

CURS SOBRE LA PROTECCIÓ I L'ASSISTÈNCIA A LES VÍCTIMES

Codi 2006/468

Dates: 19,22 i 26 de setembre de 2006

2 i 3 d'octubre de 2006

Matèria: ¿Cómo reaccionar ante situaciones traumáticas? Las necesidades de los profesionales que prestan apoyo a las víctimas

¿Cómo reaccionar ante situaciones traumáticas? Las necesidades de los profesionales que prestan apoyo a las víctimas

Antonio Ceverino Domínguez.
Psiquiatra. Instituto de Victimología.

1. Introducción: victimología

La victimología es una rama de la criminología que estudia las consecuencias de las agresiones que un ser humano sufre a manos de otro. No obstante, en un sentido más amplio, se habla también de víctimas de catástrofes naturales, de accidentes o de cualquier otro daño ejercido desde el exterior del sujeto que lo padece. La victimología se ha desarrollado en las últimas décadas hacia un mayor interés por las consecuencias persistentes del trauma y, sobre todo, por la mayor importancia relativa de las repercusiones psíquicas sobre las secuelas puramente físicas.

Dentro del concepto general de víctima, es necesario distinguir las víctimas directas –que designan a los sujetos expuestos directamente al evento traumático– de las víctimas indirectas –constituidas por las personas que han sido testigos directos del trauma sin haber sido, a pesar de ello, afectados personalmente–. Las víctimas indirectas pueden tener grados diferentes de relación con la víctima directa; así, pueden ser familiares, amigos o vecinos o pueden estar implicados profesionalmente en el acontecimiento (policías, bomberos, personal sanitario o de emergencias, etc). Aunque se pensaba que la repercusión del acontecimiento traumático es menor en las víctimas indirectas sin relación estrecha con la víctima directa (bien por parentesco, bien por amistad) y que los profesionales implicados en el acontecimiento se encontraban en cierta forma protegidos precisamente por su identidad profesional, la experiencia de las recientes catástrofes han puesto en cuestión estas hipótesis¹.

La afectación de las personas que entran en contacto con la víctima y que pueden experimentar trastornos emocionales y ser víctimas indirectas y secundarias del trauma se denomina “traumatización secundaria”², e ilustra una de las características fundamentales del trauma, que es su “contagiosidad”³.

Otro elemento que tiene una relevancia notable en la profundidad y la evolución del impacto psicotraumático es la “victimización secundaria”. Este término fue acuñado por Khüne⁴ para referirse a todas las agresiones psíquicas (no deliberadas pero efectivas) que la víctima recibe en su relación con los profesionales de los servicios sanitarios, policiales, o de la judicatura (interrogatorios, reconstrucción de los hechos, asistencia a juicios, identificaciones de acusados, lentitud y demora de los procesos, etc), y resulta especialmente destacable en el caso de las víctimas de violaciones o agresiones sexuales⁵.

Factores asociados al desarrollo de alteraciones postraumáticas

Tres factores se asocian con el desarrollo de alteraciones psicotraumáticas: por una parte, el grado y la magnitud del trauma^{6,7}, y por otro, las características del individuo que lo ha experimentado y los factores relacionados con el contexto. Para muchos autores, es el primero, la naturaleza e intensidad del acontecimiento traumático la determinante más significativa de la patología posterior al estrés⁸, sobre todo en el caso de aquellos eventos que suponen una amenaza inmediata para la vida del sujeto, aquellos que tienen un comienzo súbito e inesperado, toman al individuo por sorpresa y sin preparación para

¹ Baca E, Cabanas ML, Baca-García E. El proyecto Fénix: un estudio sobre las víctimas del terrorismo en España. Resultados preliminares. En: Baca E, Cabanas ML (eds). Las víctimas de la violencia. Madrid: Estudios psicopatológicos. Triacastela. Instituto de Victimología. Fundación Archivos de Neurobiología, 2003, 139-185.

² Sánchez A. La evaluación psiquiátrica de las víctimas. En: Baca E, Cabanas ML (eds). Las víctimas de la violencia. Madrid: Estudios psicopatológicos. Triacastela. Instituto de Victimología. Fundación Archivos de Neurobiología, 2003, 1117-38.

³ Terr LC. Family anxiety after traumatic events. J Clin Psychiatr 1989;50:15-9.

⁴ Kühne HH. Kriminologie: Victimologie der Notzucht. Juristische Schulung 1986;5:388-94.

