

Estrés postraumático en población infantojuvenil post 27F

FÉLIX COVA S.^{1,a}, MARIO VALDIVIA P.^{2,b}, PAULINA RINCÓN G.^{1,a},
CARLOS HAQUIN F.^{3,4,b}, FÉLIX SANHUEZA L.^{3,b}, ROBERTO MELIPILLÁN A.^{2,a},
MIGUEL MEDEL A.^{3,b}, JORGE MARTÍNEZ S.^{5,c}, GUSTAVO ALARCÓN C.^{6,a}

1. Departamento de Psicología Universidad de Concepción. Concepción, Chile.
 2. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Universidad de Concepción. Concepción, Chile.
 3. Hospital Higuera, SS Talcahuano. Talcahuano, Chile.
 4. Servicio de Salud Ñuble. Chillán, Chile.
 5. CEAD Lota, SS Concepción. Concepción, Chile.
 6. CESFAM Tirúa, SS Arauco. Arauco, Chile.
- a. Psicólogo.
b. Psiquiatra infantojuvenil.
c. Médico.

ABSTRACT

Post-traumatic stress disorder in young population after the natural disaster on February 27, 2010

Introduction: The post-traumatic stress disorder (PTSD) is one of the most frequent consequences of exposure to natural disasters, disabling both children and adults. **Objectives:** To describe prevalence of probable PTSD in children who experienced the disaster that occurred in southern Chile in February 2010. **Methodology:** The sample consisted of 1,300 participants aged 9-16 from the Bío Bío region. The study took place six months after the event occurred. The Child PTSD Symptom Scale (CPSS) and a questionnaire to assess socio-demographic aspects and potential PTSD predictors were used. **Results:** The overall rate of probable PTSD was 30.4% in the young population of females and 15.0% in males. The most strongly linked factors to the presence of PTSD were deteriorating family relationships after the event and intense fear and life threatening experiences during the event. **Conclusions:** Results show the need for implementing preventive programs on young population affected by disasters that also include the response of the families involved.

(Key words: Disasters, post-traumatic stress disorder, childhood, adolescence).

Rev Chil Pediatr 2013; 84 (1): 32-41

Recibido el 18 de abril de 2012, devuelto para corregir el 23 de julio de 2012, segunda versión el 6 de agosto de 2012, aceptado para publicación el 8 de octubre de 2012.

Fuente de financiamiento: Proyecto 210.172.016-1.0 de la Dirección de Investigación de la Universidad de Concepción.

Este trabajo cumple con los requisitos sobre consentimiento /asentimiento informado, comité de ética, financiamiento, estudios animales y sobre la ausencia de conflictos de intereses según corresponda.

Correspondencia a:
Félix Cova Solar.
E-mail: fecova@udec.cl

RESUMEN

Introducción: El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una de las consecuencias de la exposición a desastres naturales más frecuente y discapacitante tanto en niños y niñas como en adultos. **Objetivos:** Se describe la prevalencia de probable TEPT en niños, niñas y adolescentes que vivieron el desastre natural de febrero de 2010 en el sur de Chile. **Metodología:** Se estudió una muestra de 1.300 participantes de 9 a 16 años de la región del Bío Bío. La aplicación se realizó a seis meses de ocurrido el evento. Se empleó la Escala Infantil de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático CPSS y un cuestionario de aspectos sociodemográficos y de potenciales factores predictores de estrés postraumático. **Resultados:** La tasa total probable de TEPT fue de 30,4% en la población infantojuvenil de sexo femenino y de 15,0% en la de sexo masculino. Los factores que aparecieron más fuertemente vinculados a la presencia de TEPT fueron el empeoramiento de las relaciones familiares posterior al evento y la experiencia de miedo intenso y de riesgo vital durante el evento. **Conclusiones:** Los resultados indican la importancia de implementar programas preventivos en población infantojuvenil afectada por desastres que consideren también la respuesta de las familias.

(**Palabras clave:** Desastres, estrés postraumático, niñez, adolescencia).

