

VIOLENCIA Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO *(VIOLENCE AND POSTTRAUMATIC STRESS)*

«Los cuadros de maltrato por abandono, violencia física, sexual y psicológica del niño pueden ser únicos o múltiples; la edad del niño maltratado, sus rasgos genéticos de reactividad y el apoyo oportuno del entorno social condicionan alteraciones o disfunciones en el desarrollo de él. Los factores causales, así como las manifestaciones clínicas son polimorfos: síntomas de estrés pos-traumático, disociativos, depresión, conductas suicidas, alteraciones en el aprendizaje y comportamentales».

GENERALIDADES

La respuesta frente a un estímulo o evento amenazante tradicionalmente se conoce como una reacción de «lucha o fuga» (fight or flight) y filogenéticamente está presente en casi todas las especies de mamíferos. Biológicamente, hay una reacción de estimulación del eje hipotálamo - pituitario - adrenal y del sistema neurovegetativo, con aumento en los niveles de las hormonas que participan en la respuesta al estrés (cortisol y noradrenalina). A través de un mensaje de retroalimentación negativo sobre las células liberadoras de corticotrofina CRF y vasopresina del hipotálamo y del hipocampo los niveles de cortisol y noradrenalina regresan a la línea base pre-estrés.

Investigaciones llevadas a cabo en ratas recién nacidas y en monos bebés sometidos a estrés, separándolos de sus madres, han mostrado que la capacidad del organismo para responder inicialmente y recuperar efectivamente la línea de base, está relacionada con las experiencias vividas en etapas tempranas. Es decir, se genera una vulnerabilidad a patologías en etapas posteriores del desarrollo y en la adultez.

Harlow, en sus investigaciones con monos infantes, ha mostrado cómo el contacto físico con adultos redujo la ansiedad e hipervigilancia a estímulos. Por su parte, Masón observó en monos bebés que la estimulación vestibular provocada por sus madres al cargarlos, condujo a una mejor capacidad de respuesta frente al estrés, exhibiendo menos hipervigilancia y temores. En monos que presentaron conductas de hipervigilancia y temor, se encontraron

* Médico psiquiatra de niños y adolescentes

Jones E.

concentraciones elevadas de norepi-nefrina y su metabolito MHPG. Comportamientos similares han sido inducidos en monos al estimular las células noradrenérgicas del Locus Coeruleus.

En otro grupo de estudio de monos, separados de sus madres biológicas y criados por madres sustituidas, se encontró aumento de los niveles de cortisol y ACTH a los treinta días de nacidos y disminución de los niveles de hormona del crecimiento. En controles a los seis, dieciocho y veinticuatro meses, los niveles de cortisol y ACTH permanecían altos, no así en el grupo control, quienes no fueron separados de sus madres. La capacidad de la madre o figura materna para responder a las necesidades del infante en forma predecible y sintonizada, favorece el desarrollo de un vínculo de apego seguro y confiable y promueve las funciones autónomas de autorregulación de estímulos, exploración e integración de situaciones nuevas, percepción cognoscitiva del medio y socialización (Bowlby-Ainsworth).

La capacidad de respuesta a un estímulo, depende de los siguientes factores:

- 1- Edad y grado de desarrollo del yo.
- 2- Características individuales y competencia social (capacidad para recibir y utilizar apoyo social) que son dos rasgos temperamentales que hacen única la experiencia y procesos adaptativos del individuo, frente al mismo evento estresante.
- 3- La interrelación entre los factores genéticos y experiencias del pasado que provocan cambios en el S.N.C., endocrino y neurovegetativo, modificando el desarrollo emocional, cognoscitivo y comportamental del niño y del adolescente.

DESARROLLO DEL TEMOR Y PERCEPCIÓN DEL PELIGRO

Para que una experiencia sea vivenciada traumáticamente se requieren dos condiciones básicas: la percepción de un objeto o situación como amenazante, y como capaz de provocar daño.

La selectividad a un estímulo amenazante es producto de la conjugación de la evolución progresiva en la discriminación perceptual y del desarrollo de la memoria. Hacia la segunda mitad del primer año (7 u 8 meses) se manifiesta la primera reacción de temor, diferenciada y conocida como la «reacción de temor a un extraño».

