

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



Trabajo Final Integrador: Caso único: Trauma asociado a duelo en un niño de 9 años del conurbano bonaerense.

Maria Burgauer

Tutora: Dra. Nora Inés Gelassen

Fecha de entrega: Junio 2019

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivo General	2
2.1 Objetivos específicos.....	2
3. Marco Teórico	3
3.1 Definición de Trauma.....	3
3.1.1 Trauma Infantil.....	6
3.2 Definición de Duelo.....	8
3.2.1 Duelo en la infancia.....	12
3.3 Modelo Cognitivo Conductual.....	15
3.3.1 Modelo Cognitivo Conductual en niños.....	17
3.3.2 Abordaje desde el Modelo Cognitivo Conductual para Trauma en niños.....	19
3.3.3 Abordaje desde el Modelo Cognitivo Conductual en niños para Duelo en niños.....	21
4. Metodología	
4.1. Tipo de estudio.....	23
4.2. Participantes.....	23
4.3. Instrumentos.....	23
4.4. Procedimiento.....	23
5. Desarrollo	
5.1 Contextualización del caso.....	25
5.2 Describir la sintomatología del paciente posterior al evento traumático.....	25
5.3 Describir las estrategias de intervención utilizadas por su psicóloga tratante.....	29
5.4 Analizar los cambios producidos en el paciente desde el momento del trauma hasta la actualidad.....	33
6. Conclusiones	35
7. Referencias Bibliográficas	39
8. Anexos	42

1. INTRODUCCION

El presente trabajo se realizó durante la Práctica Profesional para la carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo correspondiente a la materia Práctica y Habilitación Profesional V. El mismo se llevó a cabo en un Hospital Público del Partido de San Martín en el Área de Psicología Infantil. Las actividades que allí se realizan están dirigidas por diversos profesionales de la salud los que trabajan en forma interdisciplinaria, entre ellos médicos, psicólogos, psiquiatras y trabajadoras sociales.

Durante la Práctica las tareas que la tesista ha llevado a cabo fueron: visitar la distintas salas de internación pediátrica con el objetivo de evaluar las necesidades de los niños y padres allí presentes, contener a éstos y detectar posibles problemáticas, para poder continuar haciendo un seguimiento y realizando un trabajo terapéutico posterior, de resultar éste necesario. Asimismo ha podido presenciar las sesiones psicoterapéuticas y entrevistas de admisión e interconsultas realizadas en los consultorios externos de pediatría, de diversos casos derivados desde juzgados, escuelas, o por demanda espontánea por los diferentes licenciados en psicología que allí trabajan.

Por otra parte también se han podido coordinar encuentros destinados a los distintos grupos de médicos residentes del sector de pediatría a fin de poder brindarles apoyo y estrategias para prevención de burnout, siempre bajo la supervisión de la Doctora en Psicología a cargo del servicio, quien posee el cargo de Coordinadora del Área de Psicología Pediátrica del Hospital y trabaja desde un modelo cognitivo conductual.

La elección del tema del presente TFI surge a partir del trabajo en dicha institución. El caso de Ariel despertó gran interés en investigar debido a la alta complejidad que presentó y a la gran diversidad de intervenciones que se realizaron tanto para trauma como para elaboración de duelo dentro del Modelo Cognitivo Conductual.

2. Objetivo General:

Describir la sintomatología de un niño de 9 años diagnosticado con trauma asociado a duelo, las intervenciones realizadas durante el proceso terapéutico desde un modelo de cognitivo conductual y los cambios producidos en el paciente.

2.1. Objetivos Específicos

2.1. Objetivo 1

Describir la sintomatología del paciente posterior al evento traumático.

2.1.2. Objetivo 2

Describir las estrategias de intervención utilizadas por supsicóloga tratante.

2.1.3. Objetivo 3

Analizar los cambios producidos en el paciente desde el momento del trauma hasta la actualidad.

3. Marco Teórico

Se comenzará haciendo una introducción a los conceptos de trauma y duelo para posteriormente poder centrarse en lo que se refiere a trauma y duelo infantil en particular; a su vez una breve descripción del modelo de terapia cognitivo conductual fue necesaria para ser capaces de analizar el abordaje de duelo y trauma en población infantil según el modelo antes mencionado.

3.1. Definición de Trauma

Etimológicamente la palabra trauma viene del griego y significa herida o daño. En 1894 Pierre Janet conceptualizó el trauma y en 1919 reformuló dicha definición con una que sigue estando vigente hasta la actualidad y que se refiere al trauma como resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento del sujeto y que cuando éstos se sienten demasiado sobrepasados por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración de dicho acontecimiento y fragmenta los recuerdos traumáticos quitándolos de la consciencia, quedando éstos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reacciones conductuales. El trauma es definido entonces como evento o experiencia que amenaza la integridad física y psicológica de la persona. Es posible decir que un hecho es traumático desde un punto de vista psicológico si es una amenaza o ataque que: Ocurre inesperadamente o fuera de toda norma, incluyendo abusos y que excede la capacidad percibida de la persona para poder manejar la amenaza o el ataque y que debido a esto se suelen desorganizar los marcos referenciales del individuo y otros esquemas básicos que le sirven para entender y poder manejarse en el mundo (McCann y Pearlman, 1990).