⁵ Baca E, Cabanas ML, Baca-García E. El proyecto Fénix: un estudio sobre las víctimas del terrorismo en España. Resultados preliminares. En: Baca E, Cabanas ML (eds). Las víctimas de la violencia. Madrid: Estudios psicopatológicos. Triacastela. Instituto de Victimología. Fundación Archivos de Neurobiología, 2003, 139-185.

⁶ Abenheim L, Dab W, Salmi LR. Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987). J Clin Epidemiol 1992;54:103-9.

⁷ Tucker P, Pfefferbaum B, Nixon SJ, Dickson W. Predictor of post-traumatic stress symptoms in Oklahoma City: exposure, social support, peri-traumatic responses. J Behav Health Serv Res 2000;27(4):406-16.

⁸ Leopold RL, Dillon H. Psychoanatomy of a disaster: A long term study of post-traumatic neuroses in survivors of a marine explosion. Am J Psychiatr 1963;119:913-21.

afrontarlos, se presentan en forma de violencia ejercida sobre el sujeto y conllevan pérdidas de algún tipo (incluidas las pérdidas materiales)⁹.

Por otro lado, frente a estos enfoques que enfatizan el papel del traumatismo en la patología, los modelos multifactoriales consideran las características del trauma, del individuo y los factores contextuales^{10,11}. Otras investigaciones han demostrado que la cohesión del grupo, la identidad comunitaria fuerte, las actitudes de simpatía y cooperación entre los miembros de la comunidad, y el mantenimiento del lugar de residencia en las mismas localidades y hogares afectados, actúan como factores de refuerzo y protectores del desarrollo de alteraciones psicopatológicas. Estos trabajos han enfatizado la importancia de las intervenciones precoces, incluidas las intervenciones en salud mental¹².

Un gran número de estudios se han referido a distintos factores personales de riesgo para el desarrollo de alteraciones psicotraumáticas, y han enfatizado el mayor riesgo asociado al sexo femenino, la edad más avanzada, los antecedentes psiquiátricos familiares, el neuroticismo y la introversión, la exposición previa a otros eventos traumáticos, la sobrecarga de acontecimientos vitales adversos tras el evento traumático (donde se incluyen las disrupciones familiares, las pérdidas, los desplazamientos, el apoyo social inadecuado, etc) y los estilos evitativos de afrontamiento.

Desde esta perspectiva distintas variables mediadoras como las características del suceso, variables individuales o el apoyo social influirían en la percepción del suceso estresante o en la sensibilidad particular a éste. Estos factores mantienen una relación recíproca entre ellos, es decir, cuanto más severa sea la situación traumática menos impacto tendrán las características individuales y sociales en determinar la naturaleza de la respuesta¹³.

Publicaciones recientes destacan que la variable que mejor predecía la aparición de TEPT era el haber vivido con elevada ansiedad el evento traumático, siendo víctima o testigo directo del mismo. Por el contrario, otros trabajos muestran que si bien a corto plazo los niveles de salud mental son peores en los individuos más directamente afectados por el evento traumático, según pasa el tiempo, por efecto del estrés crónico, se equiparan todos los grupos de afectados (tanto víctimas directas como familiares de las mismas, que no presenciaron el trauma).

2. Algunas profesiones predispuestas

Los profesionales implicados en las tareas de rescate y apoyo de supervivientes están doblemente predispuestos a desarrollar distrés psicológico, por estar sometidos tanto al impacto del propio acontecimiento traumático como al estrés derivado de sus funciones^{14,15}. Debido a esa exposición a la amenaza y al riesgo de muerte, los profesionales del rescate pueden llegar a convertirse en auténticas víctimas ocultas^{16,17,18} y deben ser objeto de una particular atención.

Reacciones psicológicas de los profesionales

Siguiendo a Antonio Sánchez (Psiquiatra del INPSI de Madrid y colaborador habitual del Instituto de Victimología), se pueden clasificar las reacciones psicológicas más habituales de los profesionales que entran en contacto con víctimas de eventos traumáticos:

Sobreimplicación y rechazo.

Entre estos dos extremos oscilarán las actuaciones de los profesionales ante las víctimas, siempre con una peligrosa tendencia a colocarse en uno de ellos o dar un tremendo giro de uno a otro. Resulta obvio que el rechazo, en las múltiples formas en que se puede realizar, será dañino para la víctima; quizás, por no resultar tan claro es más necesario reparar en los peligros que surgen del acercamiento

⁹ Sowder BJ. Disasters and mental health. En: Selected Contemporary Perspectives. 1985. National Institute of Mental Health.