Algunos autores han puesto en duda que el estrés postraumático se estructure en niños menores de tres a cuatro años, por la ausencia o rareza de irrupción de pensamientos recordatorios del evento traumático, como pesadillas o escenas retrospectivas («flashbacks»), conocidos como «memoria explícita». Sin embargo, las manifestaciones actuadas afectivas y el contenido del juego en niños pequeños, aún menores de 18 meses, están relacionados con el evento traumático vivido y son descritas por Terr como «recuerdos comportamentales». Por ejemplo, la evitación y el temor a los recuerdos en la reproducción lúdica del evento traumático son manifestaciones de un tipo de memoria, llamada «memoria implícita».

La inmadurez cognoscitiva, relativa para la edad de desarrollo y relacionada con la representación mental (simbolización-lenguaje) conlleva expresiones afectivas y síntomas diferentes en niños pequeños, comparados con niños mayores y adultos.

El temor a un evento amenazante en el niño es resultado de sumar las

propias experiencias vividas y las emociones aprendidas de los padres, «referencia social».

FACTORES DE RIESGO PARA ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y SÍNTOMAS DISOCIATIVOS

Vulnerabilidad de los padres

- Uso y abuso del alcohol y drogas ilícitas.
- Cuadros depresivos y conductas suicidas.
- Psicosis ideativas y afectivas.
- Trastornos de conductas sociopáticas.
- Paternidad adolescencia!
- Abuso en su propia infancia.

Los cuadros clínicos anteriores reflejan deficiencias severas en el desarrollo de la personalidad de los progenitores. La maternidad de la adolescente, generalmente sin el apoyo social de los padres, el abandono del compañero y sus propias carencias afectivas la hacen rechazar inconsciente o conscientemente su embarazo.

Vulnerabilidad del niño

- Prematurez.
 - Enfermedades congénitas y crónicas.
 - Temperamento difícil y etapas del desarrollo (infancia y adolescencia) los hacen más vulnerables a las frustraciones narcisistas de sus padres.
- 3- Sociales.
- Pobreza, bajo nivel cultural y mayor índice de desempleo en una comunidad son factores coadyuvantes.
 - Carencia de apoyo comunitario.
 - La madre como cabeza de familia.
 - Nivel de violencia cultural del medio.

Del 10 al 17 por ciento de niños maltratados por sus padres desarrollaron conductas delictuales juveniles, según estudios prospectivos. La violencia es una cultura transgeneracional: 33% de niños maltratados revivieron posteriormente el maltrato en sus relaciones con sus hijos, haciéndolos víctimas de sus propias experiencias infantiles violentas.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA VIOLENCIA

Las diversas manifestaciones de violencia física, sexual, psicológica y eventos naturales producen alteraciones en el desarrollo de los niños y están directamente relacionadas con la intensidad, repetitividad del estímulo y edad del niño. Semiológicamente, hay alteración en la integración de las funciones de consciencia, memoria, identidad y percepción del medio. Los síndromes clínicos más frecuentes son estrés postraumático y fenómenos disociativos: despersonalización, fugas, amnesia y trastornos de identidad disociativos.

Síndrome de estrés postraumático

Los criterios diagnósticos del DSM IV requieren:

- 1 a) Respuesta a un estímulo generalmente severo y vivenciado como amenaza a la integridad física personal; presenciar o conocer de forma súbita acerca de la muerte, accidente o amenaza a la integridad de seres queridos u otras personas allegadas. Experiencias sexuales sin violencia, inapropiadas para la edad del niño, pueden ser un estímulo lo suficientemente traumático como para desencadenar dicho cuadro.
- \ b) La persona que experimentó el evento traumático reacciona con temor intenso, impotencia y horror.

Jones E.

Las manifestaciones clínicas se pueden categorizar en tres grupos básicos:

2a) Revivir permanentemente experiencias del evento traumático (una o más de las siguientes): 1 - Recuerdos intrusivos de imágenes, pensamientos o percepciones del suceso. 2- Pesadillas durante el sueño. 3- Actuar como si se estuviese reviviendo el trauma, episodios disociativos recordatorios - como en estado de trance, alucinaciones auditivas, visuales y somáticas. 4- Reacciones de gran estrés psicológico y fisiológico a respuestas o estímulos perceptivos internos o externos que evocan recuerdos del evento traumático.