Rev Chil Pediatr 2013; 84 (1): 32-41

Introducción

Los desastres naturales generan situaciones que pueden afectar el bienestar psicológico y salud mental de las personas: vivencias de terror, pérdida, daños múltiples. Además de los efectos inmediatos derivados del impacto del evento, los desastres naturales generan otra serie de consecuencias sociales que, con frecuencia, se prolongan en el tiempo y que también pueden tener importantes efectos en la calidad de vida y salud mental¹.

Los efectos potenciales de los desastres naturales en la salud mental de niños, niñas y adolescentes abarcan diversos aspectos²⁻⁴. Mucha de la investigación en este ámbito ha asumido la conceptualización de los desastres naturales como eventos traumáticos y, en particular, se ha focalizado en el estudio del desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en los niños y niñas expuestos a estas situaciones. Aun cuando existe una fuerte controversia respecto de esta categoría diagnóstica y conceptual⁵, el estrés postraumático ha mostrado ser una de las consecuencias de la exposición a desastres más frecuente y discapacitante tanto en población infantojuvenil como en adultos^{6,7}.

Para establecer la presencia de TEPT el DSM-IV considera como criterio diagnóstico que la persona haya experimentado temor, desesperanza u horror intenso al vivir amenazas a

la integridad física y que, como resultado de esta experiencia, haya desarrollado una constelación de repuestas "postraumáticas". Para hablar de TEPT deben existir respuestas en los tres ámbitos de síntomas postraumáticos que describe este manual diagnóstico: reexperimentación, evitación e hiperactivación. El DSM-IV asume que el TEPT tiene similitudes básicas en sus manifestaciones en la niñez y adultez, reconociendo sí la existencia de algunas características diferenciales como: 1) el temor, desesperanza u horror intensos pueden expresarse en los niños y niñas como comportamientos desestructurados o agitados, y 2) los síntomas de reexperimentación pueden observarse a través de manifestaciones como juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma, sueños terroríficos de contenido irreconocible y reescenificación del acontecimiento traumático específico.

Diversos autores han planteado la necesidad de considerar con mayor atención las diferencias evolutivas en las respuestas a experiencias traumáticas⁸. Un aspecto que se reconoce como especialmente controversial, en relación a los actuales criterios diagnósticos, es el referido a la exigencia de tres síntomas de evitación en niños y niñas prepuberales para el diagnóstico de TEPT, tanto por la dificultad de ser identificados por el propio niño o niña, como por la de ser reconocidos por otro obser-

vador⁹. La propia consideración de síntomas de evitación y de embotamiento como parte de un mismo grupo sintomático está siendo objeto de revisión⁵.

Los estudios han mostrado elevadas tasas de TEPT en niños/as expuestos a experiencias traumáticas. El meta-análisis realizado por Fletcher¹⁰ acerca de la prevalencia de TEPT en niños/as que sufrieron experiencias traumáticas concluyó que, en promedio, un 36% cumple con los criterios para TEPT descritos por el DSM-IV. De acuerdo a este estudio, la incidencia de TEPT y sus síntomas en niños/as es comparable a la de adultos. En relación al desarrollo de TEPT en niños/as tras desastres naturales, las investigaciones han mostrado resultados muy disímiles entre sí, debido tanto a aspectos metodológicos como al distinto carácter e impacto de los desastres estudiados. Estudios de prevalencia realizados tras terremotos y/o tsunamis han observado cifras que oscilan en un rango de 18% a 70%^{2,11-15}.

El desarrollo de TEPT en niños y niñas expuestos a desastres está influido por una diversidad de factores. El meta-análisis de Furr et al.⁷, mostró que los siguientes factores aparecen relacionados con un mayor efecto del desastre en el desarrollo de TEPT: características individuales previas al evento (en particular, mayor vulnerabilidad en las niñas); grado de destructividad y pérdida generado por el evento; proximidad al evento y nivel de exposición; percepción de amenaza y grado de estrés vivido al momento del desastre, y pérdidas experimentadas. Asimismo, reveló que los efectos son particularmente notorios durante el primer año posterior al desastre, y que los estudios que utilizan instrumentos de medida con propieda-

des psicométricas bien establecidas y autoinformes son los que muestran mayores efectos.