No es patológico sentir miedo durante una situación traumática o después de ésta. Este miedo desencadena muchos cambios en el cuerpo en fracciones de segundo para responder al peligro y esta respuesta de "lucha o huida" es una reacción adaptativa que sirve para proteger a la persona. Después de esta clase de eventos la mayoría de las personas tendrá

síntomastransitorios, sin embargo otros sujetos que pueden sentirse estresados, incluso cuando ya no están en peligro posiblemente hayan desarrollado un trastorno por estrés postraumático (TEPT) (*National Institute of Mental Health, 2019*).

El TEPT es una de las posibles respuestas al trauma. También lo son la ansiedad, la depresión y los duelos no resueltos, los síntomas somáticos, los problemas de relación interpersonal y sus consecuencias de retroalimentación de síntomas, el uso excesivo de servicios médicos etc. El TEPT es uno de los trastornos más comórbidos de los contemplados en el DSM-IV-R., por otra parte, debido a que el modelo de TEPT resulta insuficiente como modelo de comprensión de las respuesta ante vivencias extremas por lo que se ha comienzan a examinar otros tipos de respuestas, así podemos distinguir los hechos traumáticos tipo I que encajarían dentro de lo que se conoce como TEPT: hechos que son puntuales y asumibles y cuyo paradigma sería un accidente de tráfico en una persona sin factores de riesgo y los hechos traumáticos tipo II los cuales son crónicos, prolongados en el tiempo denominados TEPT Complejos o DESNOS, por sus siglas en inglés: *Disorder of Stress not Otherwise Specified* (Sales, 2006).

El concepto de TEPT desde el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) versión III (APA, 1980) hasta la reciente aparición del DSM 5 (APA, 2014), ha ido evolucionado y ha sufrido modificaciones. Hasta hace dos décadas, algunos autores clasificaron al TEPT dentro de los trastornos de ansiedad, sin embargo el DMS IV (APA, 2000) se diferenció de los anteriores clasificando a dicho trastorno dentro una categoría donde el síntoma principal es la ansiedad patológica y pone énfasis en la reacción de la persona y no tanto en el tipo de evento traumático, también se incluyen criterios distintos de inclusión como el agente inductor, tal como un diagnóstico de enfermedad potencialmente mortal.

En el DSM 5 este trastorno abandona la categoría de trastornos de ansiedad y se presenta dentro de los llamados trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, debido a que se ha logrado comprobar que los síntomas principales del TEPT no giran en torno exclusivo a la ansiedad (Kaplan & Saddock, 1999). Por otra parte, además de tomar la ansiedad como un síntoma dentro de otros, al DSM 5 se agregaron a los criterios de evaluación del trastorno síntomas tales como alteraciones cognitivas negativas tales como problemas en la memoria y distorsiones cognitivas (APA, 2014). Otra diferencia se halla en que el suceso vivido no tiene que hallarse fuera del marco habitual de la experiencia del sujeto, debido a que la exposición a estresores comunes también puede ser altamente angustiante, de esta forma el cuadro ya no se va a limitar a víctimas de guerra o

sobrevivientes de una catástrofe sino también por ejemplo a víctimas de violencia intrafamiliar o accidentes de tránsito (Echeburúa, Corral, & Amor, 1998).

Asimismo el DSM 5 (APA, 2014) señala que el sujeto debe haber estado expuesto a un acontecimiento traumático en el cual ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más eventos vinculados a una amenaza hacia su integridad física o la de los demás y a la cual la persona ha respondido con intenso temor. El TEPT se ve reflejado por la presencia de los cinco grupos sintomáticos característicos en los adultos: en primer lugar síntomas de reexperimentación como recuerdos dolorosos intrusivos, pesadillas, flashbacks; en segundo lugar síntomas de carácter evitativos; en tercer lugar alteraciones negativas en las cogniciones y el estado del ánimo, y por último síntomas de hiperactivación como hipervigilancia, ira, dificultad para concentrarse o trastornos del sueño. Estos síntomas anteriormente mencionados deben prolongarse más de 1 mes y provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Para la Organización Mundial de la Salud, en la Clasificación Internacional de Enfermedades 11° CIE-11, el trauma ocurre cuando la persona ha estado expuesta a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar un profundo disconfort en casi todo el mundo. En el CIE-11 se puede diferenciar TEPT y TEPT Complejo cuando se cumplen todos los criterios de diagnóstico del TEPT, pero además el TEPT Complejo se caracteriza por la gravedad y la persistencia de los problemas en la regulación del afecto; las creencias respecto de sentirse uno mismo disminuido, derrotado o sin valor, así como sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; y las dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. Cuando estos síntomas causan un deterioro significativo en la esfera personal, familiar, social, educativa, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.

Según Salvador (2009) existen dos elementos esenciales en el trauma, por un lado, señala a la situación de amenaza psicológica o vital a la que el sujeto se ve enfrentado y de la cual no encuentra salida y, por otro lado a la ausencia de recursos de afrontamiento, debido a que los habituales no resultan suficientes, impidiendo a éste no solo enfrentar la amenaza sino el defenderse o huir de la misma. De esta forma, el carácter impredecible e incontrolable del evento traumático daña la sensación de seguridad del sujeto, dejando para éste una impresión de vulnerabilidad y carencias defensivas.