2b) Evitación de todo estímulo que pueda evocar experiencias del evento traumático (3 o más de las siguientes): 1 - Evitar lugares, personas y pensamientos que recuerden el suceso. 2- Sensación de extrañeza y alejamiento afectivo del medio. 3- Imposibilidad para expresar afecto y sentimientos. 4- Bloqueos para recordar apartes o todo el trauma y en casos crónicos periodos o etapas de la infancia (amnesia psíquica).

2c) Persistentes síntomas de hiperactividad psicofisiológica (2 o más de las siguientes): insomnio, irritabilidad, brotes de impulsividad - agresividad, distractibilidad y dificultad para concentrarse, crisis de sudoración, taquicardia, sensación de muerte inminente.

3- La evolución de los síntomas debe sobrepasar el mes.

4- La severidad de los síntomas trastorna el funcionamiento social, laboral y académico.

Cuando hay una relación más directa - interpersonal con el agente perpetuador del estímulo traumático (un

familiar o amigo cercano), como en los casos de maltrato físico o sexual, el niño escolar y adolescente vive su experiencia con gran culpa, sentimientos marcados de vergüenza, desprecio por sí mismo, desesperanza, ideas y conductas autodestructivas (mutilaciones - suicidios).

En niños menores de cinco años se han observado, más frecuentemente, las siguientes manifestaciones:

1- Fobias específicas.

2- Regresión en las conductas de separación y autonomía adquiridas: acercamiento físico marcado hacia los padres y temor a dormir solos.

3- Trastornos del sueño y del apetito.

4- Alteraciones en el afecto, irritabilidad y expresión facial de tristeza.

5- Ansiedad de separación.

Psicopatología concomitante

Trastornos depresivos y suicidio; trastornos del aprendizaje; trastornos del comportamiento con conductas sexuales promiscuas, delincuenciales y agresión; trastornos somato-morfos; trastornos disociativos; uso y abuso del alcohol y drogas ilícitas. También otros trastornos de ansiedad frecuentes son la fobia social, fobias específicas y crisis de pánico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los estados disociativos de trance pueden interpretarse erróneamente como crisis parciales complejas. Manifestaciones de distanciamiento afectivo, alucinaciones y aislamiento social pueden simular un cuadro psicótico esquizofrénico. Las dificultades de rendimiento académico, alteraciones en la atención y concentración y conductas explosivas impulsivas pueden semejar el cuadro clínico de un síndrome de déficit de aten-

ción. Las crisis explosivas durante el juego, especialmente durante la latericia, simulan cuadros de rabietas (temper tantrums) y son reacciones a experiencias revividas del trauma durante el juego.

EVOLUCIÓN Y CURSO

Se califica de agudo el estrés pos-traumático cuando los síntomas se presentan dentro de los tres primeros meses posteriores al estímulo. Crónico, cuando su evolución perdura por períodos mayores a los tres meses, a veces prolongándose por meses y años. Un 50% de los casos se recupera dentro de los tres primeros meses.

Los niños que han sufrido traumas psicológicos, en especial repetitivos, presentan síntomas clínicos relacionados con: 1 - alteraciones en su identidad. 2- alteraciones en la regulación del afecto, depresión, labilidad en el humor y disociación ideoaffectiva. 3- fenómenos autohipnóticos: trances, adormecimientos psicogénico, disociación del tiempo. 4- alteraciones en la memoria: fugas. 5- reminiscencias de experiencias traumáticas, alucinaciones y «flashbacks».

Putman enumeró algunos criterios clínicos que nos pueden orientar en el diagnóstico de los trastornos disociativos en el niño: El 100% de los trastornos disociativos se inicia en la niñez; un 3% de ellos se diagnostica antes de los 2 años y un 8% entre los 12 y 19 años. Son indicadores de patología disociativa: los abusos repetidos, amnesia de los abusos, automutilación, alucinaciones auditivas, cambios comportamentales regresivos fluctuantes, hablar o comunicarse con un compañero imaginario después de los siete años, atribuir comportamientos a un compañero imaginario y hablar de sí mismo haciendo referencia a una tercera persona

En el maltrato del niño, sea físico, sexual o ambos y en el abandono psicológico hay que valorar tres factores: intrapsíquico, interpersonal y social.