En Chile, pese a la frecuencia de desastres naturales, la investigación sobre sus efectos en la salud mental es todavía escasa. De allí el interés de este estudio, realizado en niños y niñas que vivieron el desastre natural que afectó la zona centro sur de Chile el 27 de febrero de 2010 (27/F). Este desastre fue consecuencia de un movimiento sísmico de particular intensidad, 8,8 grados en la Escala Richter. Además del terremoto, se generó un tsunami que fue responsable de las peores consecuencias que se observaron¹⁶.

Esta investigación surgió como una forma de colaboración al esfuerzo desplegado por trabajadores de la red asistencial de salud y personas voluntarias de la comunidad que apoyaban a la población afectada. Su objetivo fue estudiar la prevalencia de sintomatología postraumática y TEPT en niños y niñas de distintas localidades afectadas e identificar variables que se relacionaran con una mayor presencia de sintomatología postraumática. Se optó por realizar este estudio a seis meses de ocurrido el evento, por razones tanto prácticas, referidas a la capacidad de organización del equipo de trabajo, como porque, a seis meses del evento, la continuidad de los síntomas ya es indicadora de una cierta cronicidad de la experiencia.

Participantes y Método

Participantes

Fueron evaluados 1.305 niños y niñas entre 9 y 16 años ($x = 12,10$; $dt = 1,49$) de ciudades y localidades de la región del Bío Bío, Chile,

Tabla 1. Prevalencia de TEPT en la muestra en localidades afectadas por el terremoto y por terremoto y tsunami

Tipo de Localidad	TEPT n (n total)	%	χ^2 (gl = 1)	p
Afectadas por terremoto (Buchupureo, Cañete, Cobquecura, Coelemu, Concepción)	68 (444)	15,3		
Afectadas por terremoto y tsunami (Arauco, Cocholgüe, Coliumo, Dichato, Talcahuano, Tirúa, Tubul, Tumbes)	218 (856)	25,5		
			17.559	0,000
Total	286 (1.300)	22,0		

afectadas por el 27/F (tabla 1). No se evaluó a niños/as de menor edad dado que el procedimiento de evaluación de sintomatología empleado estaba basado sólo en el informe del propio niño/a. La muestra estuvo conformada por 593 niñas (45,6% del total) y 707 niños (54,4% del total). Cinco cuestionarios estaban incompletos, por lo que la muestra definitiva fue de 1.300. No hubo rechazos.

Instrumentos

Child PTSD Symptom Scale, CPSS, de Foa et al¹⁷. Instrumento de autoinforme, de 17 ítems equivalentes a los 17 síntomas considerados en los criterios diagnósticos DSM-IV de TEPT. Fue desarrollado para evaluar la presencia de síntomas de TEPT en niños, niñas y adolescentes de 8 a 18 años de edad, con una historia conocida de trauma. Bustos et al.¹⁸, llevaron a cabo un estudio de las propiedades psicométricas de este instrumento traducido al español en niños, niñas y adolescentes chilenos víctimas de abuso sexual, obteniendo valores apropiados de consistencia interna, análogos a los del instrumento original (alfa 0,91), y una capacidad de 90,7% de discriminación de la escala respecto de la presencia/no presencia de TEPT establecida por criterios clínicos. La correlación producto momento entre cada ítem y el puntaje total fue superior a 0,5 excepto para el ítem 8 (¿Has olvidado parte importante de lo que pasó?) que fue de 0,37. En un estudio complementario al presente (publicación en preparación) se analizaron nuevamente las propiedades psicométricas de la escala, su estructura factorial y la convergencia de la CPSS con la Entrevista Estructurada DISC-IV (en su formato de aplicación al propio niño/a). La escala mostró una consistencia interna apropiada (alfa 0,87). Los análisis confirmaron la conveniencia de eliminar el ítem 8 (por lo que fue excluido del presente estudio). Se observó convergencia apropiada con el diagnóstico de TEPT realizado con la DISC-IV. Estableciendo el puntaje de corte en 24 y teniendo como exigencia adicional el respeto a los criterios de presencia de síntomas en los tres grupos sintomáticos que establece el DSM-IV, la sensibilidad de la escala es 82% y la especificidad, 89% (la mejor

convergencia entre la CPSS y la DISC-IV se obtuvo considerando como presencia de síntoma que fuera experimentado una vez o más en las últimas dos semanas).