¹⁰ Green BL, Wilson JP, Lindy JD. Conceptualizing post-traumatic stress disorder. A psychosocial framework. En: Figley, CR, editor. Trauma and its Wake: The Study and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder. Nueva York: Brunnel-Mazel; 1985.p.53-69.

¹¹ Horowitz MJ, Weiss DS, Marmar C. Commentary: diagnosis of post-traumatic stress disorder. J Nerv Ment Dis 1987;175:167-8.

¹² Ursano RJ, Fullerton CS, Norwood AE. Psychiatric dimensions of disaster: patient care, community consultation, and preventive medicine. Harvard Rev. Psychiatry 1995; 3: 196-209.

¹³ Breslau N, Davis GC. Post-traumatic stress disorder. The stressor criterion. J Nerv Ment Dis 1987; 175:255-64.

¹⁴ Raphael B, Singh B, Branbury L, Lambert F. Who helps the helpers: The effect of a disaster on the rescue workers. Omega 1983-84;14: 9-20.

¹⁵ Weiss DS, Marmar CR, Metzler TJ, Ronfeldt HM. Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. J Consult Clin Psychol 1995;63: 361-368.

¹⁶ Dyregrov A, Kristoffersen JI, Gjestad R. Voluntary and professional disaster-workers: Similarities and differences in reactions. J Trauma Stress 1996;9: 541-555.

¹⁷ Fullerton CS, McCarroll JE, Ursano RJ, Wright KM. Psychological responses of rescue workers: Firefighters and trauma. Am J Orthopsychiatry 1992;62: 371-378.

¹⁸ Wagner D, Heinrichs M, Ehler U. Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. Am J Psychiatry 1998;155: 1727-1732.

excesivo, de la sobreidentificación y, por tanto, de la implicación que sobrepasa los límites de la actuación profesional.

Nos movemos en un campo en el que la neutralidad resulta especialmente dificultosa; asumir que la equidistancia es imposible nos puede ayudar a mantenernos en nuestra posición de profesionales. La víctima necesita partidarios, amigos, personas especialmente cercanas e incluso incondicionales, pero a la vez y aun más difícil de encontrar que esto, necesita una ayuda profesional que le permita salir de la posición de víctima y pasar a ser alguien que ha sufrido un daño, tremendo en muchos casos; una ayuda que le permita desembarazarse de la continua reedición del trauma en que se ha convertido su vida. Es difícil, pero es imprescindible, lograr una actuación que, aunque inevitablemente mantendrá una tensión dialéctica entre el acercamiento y la distancia, tendrá que tratar de conseguir la presencia conjunta de una posición crítica que no sea devaluadora y una posición cercana que sea empática y comprensiva.

Negación.

Son múltiples los aspectos que son negados en relación con los traumas. Como señala Irwin Hoffman, es muy humana esta protección: “invertir y disfrutar de la vida significa, en cierta medida, evitar pensar en la muerte; implica vendarse los ojos, protegerse a través de un muro defensivo”. Las formas en que llevamos a cabo estas negaciones son muy variadas y, en algunos casos, extremas. Podemos pensar que lo que le ha ocurrido a la persona que atendemos no nos podría ocurrir a nosotros, o que al menos nuestra reacción sería totalmente distinta; el que seamos profesionales nos conferiría una barrera protectora en la que rebotarían los traumas y sus secuelas; de forma paralela colocamos a la víctima en un papel de indefensa, débil e incapaz, que secundariamente nos sirve para reforzar nuestra auto percepción como fuertes y capaces.

En ocasiones la magnitud de las atrocidades que se nos muestran nos lleva a pensar que sean imposibles, pensamos que son historias inventadas por las víctimas a quienes les atribuimos, sin más, una gran capacidad para fabular; siendo más generosos, no dudamos absolutamente de la historia que nos relatan pero pensamos que, de alguna forma, está siendo magnificada. Minimizamos el daño que se nos presenta y una de las formas de hacerlo es la frecuente atribución de actitudes rentistas, con una exhaustiva búsqueda de las ganancias secundarias.

Confusión entre nuestras necesidades y las de la víctima.

El desvalimiento de la víctima lleva aparejada una tendencia a pensar que no es capaz de hacerse cargo de su vida y que ignora qué es lo que necesita; se puede producir aquí un intento de traspasarle nuestra forma de entender el mundo confundiendo lo que son nuestras necesidades con las de ella. Podemos tratar de que lleve a cabo acciones o respuestas muy alejadas de sus capacidades, que únicamente responderán a nuestra urgencia por solucionar algo que nos resulta inasumible.