Intrapsíquico

La distorsión perceptiva y cognoscitiva del medio hace que potencialmente lo viva como agresivo y con gran desconfianza. La confusión cognoscitiva lo lleva a agredir al medio como una forma de entrar en contacto con él en busca de afecto; la identificación con el agresor y la acción de pasar de receptor pasivo a actor generador de violencia, convierten lo impredecible en predecible. Son mecanismos defensivos. La transferencia de idealización y omnipotencia hacia los objetos, como el terapeuta y las instituciones, son manifestaciones intrapsíquicas intensas. Los mecanismos defensivos más frecuentes en estos niños son: negación y adormecimiento psíquico, con períodos de amnesia.

Interpersonal

Relaciones defensivas, agresivas y paranoides llevan a los menores afectados a la agresión hacia el medio o al aislamiento. Su devaluación y rechazo de los objetos de apoyo, al sentirse desilusionados y frustrados por no llenar sus expectativas, los hace manipular y escindir los objetos en buenos y malos.

Social

Identificar los objetos agresores y su patología. Valorar el grado de violencia del medio en que vive el niño y su familia. La violencia, como un fenómeno de herencia transgeneracional, refuerza el papel de víctima del niño al provocar agresión del medio hacia él.

Jones E.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS

La asistencia profesional de estos niños y sus familias es interdisciplinaria e interinstitucional. Sus objetivos deben estar dirigidos a:

1- Proteger al niño de inmediatos y futuros maltratos, con intervención directa de los padres o adultos responsables de su cuidado. De preferencia se busca la integridad de la familia, pero en ocasiones es necesaria la separación temporal de los niños de sus padres.

2- Proveer al niño un medio seguro, de aceptación y afecto que sea pre-decible, firme y consistente. Este entorno debe integrar el desarrollo cognoscitivo, intelectual, valores sociales, autoestima, convivencia grupal, y fomentar el desarrollo de su capacidad de tolerar frustración y retardar gratificación.

3- Ayuda psicoterapéutica individual o grupal, dinámica, dentro de una relación transferencial:

a- confrontando y clarificando la distorsión perceptual cognoscitiva en sus relaciones interpersonales y mecanismos de defensa negativos.

b- ayudando a elaborar las vivencias traumáticas del pasado en la medida en que puedan ser integradas al presente.

En niños pequeños, el juego y el dibujo son medios de comunicación

muy útiles. En niños ya mayores, la comunicación verbal es la más usada.

4- En niños con síntomas de ansiedad y trastornos del sueño que interfieren con su capacidad de socialización y cognoscitiva, son útiles las benzodiazepinas o la tioridazina a dosis ansiolítica. Los cuadros depresivos responden a los antidepresivos, tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. En los trastornos disociativos, con comportamientos que bajo estrés hacen difícil diferenciar realidad de fantasía, los antipsicóticos a dosis bajas ayudan a mejorar la prueba de realidad. Las conductas de impulsividad y agresividad explosiva responden con buenos resultados al uso de anticonvulsivos tales como carbamazepina o ácido valproico.

5- Institucional: Cuando el medio familiar no es apropiado para el desarrollo emocional y psicológico del niño la institucionalización está indicada. Es básico para la integración de las experiencias del niño y el adolescente en las instituciones que el medio terapéutico sea coherente, consistente y firme en los mensajes hacia el niño. El uso de sistemas de fichas de economía es un manejo conductual muy útil para reforzar conductas positivas, en lugar de reforzadores negativos que pueden generar resistencia y más violencia en el niño.

REFERENCIAS

Ainsworth MD, Blehane, et al. Patterns of attachment, a psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ, 1978.

American Psychiatric Association. DSM-IV. Washington DC, 19400.

Bowlby J. Attachment and loss, Vol 2: Separation: anxiety and rage. New York: Basic Books, 1973.

Cynthia, Pfeffer. Severe stress and mental disturbance in children. New York: American Psychiatric Press, 1966.

Violencia y estrés postraumático

Harlow A. Social behavior of juvenile Rhesus monkeys subjected to different rearing conditions during the first six months of ufe. *Zoologische Jahrbucher Physiologie*, 1965. 71:489-508.

Harlow HF, Airling GL. Effects of social deprivation on maternal behavior of Rhesus monkeys. *Journal of Comparative and Physiolcgical Psychology*, 1967. 64: 361-77.

Masón WA, Berkson G. Effects of maternal mobility on the development of rocking and other behaviors in Rhesus monkeys: a study with artificial mothers. *Dev psycobiol*, 1976. 8: 197-211.

Masterson J. *Treatment of the boderline adolescent*. Washington: John Wiley & Sons, 1 972.