Cuestionario sociodemográfico y de aspectos relacionados con el desastre. Cuestionario diseñado especialmente para esta investigación para la recolección de información sociodemográfica (sexo, edad, curso, domicilio), información relativa a aspectos relacionados con la experiencia del desastre (dónde y con quién se encontraba, qué presenció, consecuencias físicas, vivencia de miedo) e información de consecuencias posteriores para el niño o niña y su familia (situación de la vivienda, lugar de residencia, pérdida de empleo, situación de la escuela, relaciones familiares, y con la comunidad).

Análisis de datos

El análisis de los datos fue realizado en el Programa SPSS. Se realizó un análisis descriptivo y se comparó la prevalencia de TEPT según los distintos factores considerados, usando chi cuadrado. Para establecer los factores más fuertemente asociados a la presencia de TEPT se realizó una regresión logística binaria multivariada.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos fue realizada en escuelas municipales. Se seleccionaron cursos al azar. A los padres se les informó de los objetivos del estudio y se les solicitó su consentimiento. Luego de explicar a cada niño y niña la investigación y solicitar su asentimiento, un entrevistador aplicó el Cuestionario Sociodemográfico y la CPSS en forma individual y privada a cada niño/a. Aunque la CPSS fue desarrollada originalmente para ser empleada como autoinforme, en el estudio previo realizado en Chile y en esta investigación se optó porque fuera el entrevistador quien leyerá las preguntas.

Los encuestadores recibieron una capacitación de una hora con el equipo investigador. Se les asignó como responsabilidad contactar con la red asistencial de salud a aquellos niños y niñas que, en el proceso de entrevista, se detectara que presentaban dificultades significativas

que ameritaran una evaluación detallada y/o intervención de los equipos de salud mental.

Resultados

La prevalencia de probable TEPT en el total de la muestra estudiada fue de 30,4% en niñas y 15,0% en niños. El porcentaje total de probable TEPT en la muestra estudiada fue de 22%. Al ajustar por género (asumiendo una distribución de 50% de niños y niñas en la población) el porcentaje total de probable TEPT

correspondió a 24,2%. En la tabla 1 se indica la prevalencia de probable TEPT en las localidades afectadas por el terremoto exclusivamente y por el terremoto y tsunami. El rango de probable TEPT en las localidades afectadas por el terremoto fue entre 13,3% (Cobquecura) y 26% (Cañete); en las localidades afectadas por terremoto y tsunami el rango osciló entre 21,1% (Cocholgüe) y 28,6% (Dichato).

No se observó una relación estadísticamente significativa entre prevalencias de probable TEPT y edad (tabla 2). Sin embargo, la tasa de probable TEPT tiende a ser mayor en el grupo

Tabla 2. Prevalencia de TEPT en la muestra según grupo etáreo

Rango edad	TEPT n (n total)	%	χ^2 (gl = 2)	p
9 a 11 años	121 (472)	25,6		
12 a 13 años	120 (591)	20,3		
14 a 16 años	44 (229)	19,2		
			5 648	0,059

Tabla 3. Frecuencia de sintomatología postraumática en muestra total

Síntoma	Ausencia n (%)	Sólo 1 vez n (%)	2 o más veces n (%)
Reexperimentación			
• Recuerdos intrusivos	531 (40,8)	263 (20,2)	506 (38,9)
• Sueños intrusivos	654 (50,3)	272 (20,9)	374 (28,8)
• Flashback	550 (42,3)	314 (24,2)	436 (33,5)
• Malestar psicológico	441 (33,9)	320 (24,6)	539 (41,5)
• Malestar fisiológico	618 (47,5)	283 (21,8)	399 (30,7)
Evitación			
• Evitación de pensamientos y sentimientos	649 (49,9)	191 (14,7)	460 (35,4)
• Evitación de actividades, personas o lugares	860 (66,2)	157 (12,1)	283 (21,8)
Embotamiento			
• Pérdida de interés en actividades significativas	760 (58,5)	148 (11,4)	392 (30,2)
• Sensación de desapego o enajenación	1.001 (77,0)	102 (7,8)	197 (15,2)
• Restricción de la vida afectiva	835 (64,2)	176 (13,5)	289 (22,2)
• Sensación de futuro desolador	867 (66,7)	170 (13,1)	263 (20,2)
Aumento de activación			
• Insomnio	686 (52,8)	173 (13,3)	441 (33,9)
• Irritabilidad	632 (48,6)	210 (16,2)	458 (35,2)
• Dificultad de concentración	533 (41,0)	215 (16,5)	552 (42,5)
• Hipervigilancia	557 (42,8)	201 (15,5)	542 (41,7)
• Respuesta de sobresalto	558 (42,9)	219 (16,8)	523 (40,2)

de menor edad que en el de mayor edad.