Cuando nos colocamos en el papel del rescatador incrementamos la indefensión de la víctima arrebatándole el control sobre su propia existencia, nos ubicamos en un rol en el que nosotros sí sabemos lo que la conviene. Impedimos así que construya el eje central sobre el que girará la integración del trauma y que es la recuperación del control de su vida.

Trastornos consecutivos al trauma.

Aunque pudiera parecer obvio es necesario señalar que los profesionales relacionados con las víctimas pueden padecer las mismas alteraciones psicopatológicas consecutivas a un trauma que cualquier otra persona.

En 1991, el terremoto de Taiwan, ocurrido mientras la mayor parte de la población dormía en sus casas, y que causó innumerables daños materiales, 2.405 víctimas mortales y 10.718 heridos, precisó una enérgica actuación de los servicios de emergencia. Chan y cols.¹⁹ seleccionaron una muestra de 120 bomberos de la ciudad de Taipei y realizaron una evaluación mediante cuestionarios 5 meses después del terremoto. Los resultados encontraron morbilidad psiquiátrica en el 16.7% de los encuestados. Un trabajo previo realizado en Alemania había encontrado que el 27% de los bomberos estudiados presentaba algún trastorno mental²⁰, y Lee y Yang²¹ informaron de una prevalencia del 11.5%.

Cuando Chang y cols. compararon los bomberos con trastornos mentales con aquellos que no los habían desarrollado, encontraron los siguientes factores de riesgo: la edad más avanzada, la mayor experiencia profesional en el puesto de trabajo, el estado civil casado, la mayor presencia de síntomas de intrusión y evitación tras el evento, el contacto más intenso con cadáveres o cuerpos humanos durante el rescate, y estrategias de afrontamiento como la confrontación, el distanciamiento emocional, el

¹⁹ Chang CM, Lee LC, Connor KM, Davidson JR, Jeffries K, Lai TJ. Posttraumatic distress and coping strategies among rescue workers after an earthquake. *J Nerv Ment Dis.* 2003 Jun;191(6):391-8.

²⁰ Wagner D, Heinrichs M, Ehlert U (1998) Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *Am J Psychiatry* 155: 1727-1732.

²¹ Lee CS, Yang YC. Screening for psychiatric morbidity using Chinese Health Questionnaire. *Taiwan J Psychiatry* 1997;11: 368-378.

autocontrol, la búsqueda de apoyo social, y las actitudes de escapismo/evitación (descritas como esfuerzos para evitar recuerdos mediante la frivolidad, la comida, la bebida, el tabaco, el uso de drogas o medicación o el sueño). Por el contrario, y de forma paradójica, los autores encontraron que los bomberos más jóvenes tenían menos morbilidad psiquiátrica y postraumática (lo que contrasta con otros estudios realizados en accidentes aéreos²², que destacaban que los sujetos con más riesgo eran más jóvenes). Los autores hipotizaron que los bomberos con más años de servicio habían estado más expuestos a situaciones traumáticas con anterioridad, y quizás síntomas residuales de estas experiencias pasadas predispusieron al desarrollo de trastornos psiquiátricos o postraumáticos más intensos tras el terremoto.

Mohr y cols.²³ sobre una muestra de 741 policías urbanos también alertan del riesgo incrementado de desarrollar alteraciones psicológicas, y encuentran que la relación entre síntomas de estrés postraumático y los problemas somáticos y de salud general que presentaban los policías estaba parcialmente mediada por las alteraciones del sueño que podían instaurarse tras el trauma.

Estrategias profesionales de prevención y afrontamiento

Algunos autores han sugerido algunas estrategias para prevenir en estas profesiones (sobre todo en policías y bomberos) predisuestas el desarrollo de alteraciones mentales tras los desastres^{24,25}. Existen diversas modalidades de intervención psicológica en crisis diseñadas para prevenir el desarrollo de distrés emocional relacionado con acontecimientos ambientales adversos en personas sanas. En general, todas ellas se componen de similares ingredientes terapéuticos: ventilación o exteriorización de las emociones en el contexto de un grupo de apoyo, normalización de las respuestas y los estilos de afrontamiento y psicoeducación acerca de las reacciones psicológicas posteriores al evento traumático. Chemtob y cols.²⁶ realizaron una intervención de estas características sobre dos grupos de profesionales que habían trabajado en el huracán Iniki en Hawái en 1992, obteniendo resultados muy positivos.