Sin embargo señala Van der Kolk (2017) que la mayoría de los autores coinciden en que la disociación es la esencia del trauma, indica así, que al ser la experiencia vivida tan

abrumadora, se divide y fragmenta logrando que emociones, sonidos, imágenes, pensamientos y sensaciones relacionadas a ésta tomen vida propia. El trauma es por definición insoportable e intolerable y produce verdaderos cambios fisiológicos como son un aumento en la activación de hormonas de estrés y alteraciones en el sistema que distingue la información relevante e irrelevante, afectando la parte del cerebro que transmite la sensación física de estar vivos y para que la fisiología vuelva a sus parámetros de normalidad se hace falta contar con una sensación visceral de seguridad ya que tras el evento traumático se experimenta el mundo con un sistema nervioso diferente, debido a que se encuentra alterada la percepción de riesgo.

3.1.1 Trauma Infantil

Los niños pequeños, sin casi ningún tipo de independencia en su mundo, son particularmente sensibles y vulnerables al trauma, así las distintas situaciones como la pérdida de un familiar, accidentes graves, enfermedades graves o prolongadas, así como cambios en la conducta de los padres, caos en la vida cotidiana son traumatizantes porque están indiscutiblemente fuera de la posibilidad de control de un niño. La disociación es una de las defensas más comunes que un niño puede tener ante un evento traumático. Como resultado de ese estado alterado de conciencia, el niño no codifica la información que lo asusta en los lugares habituales y entonces cuando intenta recordar es difícil encontrarla en la memoria. Generalmente estos estados de disociación, tienden a disminuir con los años por lo tanto, si se hallan trastornos disociativos en un adulto se puede inferir que comenzaron en algún episodio de su niñez. Para poder escapar de emociones desagradables los síntomas disociativos más comunes en los niños son del tipo de mentir, olvidarse, robar, tener conductas destructivas, auto o hetero agresivas y de bajo control de los impulsos (Rodríguez, 2001).

En este grupo de edad sufrir un trauma puede conducir al desarrollo de numerosas reacciones que van desde las relativamente leves, causando perturbaciones menores en la vida del niño, a consecuencias severas y debilitantes. La mayoría de los niños y adolescentes expuestos a hechos traumáticos desarrollan angustia psicológica, que es en general de corta duración. En algunos casos, sin embargo, la sintomatología no remite espontáneamente y se convierte en clínicamente significativa, persistente e incapacitante (Bui, et al, 2017).

La disociación afecta la percepción, el pensamiento, la conducta, las emociones y la memoria. Muchas veces los niños pueden aparecer desorientados, como si estuvieran en trance. Si el impacto del trauma o pérdida es lo suficientemente grande, los síntomas

disociativos pueden transformarse en trastornos de disociación. Otros factores implicados en la mayor gravedad del desarrollo son problemas en el apego, cambios biológicos relacionados con el trauma, factores familiares y, por sobre todo, la sensación de no ser capaz de controlar lo que está pasando es otro de los factores importantes en el trauma (Putnam, 1993).

Es importante aclarar que el estrés durante el desarrollo no es necesariamente algo negativo, incluso, el desarrollo de sistemas neuronales que responden al estrés dependen de la exposición a niveles controlables y moderados del mismo. De hecho, es esencial para un desarrollo saludable de los niños la oportunidad de controlar su exploración y de descubrir y experimentar una novedad moderada ya que dichas exposiciones moderadas y controladas al estrés durante la infancia junto con un cuidador constante seguro y disponible servirán como base para lograr mejores estrategias de afrontamiento contra futuros factores de estrés más severos, por lo tanto, los niveles de excitación y estrés asociado a la novedad y la conducta exploratoria segura ayudaran a que ese niño crezca sano. La respuesta de un niño a un evento traumático dependerá de diversos factores como la naturaleza, la duración, el patrón de trauma, las características del niño, su situación familiar y social (Perry, 2014).

Gilbert et al. (2009) luego de encontrar que en los países desarrollados hay un gran porcentaje de niñas y niños que son abusados tanto física, sexual o psicológicamente por parte de sus cuidadores llegan a las siguientes conclusiones: en primer lugar que los maltratos son en muchas ocasiones continuos y constituyen una situación crónica para los éstos, por otra parte, tanto la pobreza de los padres como el bajo nivel educativo y las enfermedades mentales suelen estar asociados con el maltrato infantil, y dicho maltrato tiene en las niños efectos duraderos en la salud, entre las consecuencias que se hayan asociadas se pueden mencionar problemas con drogas y alcohol, comportamiento sexual de riesgo, obesidad y criminalidad. La supervivencia del niño depende de sus cuidadores, por tanto, cualquier conducta de abuso o abandono puede ser vivida como una amenaza a su vida y generar un trauma. El abandono puede resultar tan perjudicial como el abuso físico o sexual. Debido a esto las conductas que se desarrollan en esas edades suelen quedar automatizadas y se repiten en la edad adulta, es decir que, las conductas de apego que se desarrollan en la relación con los cuidadores se tienden a repetir en las relaciones de pareja.