Como se detalla en la tabla 3, los síntomas más frecuentemente informados correspondieron a síntomas de reexperimentación. Dos terceras partes de los niños y niñas experimentaban al menos una vez en las últimas dos semanas malestar psicológico intenso al recordar el evento, y más de la mitad de ellos/as experimentaban recuerdos intrusivos, flashbacks y malestar fisiológico intenso al recordar el suceso. Asimismo, más de la mitad de los niños y niñas experimentaban, al menos una vez en las últimas dos semanas, síntomas de aumento de activación, específicamente dificultad para concentrarse, hipervigilancia, respuesta de alarma o sobresalto e irritabilidad. Por el contrario, los síntomas de evitación fueron los menos frecuentemente informados, todos con prevalencia menor al 45% de los y las participantes, a excepción de la evitación de pen-

samientos y sentimientos de la experiencia traumática, presentado por el 50% de los y las niñas al menos una vez en las últimas dos semanas.

En la tabla 4 se compara la prevalencia de probable TEPT de acuerdo a la exposición de los participantes a los distintos factores que fueron considerados. La prevalencia más fuerte de probable TEPT se observa en quienes perciben que las relaciones en su familia empeoraron y en quienes vieron fallecidos luego del evento. Las más bajas se observan en quienes no experimentaron mucho miedo ni sintieron su vida en peligro durante el evento.

Para el análisis de regresión logística, se ingresaron inicialmente todos los predictores potenciales y se procedió a implementar una estrategia de eliminación hacia atrás de aquellos predictores que no mostraron una relación estadísticamente significativa (*backward eli-*

Tabla 4. Prevalencia de TEPT en relación a potenciales factores de riesgo

Factor ^a (n, %)	Prevalencia expuestos	Prevalencia no expuestos	χ^2 gl = 1
Cambiaste de vivienda (342, 26%)	30,10%	19,10%	17,805***
No alcanzaste a ubicarte en lugar seguro (183, 14%)	26,20%	21,30%	2 194
Tsunami dañó tu vivienda (323, 24,9%)	31,60%	18,90%	22,791***
Quedaste atrapado (131, 10%)	39,70%	19,90%	26,909***
Viste construcciones destruyéndose (619, 48%)	27,90%	16,60%	24,245***
Viste un incendio (162, 12%)	25,30%	21,50%	1 208
Viste heridos (300, 23%)	35,30%	17,90%	40,617***
Viste fallecidos (129, 9,9%)	41,10%	19,90%	30,311***
Fue herido un familiar o persona cercana (222, 17%)	29,70%	20,40%	9,219**
Falleció un familiar o persona cercana (111, 8%)	35,10%	20,70%	12,289***
Participaste en actividades de rescate (108, 8%)	34,30%	20,90%	10,270**
Fuiste víctima de robos (163, 13%)	39,90%	19,30%	35,061***
Sufriste lesiones físicas (158, 12%)	35,40%	20,10%	18,925***
Experimentaste mucho miedo (577, 44%)	35,20%	11,40%	105,232***
Sentiste que estaba en riesgo tu vida (999, 77%)	26,20%	7,80%	45,042***
Alguno de tus padres quedó sin trabajo (391, 30%)	29,40%	18,90%	17,546***
Tuviste que cambiarte de escuela (133, 10%)	34,60%	20,60%	13,534***
Las relaciones en tu familia empeoraron (91, 7%)	47,30%	20,10%	36,342***

^a Se emplea, resumida, la forma de fraseo empleada para explorar la presencia de cada factor. Las frases corresponden a experiencias durante el evento o a hechos posteriores relacionados con éste. *p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001.