3. Los menores expuestos a desastres

Los estudios más recientes han enfatizado la gran variedad de respuestas psicológicas que pueden desarrollar los niños en respuesta a los eventos traumáticos, desde muestras con elevada prevalencia de ansiedad, depresión y TEPT hasta trabajos que encuentran un grado notable de resiliencia al estrés²⁷.

Las reacciones psicotraumáticas en los niños son muy variables^{28,29}, desde simples preocupaciones y problemas de memoria que se disipan con el tiempo y el apoyo emocional hasta casos más graves de menores severamente traumatizados o expuestos a experiencias traumáticas más crónicas.

Reacciones psicológicas en función de la edad

Las características de las reacciones psicotraumáticas agudas y tardías en niños dependen en parte de la edad del menor y del grado de madurez psicológica^{30,31}. Así los menores de 5 años pueden presentar conductas regresivas^{32,33} como enuresis nocturna, chupeteo del pulgar o miedo a la oscuridad, dificultades que pueden alcanzar mayor severidad si son separados de sus padres³⁴. En el periodo de latencia podemos encontrar problemas atencionales y deterioro del rendimiento escolar, ansiedad (que puede expresarse en forma de fobia escolar), quejas somáticas (sobre todo cefaleas y gastralgias), miedos

²² Epstein RS, Fullerton CS, Ursano RJ. Posttraumatic stress disorder following an air disaster: A prospective study. *Am J Psychiatry* 1998;155: 934-938.

²³ Mohr D, Vedantham K, Neylan T, Metzler TJ, Best S, Marmar CR. The mediating effects of sleep in the relationship between traumatic stress and health symptoms in urban police officers. *Psychosom Med.* 2003 May-Jun;65(3):485-9.

²⁴ Mitchell JT. The history, status and future of critical incident stress debriefings. *JEMS: J Emergency Med Services* 1988; 13: 47-52

²⁵ Raphael B: *When Disaster Strikes*. New York, Basic Books, 1986

²⁶ Chemtob CM, Tomas S, Law W, Cremniter D. Postdisaster Psychosocial Intervention: A Field Study of the Impact of Debriefing on Psychological Distress. *Am J Psychiatry* 1997; 154:415-417.

²⁷ Asarnow J, Glynn S, Pynoos RS, Nahum J, Guthrie D, Cantwell DP, Franklin B. When the earth stops shaking: earthquake sequelae among children diagnosed for pre-earthquake psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999 Aug;38(8):1016-23.

²⁸ Yehuda R, McFarlane AC, Shalev AY. Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biol Psychiatry* 1998;44:1305-1313

²⁹ Smith EM, North CS. Posttraumatic stress disorders in natural disasters and technological accidents. In: *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*, Wilson JP, Raphael B, eds. New York 1993: Plenum, pp 405-419

³⁰ Weisenberg M, Schwartzwald J, Waysman M, Solomon Z, Klingman A. Coping of school-age children in the sealed room during the Scud missile bombardment and postwar stress reactions. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:462-467

³¹ Terr LC. What happens to early memories of trauma? A study of twenty children under age five at the time of the documented traumatic events. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;27:96-104

³² Osofsky JD. The effects of exposure to violence on young children. *Am Psychol* 1995;50:782-788

³³ Davidson J, Smith R. Traumatic experiences in psychiatric outpatients. *J Trauma Stress* 1990;3:459-475

³⁴ Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991;148:10-20

irracional, problemas de sueño, pesadillas, irritabilidad y accesos de ira^{35,36}. En ocasiones puede encontrarse clínica depresiva o retraimiento^{37,38}. La respuesta psicotraumática de los adolescentes es más similar a la del adulto, e incluye pensamientos intrusivos, hipervigilancia, embotamiento emocional, conductas de evitación, pesadillas y otras alteraciones del sueño^{39,40}. En estas edades se encuentra además un riesgo incrementado de conductas adictivas^{41,42}, depresión, agresividad^{43,44}, conducta suicida⁴⁵ o delictiva y problemas de pareja⁴⁶. El trauma en ellos se asocia a menudo con intensos sentimientos de humillación e impotencia, vergüenza y culpa^{47,48}.

También han sido identificado otros problemas psiquiátricos en un amplio abanico de reacciones psicotraumáticas en los menores, incluyéndose la depresión, ansiedad, cambios en el humor, trastornos del sueño, ansiedad de separación y alteraciones de la conducta^{49,50}.