El niño traumatizado podría tener problemas con posterioridad para establecer relaciones afectivas y oscilar entre aislarse socialmente o apegarse a alguien de una manera impulsiva como consecuencia de un mecanismo de autoprotección: la mejor manera de no volver a sufrir la pérdida es la de no establecer vínculos intensos emocionalmente (Sales, 2006).

El término trauma complejo (TC) hace referencia a la experiencia de haber sufrido múltiples traumatizaciones, específicamente de origen interpersonal, y con consecuencias nefastas para el desarrollo del niño (Van der Kolk, 2005). El TC se diferencia al TEPT ya que, en el TC, el niño ha experimentado diversas situaciones traumáticas que en general provienen de sus cuidadores principales, y muchas veces lo traumático es lo cotidiano de sus vidas, como consecuencia de esto, los efectos negativos en el desarrollo del niño son devastadores a través de todo su desarrollo.

Se pueden distinguir cuatro características principales del TC. La primera se encuentra ligada a haber estado expuesto a múltiples experiencias traumáticas (violencia intrafamiliar, maltrato, abuso, negligencia, accidentes, pérdida de personas significativas, etc.), la segunda está referida a una desorganización sistémica del cuerpo y mente que se manifiesta a nivel biológico, somático, emocional, cognitivo, psicológico, relacional, social y cultural. La tercer característica es una alteración en la representación e imagen de la realidad y de sí mismo (Baja autoestima, desconfianza, inseguridad emocional, autorresponsabilidad, culpa, visión desamparada del presente y el futuro) y como cuarta y última característica los niños que presentan un TC suelen presentar una alteración en todos los ámbitos de la vida, tanto a familiar, como educacional, vocacional, legal y con sus pares (Lecannelier, 2018).

3.2 Duelo

El duelo no es una enfermedad, sino una respuesta normal a un suceso doloroso normal de la vida como es la muerte de un ser amado. El duelo normal tiene etapas bien conocidas que no deben contemplarse de forma rígida, sino como un marco referencial. El duelo normal tiene una gran variabilidad interpersonal, es un proceso único, que no debe confundirse con el duelo complicado, el cual es definido por Horowitz (1980) como aquel cuya intensificación llega al nivel en el que el individuo se halla desbordado, y recurre a conductas desadaptativas, o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución.

La literatura recoge muchas acepciones para este término, sin embargo la más utilizada señala que duelo es un proceso de adaptación normal que sigue a la pérdida de un ser querido, de esta definición se pueden señalar varias cuestiones, en primer lugar que el duelo es un proceso, lo que señala que no es algo inmediato sino que requiere tiempo, es segundo lugar el duelo como proceso activo y dinámico está sujeto a variaciones, no es lineal; por otra parte es normal, común a todas las personas que pierden a un ser querido, pero

es un proceso único y esto implica que la forma de responder ante ello es diferente, no hay dos duelos iguales, como no lo hay dos sujetos iguales, y, por último, implica un trabajo personal que requiere de elaboración y que implica movilizar recursos y aprender nuevas habilidades (Díaz Seoane, 2016).

El duelo es definido entonces como la reacción psicológica, emocional, cognitiva y conductual que se produce a partir de la pérdida de una persona significativa. Es una experiencia humana universal, única y dolorosa que puede delimitarse en el tiempo, presenta una evolución previsiblemente favorable y requiere la necesidad de adaptarse a la nueva situación (Barreto, de la Torre & Pérez-Marín, 2012).

Worden (1997) señala que el duelo normal o duelo no complicado incluye un amplio rango de conductas y sentimientos que son esperables luego de una pérdida, alguna de estas características son: algún tipo de malestar somático, preocupaciones por la imagen del fallecido, culpa relacionada con el fallecido o con las circunstancias de la muerte, reacciones hostiles, incapacidad para funcionar como antes de la pérdida y el desarrollo de rasgos del fallecido en su propia conducta, así como sentimientos de tristeza, enfado, culpa y autoreproche, ansiedad, sentimientos de soledad y anhelo, fatiga e impotencia. En cuanto a las conductas, se manifiestan trastornos en el sueño y la alimentación, falta de concentración, aislamiento social, sueños con el difunto, conductas evitativas con respecto éste, llanto, atesoramiento de objetos vinculados al ser querido, buscar y llamar en voz alta al fallecido. Por último entre las cogniciones normales en las primeras fases del duelo se incluye la incredulidad, la confusión, la preocupación, el sentido de presencia y las alucinaciones tanto visuales como auditivas, aunque estas últimas presagian la posibilidad de un duelo más complicado.

El duelo remite una pérdida y en general constituye una situación traumática, pero la pérdida de seres queridos que han sido víctimas de accidentes, homicidios o suicidios devienen en un tipo de duelo más complejo. Se considera dentro de la categoría de trauma a aquellos duelos donde el fallecimiento del ser querido ha sido súbito, inesperado o en donde hubo hechos de violencia, mutilación, destrucción o desaparición del cuerpo. Estos aspectos hacen que la muerte traumática vuelva más dolorosa la pérdida, tornando más complicada la tarea del duelo no sólo por la imposibilidad de anticipar la muerte del ser querido, sino también por el estrés postraumático que sufre quien debe afrontar una muerte inesperada (Yoffe, 2007).