Tabla 5. Coeficientes, significación estadística y odds ratio para los predictores significativos

	B	EE	Z	OR	95% IC para OR	
					Inferior	Superior
Género	-0,78	0,16	-4,85***	0,46	0,34	0,63
Ver construcciones destruyéndose	0,42	0,16	2,64**	1,52	1,11	2,07
Ver incendio	0,54	0,17	3,12**	1,72	1,22	2,41
Ver personas fallecidas	0,53	0,23	2,30*	1,7	1,08	2,67
Participar actividades de rescate	0,6	0,26	2,33*	1,82	1,1	3,03
Sentir vida en riesgo	1,01	0,25	4,06***	2,74	1,68	4,46
Sufrir robos o intentos de robo	0,7	0,2	3,45***	2,01	1,35	2,99
Miedo	1,14	0,17	6,85***	3,12	2,25	4,32
Cambio de escuela	0,73	0,23	3,22***	2,08	1,33	3,26
Empeoramiento relaciones familiares	1,2	0,25	4,73***	3,33	2,02	5,47

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001.

mination). Como resultado de este análisis, se identificaron 10 predictores que mostraron una relación significativa con la variable dependiente (tabla 5).

Discusión

Las localidades consideradas en este estudio fueron todas impactadas de modo importante por el desastre natural del 27/F. Ello explica que el 77% de los participantes describa que experimentó que estaba en riesgo su vida. Alrededor de un cuarto de los niños y niñas estudiados experimentó consecuencias directas del evento (en especial quienes fueron afectados por el tsunami) como daños en la vivienda; un grupo todavía mayor experimentó consecuencias derivadas de la pérdida de la fuente laboral de alguno de sus padres. Casi un 10% de los participantes experimentó el fallecimiento de un familiar o persona cercana. Debe considerarse que durante los seis meses posteriores al desastre continuaron presentándose fuertes e intensas réplicas.

En este contexto, casi un 25% de la población evaluada puntuó sobre el punto de corte en la CPSS, indicador de un probable cumplimiento de los criterios de presencia de TEPT. En concordancia con investigaciones previas, la prevalencia de probable TEPT fue más alta en

las mujeres. Si bien no significativa estadísticamente, se observa una tendencia a una mayor prevalencia de probable TEPT en los niños y niñas de menor edad respecto de los de mayor edad. Cabe calificar la prevalencia obtenida de moderada, indicando que la cuarta parte de los participantes, a seis meses del evento, todavía presentaba grados importantes de sintomatología “postraumática”. Diferencias en el tipo de impacto de los desastres, en las poblaciones consideradas, en los métodos de evaluación empleados, hacen difícil comparar esta tasa con la obtenida en investigaciones previas. Resultados análogos a los obtenidos se observan en un estudio recientemente publicado referido a población adolescente de Chillán, localidad afectada exclusivamente por el terremoto del 27/F¹⁹.

Como era esperable, por su mayor nivel de amenaza y destructividad, las localidades afectadas por el tsunami muestran prevalencias más altas que las afectadas exclusivamente por el terremoto.

Un aspecto controversial se refiere a cómo considerar a la población que aparece con elevada sintomatología y probable TEPT ¿Son niños y niñas que presentan un trastorno psicopatológico que requiere un tratamiento especializado, o sus respuestas deben considerarse esperables dadas las circunstancias a que se enfrentan?²⁰. Ignorar el contexto y la posible evolución natural positiva de mucha

de la sintomatología presentada sería un error; igualmente, sería un error minimizar el riesgo de cronificación y de impedimento en quienes aparecen presentando TEPT. La escala empleada en el presente estudio se validó originalmente también en niños, niñas y adolescentes expuestos a un terremoto. En esa investigación, realizada a dos años del evento, también un 25% de la población estudiada presentaba un probable TEPT, lo que indica la cronicidad que puede tener la sintomatología postraumática en una porción relevante de la población¹⁷.

Considerando estos antecedentes, parece importante que el quehacer de los equipos de apoyo (médicos/as, psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales) asuma un encuadre fundamentalmente psicosocial en el desarrollo de acciones que eviten la cronificación del TEPT. Esto implica no asumir ni transmitir la noción de enfermedad generalizadamente sino más bien realizar intervenciones promocionales que, en ese contexto, potencien estrategias que ayuden también a disminuir la sintomatología postraumática y sus consecuencias, acompañado de un uso cuidadoso y focalizado de intervenciones especializadas para aquellos niños y niñas más afectados.