Factores que influyen en la gravedad de las alteraciones en menores

Entre los factores que condicionan la gravedad de la reacción psicotraumática en el menor hay que nombrar en primer lugar el grado de exposición a la situación de violencia, la duración de dicha exposición^{51,52} y si dicha exposición es directa o indirecta^{53,54}.

Para algunos autores la mayor exposición al evento traumático está relacionada con un mayor riesgo de desarrollar PTSD^{55,56}, y las heridas físicas o el ser testigo directo de las heridas o la muerte de otras personas incrementa no solo el riesgo de PTSD sino de ansiedad y depresión^{57,58}.

Por el contrario, algunos autores han alertado de los síntomas de ansiedad que presentan los niños expuestos de forma indirecta al trauma y de los efectos psicotraumáticos en menores de las imágenes difundidas por los medios de comunicación^{59,60}. La información televisada constituye una

³⁵ Terr LC, Bloch DA, Michel BA, Shi H, Reinhardt JA, Metayer S. Children's symptoms in the wake of Challenger: A field study of distant traumatic effects and an outline of related conditions. *Am J Psychiatry* 1999;156:1536-1544

³⁶ Nader K, Pynoos R, Fairbanks L, Frederick C. Children's reactions one year after a sniper attack at their school. *Am J Psychiatry* 1990;147:1526-1530

³⁷ Garbarino J. The experience of children in Kuwait: occupation, war and liberation. *Child Youth Fam Serv* 1991;Q 14:2-3

³⁸ Terr LC. Psychic trauma in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 1985;8:815-835

³⁹ Realmuto GM, Masten A, Carole LF, Hubbard J, Groteluschen A, Chhun B. Adolescent survivors of massive childhood trauma in Cambodia: life events and current symptoms. *J Trauma Stress* 1992;5:589-599

⁴⁰ Weisenberg M, Schwartzwald J, Waysman M, Solomon Z, Klingman A. Coping of school-age children in the sealed room during the Scud missile bombardment and postwar stress reactions. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:462-467

⁴¹ Lipschitz D, Grilo CM, Fehon D, Meglashan T, Southwick SM. Gender Differences in the Associations Between Posttraumatic Stress Symptoms and Problematic Substance Use in Psychiatric Inpatient Adolescents. *J Nerv Ment Dis*. 2000 Jun;188(6):349-56.

⁴² Lipschitz D, Rasmussen AM, Anyan W, Cromwell P, Southwick SM. Clinical and Functional Correlates of Posttraumatic Stress Disorder in Urban Adolescent Girls at a Primary Care Clinic. *J Nerv Ment Dis*. 2003 Nov;191(11):714-21.

⁴³ Flannery DJ, Singer MI, Wester K. Violence Exposure, Psychological Trauma, and Suicide Risk in a Community Sample of Dangerously Violent Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Apr;40(4):435-42.

⁴⁴ Lipschitz D, Grilo CM, Fehon D, Meglashan T, Southwick SM. Gender Differences in the Associations Between Posttraumatic Stress Symptoms and Problematic Substance Use in Psychiatric Inpatient Adolescents. *J Nerv Ment Dis*. 2000 Jun;188(6):349-56.

⁴⁵ Flannery DJ, Singer MI, Wester K. Violence Exposure, Psychological Trauma, and Suicide Risk in a Community Sample of Dangerously Violent Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Apr;40(4):435-42.

⁴⁶ Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK, Cohen E. Trauma and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1369-1380

⁴⁷ Pynoos RS, Frederick C, Nader K et al. Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:1057-1063

⁴⁸ Goenjian AK, Pynoos RS, Steinberg AM et al. Psychiatric comorbidity in children of the 1988 earthquake in Armenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1174-1184

⁴⁹ Hoge CH, Pavlin JA. Psychological sequelae of September 11. *N Engl J Med* 2002;347:443-445

⁵⁰ Elbedour S, Baker A, Shalhoub-Kevorkian N, Irwin M, Belmaker R. Psychological responses in family members after the Hebron massacre. *Depress Anxiety* 1999;9:27-31

⁵¹ Pynoos RS, Nader K. Prevention of psychiatric morbidity in children after disaster. In: OSAP Prevention Monograph 2: Prevention of Mental Disorders, Alcohol and Other Drug Use in Children and Adolescents (DHHS Publication ADM 89-1646), Shaffer D, Philips I, Enzer NB, eds. Washington DC 1989: U.S. Government Printing Office, pp 535-549

