos por el autor con resultados más que favorables (J. Ramírez 1999).

E. Infantil 2 y 3, y 1º y 2º Ciclos E. Primaria

1. Aunque en esta edad (llamada la de los bocaballos porque los niños parece que van adquiriendo una mayor independencia), solemos dejarlos que vayan un poco a su libre albedrío, es importante prestarles una mayor atención y consideración.

2. Debemos marcar límites no demasiado estrictos, pero sí ser severos en su cumplimiento, para ir reforzando sus conductas de seguridad.

3. A pesar de que nos resulte pesado, debemos escuchar las veces que haga falta el relato de la experiencia traumática del niño, tratando de comprenderlo y encaminándole poco a poco a que vaya dejándolo en un segundo plano.

4. Fomentar expresiones que hagan aflorar pensamientos y emociones durante los juegos y conversaciones. Así conseguiremos

el efecto deseado de que no se los “trague” para sí mismo.

5. Encomendarle pequeñas tareas y actividades en casa que no resultes demasiado incómodas o tediosas. El objetivo es que modifique sus estrategias de pensamiento.

6. Practicar algunas medidas de salvamento, siempre enfocadas como juego, para tratar de evitar futuros incidentes. Esta actividad es recomendable en determinados tipos de acontecimientos, aunque en la mayor parte de los casos va a resultar vana.

7. Si el niño desea seguir hablando de ello, es mejor que haga pequeñas redacciones acerca de cómo la gente se ayudaba entre sí, los unos a los otros.

Preadolescentes y adolescentes

1. Esta edad viene determinada por el ámbito social. Es decir, los chicos y chicas sienten un apego especial por el grupo de amigos, por lo que es muy normal, que simplemente con que uno de ellos haya sufrido un hecho traumático, éste transgreda el ámbito individual para transmitirse a todo el grupo, por lo tanto, es mejor el trabajo individual para evitar lo apuntado en el debriefing.

2. Algunos chicos y chicas se comportan como si nada hubiera ocurrido. En estos casos es mejor hacer un seguimiento observacional (preguntar a los tutores/as, padres, etc.) tanto en el aula, como fuera de ella, así como en el ámbito familiar. Es posible que esa negación del hecho aflore en momentos muy posteriores.

3. Es preciso convencerlos de que, aunque les parezca que su vida ha dado un giro del que no van a poder salir, la vida continúa, y pronto todo volverá a ser normal.

4. A estas edades les suele gustar más hablar entre ellos, pero eso no les va a conducir más que a remover sus heridas, por lo tanto, si no gozamos de su confianza como orientadores, debemos animarles a que hablen de ello con su tutor o con cualquier otro adulto que pueda ser dirigido por nosotros. Lo ideal, no obstante, es que lo hagan de manera directa con nosotros mismos.

5. Las reacciones de “llamar la atención” son muy comunes, y tan negativo es dejar que lo haga a su libre albedrío, como tratar de cortarles las alas. Razonar con ellos es una buena medida, y si es preciso, debemos marcar los límites necesarios.

CONCLUSIONES

Aunque no nos hayamos parado a pensar en ello, el TEPT es algo cercano a nuestra labor cotidiana, pues es muy difícil, por no decir imposible, que en un colectivo como es el del colegio o el de los centros de educación secundaria (IES), no se produzcan acontecimientos que en mayor o menor medida afecten al alumnado. Por citar algunos ejemplos: los accidentes de tráfico, los vasculares, el fallecimiento de algún amigo, etc. es decir, algo que por desgracia ocurre casi todos los cursos, van a determinar el futuro inmediato de los alumnos, aunque ellos no se hayan visto afectados de manera directa, y es normal que manifiesten alguno de los síntomas descritos por el DSM-IV, y

desarrollados a lo largo del presente artículo. Si esto es así, habría que analizar con mayor detalle las secuelas de otros acontecimientos, por fortuna algo menos cotidiano, como las violaciones o abusos sexuales a menores, atracos, etc. y por supuesto, los desastres de gran alcance como terremotos, inundaciones y ataques terroristas como el del 11-M

En todos estos casos, nuestra labor como psicólogos educativos va a ser primordial, pues, querámoslo o no, vamos a ser el punto de referencia al que van a acudir los alumnos, sus familias y los profesores. Por tal motivo, es necesario que tengamos conocimiento de las actuaciones más favorecedoras, así como las que, la experiencia de otros profesionales, han marcado como menos eficaces, e incluso inadecuadas.

Nuestro deseo es que nunca necesitemos aplicar ninguna de las técnicas descritas, pero como parece un deseo inalcanzable, creemos necesario, desde nuestra perspectiva de Sección de Psicología Educativa del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, o en otras palabras, como representantes legítimos de nuestra profesión, aportar las herramientas adecuadas para poder afrontar una misión que nos ha sido encomendada, aunque nosotros no hayamos tenido el menor deseo de cumplir. Si estas líneas resultan de ayuda a cualquiera de nuestros compañeros y compañeras, nos daremos por sobradamente satisfechos.

BIBLIOGRAFÍA

Bobes, J., Bousoño, M.V., Calcedo Barba, A., González García-Portilla, M.P. (2003) *Trastornos del estrés postraumático*

Linz. B. T. et al (1980). *Decision making guidelines for the use of Direct Therapeutic Exposure in the treatment of post-traumatic stress disorder*. The Behaviour Therapist, 13, 91-93.

Mitchel J. T. (1983), *When a disaster strikes... the critical incident stress debriefing process*. J. Emerg Med Serv 8 (1): 36-39

Morales, G. y Gallego L.M. *Hipnosis y estrés postraumático*. Revista Enginy, del Col.legi Oficial de Psicòlegs de Balears, Noviembre 1998, revisión de 2001.

Newport DJ , Nemeroff CB. (2000). *Neurobiología del trastorno por estrés postraumático*. Current opinion in neurology 10. 211-218.

Puchol Esparza, D. *Trastorno por estrés postraumático: Conceptualización, evaluación y tratamiento*. Artículo publicado en Psicología Online, <http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/16/>

Ramirez J. (1992) *Cómo potenciar las capacidades de nuestro hijo recién nacido* CEPE.

Ramírez, J. (1999) *Rosa, Yasmín y Azucena El gorrión y el faisán, El Alcalde de Rifi-Rafe*. Colección Cuentos Didácticos, Ed. Añil. Madrid.

Rhue, J. W. y Lynn S. J. (1993). *Hypnosis and storytelling in The treatment of child sexual abuse: strategies and procedures*. Handbook of Clinical Hypnosis, 21, (pp. 455-474). Washington: APA.

Ruiz Solís, S., Mingote, C., Gozalo, A., y colab. (2000). *Aproximación neurobiológica al trastorno de estrés postraumático*. Archivos de Psiquiatría, vol. 63, No. 3, p. 221-240

Van der Kolk B. A., Fisler R. E. (1993). *Bases biológicas del estrés postraumático*. Clínicas de atención primaria. Violencia

familiar y relaciones abusivas. Vol. 2, 491-500. Madrid. McGraw-Hill. Interamericana de España.

Varios Autores (1995). *DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson S.A. (American Psychiatric Association. Washington D.C.).