Al respecto, es particularmente interesante que el síntoma más frecuente en la población estudiada fue el referido a “sentirme mal al pensar o escuchar acerca de lo ocurrido”, por lo que las intervenciones psicosociales deberían abordar este aspecto especialmente.

En general, los síntomas de reexperimentación e hiperactivación aparecieron como los más frecuentes; lo contrario ocurrió con los síntomas de evitación y embotamiento (que son considerados parte del mismo grupo de síntomas en el DSM-IV). Algunos autores consideran que los síntomas de embotamiento, si bien menos frecuentes, serían los más específicos del TEPT, al menos en adultos²¹; por el contrario, otros consideran que no son pertinentes en la consideración de las respuestas traumáticas propias de niños y niñas^{17,22}. Un síntoma de evitación que no fue evaluado en el presente estudio, dado que se decidió eliminar el ítem correspondiente de la escala, fue el referido a la amnesia del suceso.

De los 10 factores predictores de probable

TEPT que resultaron significativos, el más fuerte fue la percepción de empeoramiento en las relaciones familiares luego del evento, seguido del miedo intenso y haber experimentado la propia vida en riesgo. El relevante papel de los vínculos significativos y su capacidad de contención y apoyo como factor protector de TEPT ha sido observado en diversos estudios, así como la fuerte incidencia que el estrés parental post-evento puede tener en la presencia de sintomatología postraumática, incluso más que el evento en sí mismo^{23,24}. La relación con la experiencia de miedo intenso y de peligro es concordante con la investigación que indica que la experiencia de terror es fundamental en el desarrollo de sintomatología postraumática posterior. Una experiencia de miedo intenso es uno de los aspectos considerados en el DSM-IV en el llamado criterio A del TEPT; sin embargo, la escala CPSS no evalúa el criterio A, por lo que no puede atribuirse la relación observada a este hecho²³. Los demás factores significativos tienen relación con una mayor intensidad experimentada en relación al evento (ver construcciones destruyéndose, incendios, participar del rescate), con el impacto adicional que tuvo la experiencia de saqueos o de temor a los saqueos que se presentó en los días que siguieron, o con impacto en la vida cotidiana como el cambio de escuela.

Una de las limitaciones principales de este estudio es el muestreo no probabilístico realizado, así como la imposibilidad de obtener un diagnóstico preciso de presencia de TEPT. Teniendo presente esas restricciones, los resultados obtenidos sugieren que la atención al bienestar de niños y niñas luego de un desastre natural debe prolongarse en el tiempo, y considerar factores tanto de la experiencia vivida como de su contexto de vida posterior, sobre todo aquellos que dicen relación con el ambiente familiar y escolar.

Un desafío futuro de la investigación es poder establecer qué niños y niñas no sólo presentan TEPT a los seis meses de un evento de esta naturaleza sino que están en riesgo de cronificación, con impedimento asociado, y requieren no sólo apoyo psicosocial general sino una intervención más especializada.

Reconocimientos

Esta investigación fue realizada como parte del esfuerzo desplegado por trabajadores de la red asistencial de salud de la Octava Región, y de personas voluntarias de la comunidad que se volcaron al trabajo con niños y niñas de distintas localidades afectadas.