Muchas situaciones traumáticas conllevan procesos de duelo, y éste puede estar asociado a las múltiples pérdidas que pueden suceder: pérdidas materiales, de ideales, de

proyectos y por supuesto pérdidas de personas queridas. El duelo asociado a situaciones traumáticas tiene una serie de características que le hacen ser especialmente único y complejo (Perez-Salé, 2006).

Boss (2006) define la muerte traumática como aquella situación en la que un sujeto se enfrenta a la pérdida de uno o más familiares cercanos o amigos y que ocurre accidentalmente en el contexto de guerra, suicidio, homicidio, u otras situaciones violentas, quienes sufren la muerte traumática de sus seres queridos suelen experimentar angustia por el trauma con síntomas tales como hiperactivación fisiológica, recuerdos constantes de la persona fallecida y conductas evitativas.

Ante los duelos, se deben tener en cuenta cuales son los mecanismos de afrontamiento con los que cuenta quien ha sufrido la pérdida, para poder evitar cualquier tipo de desarrollo de duelo patológico. Si el duelo se reprime esto suele generar síntomas físicos, enfermedades psicosomáticas, trastornos de la conducta, depresión o duelo patológico (Yoffe, 2007).

Se debe recordar que las primeras reacciones no necesariamente marcan la evolución del duelo. Algunas personas, en un primer momento tienen una respuesta emocional ligera y sin embargo luego experimentan una intensificación y cronificación del duelo. Otras, en cambio, se expresan con un sufrimiento inicial intenso pero luego lo irán superando más fácilmente, lo que suele ser la reacción más frecuente (Echeburúa, 2004).

Cuando el duelo no sigue el curso esperado e interfiere en el funcionamiento general de la persona se lo suele denominar duelo complicado DC o patológico

Hasta el DSM IV (APA, 2000) el duelo aparecía como una entidad susceptible de recibir atención clínica priorizando como criterio el diagnóstico fenomenológico del duelo. Para el diagnóstico diferencial entre normal y patológico se debía tener en cuenta que el malestar sea mayor del esperable o que traiga consecuencias significativas para la actividad social o laboral, por otra parte, el DSM IV establecía un diagnóstico diferencial con el TDM en los casos en donde la persona estaba atravesando también un duelo y el tiempo de la pérdida del ser querido era inferior a dos meses aun cumpliendo con los criterios para el TDM.

Con la aparición del DSM 5 (APA, 2013) cuando el duelo es persistente o patológico es denominado Trastorno Persistente del Duelo Complicado, en adelante TPDC, y se encuentra dentro de los Trastornos Relacionados con Trauma y Estresores, en la categoría de Otros Trastornos Especificados Relacionados con Trauma y Estresores. El TPDC comprende un grupo de síntomas centrales y síntomas añadidos que se dividen en dos grupos, llamados

trastornos reactivos a la muerte y trastornos sociales o de identidad. Con respecto a los síntomas centrales de TPDC los mismos incluyen: dolores recurrentes del duelo, dolor intenso y dolor emocional en respuesta a la muerte, preocupación con pensamientos del ser querido y preocupación por las circunstancias de la muerte que pueden manifestarse como pensamientos intrusivos y angustiosos.

Simon et al. (2007) indicaron que el 75,2% de los pacientes con DC tenían al menos un trastorno del eje I del DSM-IV, siendo el TDM y el TEPT los trastornos comórbidos más frecuentes.

Con respecto a lo que se refiere a las etapas o fases que atraviesa un sujeto durante un duelo, la mayoría de los autores coinciden en que las etapas del duelo son cinco. La primera de estas etapas es la negación, la cual suele ser muy habitual inmediatamente después de la pérdida y con frecuencia viene aparejada de un estado de shock o embotamiento. En segundo lugar se presenta la ira que se manifiesta con sentimientos de enfado y frustración. La tercera fase es la negociación en la cual el sujeto guarda la esperanza de que nada cambie y de que puede influir de algún modo en la situación. La cuarta etapa es la depresión con sentimientos de tristeza y de desesperanza. La quinta y última fase es la aceptación de la pérdida con la llegada de un estado de calma asociado a la comprensión de que la muerte. Pero según los expertos las personas no pasan necesariamente por todas estas etapas ni en ese orden específico, así que el duelo se puede manifestar de distintas maneras y en momentos diferentes para cada persona (Kübler-Ross, 1969).

Autores como Worden, Rando o Neimayerse muestran en claro desacuerdo con el concepto de fases, ya que consideran que favorecen la creencia de que la persona desempeña un papel pasivo frente al proceso. Tanto Worden como Rando prefieren hablar de tareas y el Neimayerse hablar de desafíos, apuntando a subrayar de esta manera la importancia de la actividad del sujeto en su duelo (Del Pino, Pérez, & Ortega, 2000).