⁵² Macksoud M. Assessing war trauma in children: a case study of Lebanese children. *J Refugee Stud* 1992;5:1-15

⁵³ Almqvist K, Brandell-Forsberg M. Refugee children in Sweden: post-traumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse Negl* 1997;21:351-366

⁵⁴ Bat-Zion N, Levy-Shiff R. Children in war: stress and coping reactions under the threat of Scud missile attacks and the effect of proximity. In: *The Psychological Effects of War and Violence on Children*, Leavitt L, Fox N, eds. Hillsdale, NJ: Erlbaum 1993, pp 143-179

⁵⁵ Klingman A, Sagi A, Raviv A. The effect of war on Israeli children. In: *The Psychological Effects of War and Violence on Children*, Leavitt L, Fox N, eds. Hillsdale, NJ: Erlbaum 1993, pp 75-92

⁵⁶ Pfefferbaum B, Nixon SJ, Tucker RM et al. Posttraumatic stress responses in bereaved children following the Oklahoma City bombing. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;39:1372-1379

⁵⁷ Desivilya H, Gal R, Ayalon O. Long-term effects of trauma in adolescents: comparison between survivors of a terrorist attack and control counterparts. *Anxiety Stress Coping* 1996; 9:1135-1150

⁵⁸ Pfefferbaum B, Nixon SJ, Tucker RM et al. Posttraumatic stress responses in bereaved children following the Oklahoma City bombing. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;39:1372-1379

⁵⁹ Allwood MA, Bell-Dolan D, Husain SA. Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:450-457

auténtica exposición secundaria al trauma y es responsable de un cierto efecto dominó, de forma que un gran número de niños no expuestos directamente al trauma resulta igualmente afectado.

Un aspecto interesante se refiere a la traumatización secundaria que sufren los adultos que conviven o trabajan con niños traumatizados⁶¹, de forma que también han sido descritos niveles incrementados de distrés vicario en policías y terapeutas debido a los sentimientos de impotencia y horror ante la contemplación de las lesiones que han sufrido los menores^{62,63}.

Adicionalmente, otros autores alertan del mayor riesgo encontrado en los niños que han experimentado la muerte o las lesiones graves de otros miembros de su familia^{64,65}, encontrándose las mayores tasas de PTSD en niños que habían perdido alguno de sus progenitores^{66,67}. Allwood et al.⁶⁸ destaca el efecto aditivo del trauma y la privación afectiva en su trabajo sobre 791 niños. Estas circunstancias tienen una relación muy directa con los factores contextuales y familiares que tienen un efecto protector sobre el desarrollo de secuelas psicológicas en los niños traumatizados y que aumentan la resiliencia⁶⁹. Algunos autores han tratado de identificar estos factores: la relación estable, segura y cálida con al menos un padre⁷⁰, un modelo parental que transmita seguridad^{71,72} y la proximidad física entre los niños y familiares⁷³.

Otros factores predisponentes incluyen la exposición previa a eventos traumáticos durante los años infantiles^{74,75}, los problemas de conducta en la infancia, los trastornos de ansiedad previos y también la conducta antisocial, los antecedentes familiares de enfermedad mental^{76,77}, el temperamento sensitivo y la tendencia a internalizar/externalizar las experiencias y emociones^{78,79}.

La respuesta psicológica de los niños está muy influenciada por las reacciones de los padres al mismo trauma^{80,81}, encontrándose una correlación positiva entre la sintomatología de los niños y de sus padres^{82,83}. Concretamente, la depresión materna y la respuesta negativa al evento traumático está

⁶⁰ Thabet AM, Abed Y, Vostanis P. Emotional problems in Palestinian children living in a war zone: a cross-sectional study. *Lancet* 2002;359:1801–1804

⁶¹ Lerias D, Byrne MK. Vicarious traumatization: symptoms and predictors. *Stress and Health* 2003;19: 129–138.

⁶² Brady, J., Guy, J., Poelstra, P., & Brokaw, B. Vicarious traumatization, spirituality and the treatment of sexual abuse survivors: a national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology—Research and Practice* 1999; 30, 386–393.

⁶³ Carlier, I., Lamberts, R., & Gersons, B. The dimensionality of trauma: a multidimensional scaling comparison of police officers with and without posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research* 2000;9, 29–39.