Referencias

- 1.- *Kun P, Han SC, Chen XC, Yao L*: Prevalence and Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder: A Cross-Sectional Study among Survivors of the Wenchuan 2008 Earthquake in China. *Depress Anxiety*. 2009; 26 (12): 1134-40.
- 2.- *Pynoos RS, Goenjian A, Tashjian M, et al*: Posttraumatic Stress Reactions in Children after the 1988 Armenian Earthquake. *Brit J Psychiat* 1993; 163: 239-47.
- 3.- *Osofsky HJ, Osofsky JD, Kronenberg M, Brennan A, Hansel TC*: Posttraumatic Stress Symptoms in Children After Hurricane Katrina: Predicting the Need for Mental Health Services. *Am J Orthopsychiat* 2009; 79 (2): 212-20.
- 4.- *Fan F, Zhang Y, Yang YY, Mo L, Liu XC*: Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder, Depression, and Anxiety Among Adolescents Following the 2008 Wenchuan Earthquake in China. *Journal of traumatic stress* 2011; 24 (1): 44-53.
- 5.- *Cova F, Rincón P, Grandón P, Vicente B*: Controversias respecto de la conceptualización del trastorno de estrés postraumático. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2011; 49: 288-97.
- 6.- *Norris F, Elrod C*: Psychosocial consequences of disaster: A review of past research. In: Norris F, Galea S, Friedman M, Watson P, editors. *Methods for disaster mental health research*. New York: Guildford Press; 2006.
- 7.- *Furr JM, Corner JS, Edmunds JM, Kendall PC*: Disasters and Youth: A Meta-Analytic Examination of Posttraumatic Stress. *J Consult Clin Psych* 2010; 78 (6): 765-80.
- 8.- *Pynoos RS, Steinberg AM, Layne CM, Briggs EC, Ostrowski SA, Fairbank JA*: DSM-V PTSD Diagnostic Criteria for Children and Adolescents: A Developmental Perspective and Recommendations. *Journal of Traumatic Stress* 2009; 22 (5): 391-8.
- 9.- *Brent DA, Perper J, Moritz G, et al*: Adolescent Witnesses to a Peer Suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1993; 32 (6): 1184-8.
- 10.- *Fletcher KE*: Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text. *Psychiat Serv* 2000; 51 (3): 400-1.
- 11.- *Asarnow J, Glynn S, Pynoos RS, et al*: When the earth stops shaking: Earthquake sequelae among children diagnosed for pre-earthquake psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999; 38 (8): 1016-23.
- 12.- *Jensen TK, Dyb G, Nygaard E*: A Longitudinal Study of Posttraumatic Stress Reactions in Norwegian Children and Adolescents Exposed to the 2004 Tsunami. *Arch Pediatr Adol Med* 2009; 163 (9): 856-61.
- 13.- *Giannopoulou L, Smith P, Ecker C, Strouthos M, Dikaiakou A, Yule W*: Factor structure of the Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES) with children exposed to earthquake. *Pers Individ Differ* 2006; 40 (5): 1027-37.
- 14.- *Kilic C, Kilic EZ, Aydm IO*: Effect of Relocation and Parental Psychopathology on Earthquake Survivor-Children's Mental Health. *J Nerv Ment Dis* 2011; 199 (5): 335-41.
- 15.- *Neuner F, Schauer E, Catani C, Ruf M, Elbert T*: Post-tsunami stress: A study of posttraumatic stress disorder in children living in three severely affected regions in Sri Lanka. *Journal of traumatic stress* 2006; 19 (3): 339-47.
- 16.- *Salud OPS*: El terremoto y tsunami del 27 de febrero en Chile. Crónicas y lecciones aprendidas en el sector salud. Santiago de Chile: OPS; 2010.
- 17.- *Foa EB, Johnson KM, Feeny NC, Treadwell KRH*: The child PTSD symptom scale: Preliminary examination of its psychometric properties. *J Clin Child Psychol* 2001; 30 (3): 376-84.
- 18.- *Bustos P, Rincón P, Aedo J*: Validación Preliminar de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en Niños/as y Adolescentes Víctimas de Violencia Sexual. *Psyke* 2007; 18 (2): 113-26.
- 19.- *Díaz CA, Quintana GR, Vogel E*: Síntomas de depresión, ansiedad y estrés post-traumático en adolescentes de siete meses después del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *Ter Psicol* 2012; 30 (1): 37-43.
- 20.- *Wakefield J, Horwitz A*: Normal reactions to adversity or symptoms of disorder? In: Rosen G, Frueh BC, editors. *Posttraumatic stress disorder*. New Jersey: Wiley & Sons; 2010. p. 33-50.
- 21.- *North CS, Suris AM, Davis M, Smith RP*: Toward Validation of the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder. *Am J Psychiat* 2009; 166 (1): 34-41.

- 22.- *Psychiatry AACAP*: Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2010; 49 (4): 414-30.
- 23.- *Creamer M, McFarlane AC, Burgess P*: Psychopathology following trauma: The role of subjective experience. *J Affect Disorders* 2005; 86 (2-3): 175-82.