Worden (1997) presentó un enfoque revolucionario del duelo, en contraposición con el sujeto pasivo que transitaba etapas mostró un sujeto activo con tareas por resolver resumidas en aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor, adaptarse al medio en ausencia del fallecido y continuar viviendo. Planteo diez principios y procedimientos del asesoramiento psicológico en el duelo. El primero implica ayudar al paciente a hacer real la pérdida para que pueda llegar a tener una conciencia más clara de que la misma ha ocurrido realmente y que la persona está muerta y no volverá y aceptar esta realidad para poder afrontarla. El segundo principio es ayudar al paciente a identificar y expresar sentimientos ya que por causa de su intenso dolor puede que no reconozca muchos

de sus sentimientos, o puede que no los sienta en el grado necesario. Algunos de los sentimientos más problemáticos son el enfado, la culpa, la ansiedad y la impotencia. El tercer procedimiento involucra al ayudar a vivir sin el fallecido, este principio implica ayudar a las personas a adaptarse a la pérdida. El cuarto procedimiento es facilitar la recolocación emocional del fallecido. El quinto dar tiempo para elaborar el duelo debido a que la elaboración del mismo requiere tiempo para acomodarse a la pérdida y a todas sus ramificaciones, el asesor puede ayudar a la familia a entender esto, algo que puede parecer obvio pero que sorprendentemente no siempre lo es. El sexto principio es el de interpretar la conducta “normal” ya que muchas veces luego de una pérdida significativa muchas personas tienen la sensación de estas volviéndose locas, lo que se puede intensificar cuando experimentan cosas que normalmente no forman parte de su vida, el asesor deberá tranquilizar a la persona para que entienda que estas experiencias nuevas son normales. El séptimo principio tiene que ver con permitir las diferencias individuales ya que existe un amplio rango de respuestas. El octavo principio será el de brindar apoyo continuado, es decir que los profesionales han de estar disponibles a lo largo de los períodos más críticos al menos durante el primer año. El noveno procedimiento implica ayudar a los pacientes a examinar sus defensas y sus estilos de afrontamiento ya que los mismos se intensificarán después de una pérdida tan significativa. El décimo y último principio consiste en identificar patologías o derivar en caso de ser necesario.

Se estima que el lapso habitual necesario para finalizarlo fluctúa alrededor del año, aunque se admite que algunos síntomas puedan persistir un tiempo mayor. (Del Pino, Pérez, & Ortega, 2000).

3.2.1 Duelo en la infancia

En el apartado anterior se ha intentado desarrollar el concepto de duelo, a continuación se intentará profundizar sobre duelo en población infantil, aunque el tema de la muerte en los niños se encuentre pobremente integrado como una realidad de la práctica clínica. La comprensión de la muerte va cambiando con la edad, un niño menor a dos años no tiene la capacidad de integrar un concepto como la muerte, entre los tres y los siete años con un pensamiento pre operacional el niño intentará encontrar mecanismos causa-efecto para lo que va sucediendo, es ahora que tiene cabida la idea de la muerte pero como algo reversible o temporal y con atribuciones mágicas en donde el concepto de muerte puede adquirir propiedades tenebrosas. Es entre los siete y los doce años cuando aparece el pensamiento operacional y donde se van a ir adquiriendo los diferentes elementos que pueden ser

conformadores de una muerte apropiada (inmovilidad, universalidad, irrevocabilidad, entre otros), aunque el niño aun no será capaz de generar un pensamiento abstracto que permita comprender lo permanente y absoluto de la muerte, es recién aproximadamente a los doce años de edad cuando se presenta el concepto de muerte ligado a la capacidad de abstracción (Zañartu, Kramer, & Wietstruck, 2008).

Generalmente el duelo adulto es diferente del infantil, los niños no suelen expresar sentimientos de tristeza o apatía, sino que manifiestan cambios de humor, problemas de sueño o alimentación, disminución del rendimiento escolar y dolores psicósomáticos (cefaleas, dolor abdominal recurrente), conductas regresivas, miedos, ansiedad y conductas desafiantes o de cólera (De Hoyos López, 2015).

El proceso del duelo en niños es similar al de los adultos solamente cuando el niño es capaz de entender sobre la irreversibilidad de la muerte. La duración de un proceso de duelo en niños puede variar y depende en gran medida del apoyo que recibe. Por elaboración de duelo o trabajo de duelo se refieren a la serie de procesos psicológicos que se ponen en juego para lograr la aceptación y acomodación a la nueva realidad (Diaz Seoane, 2016).

Los niños que han sufrido pérdidas importantes están más expuestos a desarrollar algún trastorno psiquiátrico en la infancia, constituyendo un importante factor de riesgo. En la fase de readaptación al medio los niños requieren de mucha más ayuda externa que los adultos, los cuales muchas veces, para intentar protegerlos del hecho traumático se los aparta, cuando en realidad lo que el niño requiere es que el hecho de la muerte le sea explicado de forma abierta y clara, siempre teniendo en cuenta la edad evolutiva con un lenguaje comprensible y adecuado. Es fundamental que se ofrezcan vínculos afectivos seguros, fiables y continuos, al menos con un adulto significativo para favorecer la adaptación, el crecimiento y el afrontamiento de la pérdida (Guillén Guillén, Gordillo Montaña, Gordillo Gordillo, Ruiz Fernández & Gordillo Solanes, 2013).