⁶⁴ Allwood MA, Bell-Dolan D, Husain SA. Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:450–457

⁶⁵ Allwood M.A., Bell-Dolan D. Children's Trauma and Adjustment Reactions to Violent and Nonviolent War Experiences. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002 Apr;41(4):450-7.

⁶⁶ Elbedour S, Baker A, Shalhoub-Kevorkian N, Irwin M, Belmaker R. Psychological responses in family members after the Hebron massacre. *Depress Anxiety* 1999;9:27–31

⁶⁷ Stoppelbein L, Greening L. Posttraumatic Stress Symptoms in Parentally Bereaved Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Sep;39(9):1112-9.

⁶⁸ Allwood MA, Bell-Dolan D, Husain SA. Additive effects of violence and deprivations during war. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002, 41(4):450–457.

⁶⁹ Vostanis P. The impact, psychological sequelae and management of trauma affecting children. *Current Opinion in Psychiatry* 2004, 17:269–273.

⁷⁰ Losel F, Bliesener T. Resilience in adolescents: a study on the generalizability of protective factors. In: *Health Hazards in Adolescence*, Hurrelmann K, Losel F, eds. New York 1990: Walter de Gruyter, pp 299–320

⁷¹ Breton J, Valla J, Lambert J. Industrial disaster and mental health of children and their parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:438–445

⁷² Losel F, Bliesener T. Resilience in adolescents: a study on the generalizability of protective factors. In: *Health Hazards in Adolescence*, Hurrelmann K, Losel F, eds. New York 1990: Walter de Gruyter, pp 299–320

⁷³ Garbarino J. The experience of children in Kuwait: occupation, war and liberation. *Child Youth Fam Serv* 1991;Q 14:2-3

⁷⁴ Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, David GC. Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma. *Am J Psychiatry* 1999;156:902–907

⁷⁵ Garrison CZ, Weinrich MW, Hardin SB, Weinrich S, Wang L. Post-traumatic stress disorder in adolescents after a hurricane. *Am J Epidemiol* 1993;138:522–530

⁷⁶ Breslau N, Davis GC. Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *Am J Psychiatry* 1992;152:529–535

⁷⁷ Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK, Cohen E. Trauma and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:1369–1380

⁷⁸ Lonigan CJ, Shannon MP, Finch AJ, Daugherty TK, Taylor CM. Children's reactions to a natural disaster: symptom severity and degree of exposure. *Adv Behav Res Ther* 1991;13:135–154

⁷⁹ Tyano S, Iancu I, Solomon Z et al. Seven-year follow-up of child survivors of a bus–train collision. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:365–373

⁸⁰ Deblinger E, Steer RA, Lipmann J. Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment. *Child Maltreat* 1999;4:13–20

⁸¹ Bromet EJ, Goldgaber D, Carlson G et al. Children's well-being 11 years after the Chernobyl catastrophe. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:563–571

⁸² Bryce J, Walker N, Ghorayeb F, Kanj M. Life experiences, response styles and mental health among mothers and children in Beirut, Lebanon. *Soc Sci Med* 1989;28:685–695

⁸³ McFarlane AC. Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987;26:764–769

relacionada con una morbilidad incrementada en los niños⁸⁴, y la expresión emocional negativa en los padres se asocia a niveles superiores de distrés en sus hijos^{85,86}. Esta asociación entre los síntomas de la madre y sus hijos es más poderosa en las edades más precoces (3-4 años).

En resumen, muchos de los efectos psicológicos inducidos por los desastres naturales o accidentales en menores son similares a los producidos por otros eventos traumáticos, incluyéndose tanto síntomas agudos como de TEPT, depresión, ansiedad y otros trastornos. La respuesta varía en función de la edad, el grado de exposición, la existencia de pérdidas familiares, los antecedentes de traumas previos y las reacciones y el apoyo de alguno de los progenitores y la comunidad⁸⁷.

⁸⁴ Punamaki RL. Psychological stress response of Palestinian mothers and their children in conditions of military occupation and political violence. Quarterly Newsletter of the Laboratory of Comparative Human Cognition 1997;9:76-79

⁸⁵ Laor N, Wolmer L, Cohen D. Mother's functioning and children's symptoms 5 years after a Scud missile attack. Am J Psychiatry 2001;158:1020-1026

⁸⁶ Laor N, Wolmer L, Mayes L et al.. Israeli preschool children under Scuds: a 30-month follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:349-356

⁸⁷ Fremont WP. Childhood Reactions to Terrorism-Induced Trauma: A Review of the Past 10 Years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2004;43(4): 381-392.