Diaz Seoane (2016) hace una distinción entre el duelo infantil y el duelo adulto. Entre las principales diferencias destaca que la vida del niño no suele interrumpirse, sino que sigue su ritmo y que es habitual que los niños resuelvan el duelo de una manera más rápida que los adultos. En la infancia predominan las manifestaciones de tipo fisiológico al ser mayor la dificultad para expresar las emociones y los sentimientos, y en los adolescentes es más frecuente el malestar psicológico.

Por último existen una serie de signos que son esperables durante un proceso de duelo y otros que se deben considerar signos de alarma. En su libro *Hablemos de duelo* Diaz Seoane (2016) agrupa a estos signos a considerar según los siguientes rangos etarios: Primera

infancia (hasta los dos años) donde no existe una comprensión de la muerte pero si una percepción de ausencia de la persona significativa; los preescolares (que comprende a los niños de entre 3 y 6 años) en donde prima la fantasía y donde conciben la muerte como algo temporal y reversible; la etapa escolar (entre los 6 y los 10 años) donde el concepto de la muerte se acerca más a lo real, los niños alrededor de los siete es cuando comienzan a entender la irreversibilidad de la muerte, sin embargo les falta adquirir aun el concepto de universalidad, ya que muchas veces piensan que la muerte solo afecta a personas muy mayores, cuando por fin comprenden que la muerte es universal aparece en ellos la angustia y el miedo, ya sea por su propia muerte o la de sus seres queridos. Cuando se plantean intervenciones se debe tener en cuenta este rango evolutivo, y considerar normales algunos signos esperables de un duelo normal, así como considerar de alarma otros signos que pueden ser predictores de un DC (Díaz Seoane, 2016).

La mayoría de los autores coinciden en que la muerte no natural, como el suicidio, produce reacciones de duelo diferentes y más complejas de las que se pueden observar de otras causadas por muerte natural (Reed, 1998).

El suicidio es una tragedia devastadora y suele producir un duelo muy traumatizante. Con respecto a la sintomatología aguda del duelo por suicidio, la misma, suele perdurar por más tiempo que en casos de muerte natural. Los niños tienden a negar lo ocurrido si el suicidio lo ha cometido uno de sus padres, por otra parte es común que se muestren irritables, con cambios de humor bruscos y alteraciones en el sueño y el apetito e incluso muchas veces suelen presentar intenciones suicidas que adquieren el significado de reunión con el progenitor ausente. A su vez, pueden mostrar alteraciones perceptivas como escuchar voces dentro de la cabeza y ver el fantasma de la madre o el padre fallecido. También pueden tener pensamientos de culpa o sentir agresividad hacia el padre o madre por estar ausente. En estos casos, es deseable que la familia cuente la verdad de lo sucedido, con un lenguaje claro, sencillo y comprensible según la edad evolutiva del niño y debe prestarse soporte emocional de parte de una figura sustitutiva, como puede ser un hermano mayor, un tío o tía. La muerte por suicidio puede ser un factor de riesgo para desarrollar un DC debido a que el entorno suele mostrarse incapaz de actuar de forma adecuada y por las características particulares que presenta una muerte de este tipo (García Viniegras & Pérez Cernuda, 2013).

3.3 Tratamiento cognitivo conductual

Una de las terapias que se han encontrado de mayor eficacia comprobada es la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). La TCC se utiliza para describir las intervenciones orientadas a

reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas que poseen los individuos mediante la modificación de procesos cognitivos basándose en el supuesto de que las emociones y conductas, es decir lo que se siente y lo que se hace, son un producto de las cogniciones, es decir, de lo que se piensa, y de que, por lo tanto, las intervenciones cognitivo-conductuales pueden generar cambios en la forma de pensar, sentir y actuar de las personas (Kendall, 1991).

Tomando a Caro (2007) el paradigma cognitivo es un paradigma plural y delimitado que ha demostrado eficacia y que se centra, principalmente, en los procesos del conocimiento humano, en su influencia en el bienestar de los sujetos y en el uso que de ellos se puede hacer para facilitar ese bienestar.

Los principales modelos que señalan el inicio de las TCC son la terapia racional emotivo conductual de A. Ellis y la terapia cognitiva de A. Beck. Ambos modelos comparten algunos antecedentes comunes. Ambos autores parten de un marco psicodinámico, con metas diferentes, se plantearon sus respectivos modelos cognitivos como un intento de superación del psicoanálisis (Caro, 2007).

El vínculo existente entre emociones y cogniciones fue subrayado por Albert Ellis (1962) en la que se llamó terapia racional-emotiva. Este modelo propone que la emoción y la conducta se derivan de la forma en que se interpreta lo que sucede, más que de lo que suceda en sí mismo o del acontecimiento en sí. Según dicho modelo, los sucesos activadores (A) se valoran a la luz de las creencias (B) lo que genera a su vez unas consecuencias emocionales (C). Las creencias pueden ser tanto racionales como irracionales, y éstas últimas tienden a suscitar y perpetuar los estados emocionales negativos

Según Beck (2000) existen principios fundamentales de la TCC que guían el que hacer del terapeuta, las tareas del paciente y la estructura de las sesiones. La TCC se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteada en términos cognitivos, requiere de una sólida alianza terapéutica, debido a que la empatía con el paciente es fundamental para el éxito del tratamiento; enfatiza la colaboración y la participación activa; y está siempre orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados por tanto, las metas del paciente serán el eje que guíe todo el proceso terapéutico, otro aspecto fundamental es que destaca el presente, es decir que se centra en el aquí y el ahora; y posee un límite de tiempo; también es educativa es decir, que en las sesiones se enseña a los pacientes a identificar lo que piensan, lo que sienten y lo que hacen; y por último, utiliza una variedad de técnicas para modificar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

La TCC se caracteriza por ser un tratamiento activo donde tanto el terapeuta como el paciente cumplen roles activos en la terapia, se trata de un tratamiento donde el terapeuta es directivo, es decir que dirige mediante intervenciones el tratamiento, a su vez, se caracteriza por ser una terapia estructurada y con tiempos limitados donde se planifica el trabajo terapéutico en un cierto periodo de tiempo. Se desarrolló principalmente para tratar la depresión, pero en la actualidad se utiliza para todas las patologías y se basa fundamentalmente en el supuesto de que la conducta y los afectos de un individuo se hallan determinados por su manera de estructurar el mundo. Así el esquema básico de la TCC puede graficarse como una triada entre emoción, pensamiento y conducta (Camacho, 2003).

Otro rasgo elemental de la TCC es su estructuración que implica la necesidad de que los terapeutas sean capaces de realizar una conceptualización y formulación cognitiva de cada caso clínico. Lo que facilita la reducción del número de sesiones, así como la alianza terapéutica y asegura un mejor diseño del tratamiento, con lo que se contribuye a la eficacia del procedimiento en cada caso clínico (Caro, 2007).

La TCC plantea que los seres humanos son seres racionales capaces de procesar adecuadamente la información que reciben y que poseen la capacidad de conocer de forma precisa, ajustada y correcta, es decir, representando apropiadamente el mundo, por tanto este tipo de conocimiento será válido y verdadero cuando represente adecuadamente la realidad. Cuando estos procesos son erróneos o distorsionados, llevan a un conocimiento no válido en forma de pensamientos automáticos negativos y disfuncionales. Se debe trabajar activamente para encontrar estas representaciones erróneas de la realidad y lograr reemplazarlos por pensamientos mejor ajustados a la realidad, corrigiendo los procesos de conocimiento (Camacho, 2003).

Según Beck (2000) los esquemas son patrones cognitivos relativamente estables que constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones de la realidad, de esta forma los individuos utilizan sus esquemas para localizar, codificar, diferenciar y atribuir significaciones a los datos del mundo. Estos esquemas son adaptativos y se van desarrollando mediante las relaciones que las personas van estableciendo con el medio.

Otro concepto central de la TCC son las creencias, que son los contenidos de los esquemas, el resultado directo de la relación entre la realidad y nuestros esquemas que se traducen como aquello en lo que uno cree y que nos permiten dar sentido al mundo. Las creencias se construyen y generalizan a través de la experiencia, son como mapas mentales. Se destacan dos tipos particulares de creencias. En primer lugar las creencias nucleares que son aquellas que constituyen el self de la persona, dan el sentido de identidad y son difíciles

de modificar. Por otra parte existen las creencias periféricas que se vinculan con aspectos más secundarios, tienen una menor relevancia que las creencias nucleares y son más fáciles de modificar. La dinámica entre las creencias y los esquemas son la base de sustento de los síntomas según la TCC, por lo tanto el trabajo sobre las creencias es central en este tipo de abordaje (Camacho 2003).

Las distorsiones cognitivas son los errores en el procesamiento de la información que se derivan de los esquemas cognitivos, es decir que transforman la información que llega del exterior consiguiendo que dichos esquemas permanezcan intactos. Las distorsiones cognitivas provocan procesos de asimilación y mantienen la homeóstasis (Friedberg & McClure, 2005).

Por último, es importante definir que son los pensamientos automáticos que surgen de las creencias. Los mismos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser consecuencia de un razonamiento, sino más bien parecen surgir automáticamente. Pueden ser verbales o aparecer en forma de imágenes. Este tipo de pensamiento se impone, es decir que aparecen en el fluir del pensamiento normal y condicionan su curso. Los pensamientos automáticos no son cuestionados, es decir que se les atribuye una certeza absoluta y condicionan la conducta y el afecto (Beck, 2000).

3.3.1 Tratamiento cognitivo conductual en niños

En cuanto a la TCC en niños, a pesar de que este enfoque posee una gran diversidad técnica para el tratamiento en adultos, el aporte en ese sentido para el abordaje de niños es limitado. En pacientes adultos es natural la utilización de la comunicación verbal como recurso psicoterapéutico privilegiado, sin embargo la actividad protagonista en la psicoterapia de la niñez es el juego y es a través del mismo es que el niño será capaz de expresar sus pensamientos y emociones, de manera que los terapeutas necesitan entrenamiento en la utilización de este tipo de intervenciones utilizando también el uso de otros recursos como el dibujo, las narraciones, metáforas, role playing entre otros y también señalan la importancia que se le debe dar al trabajo con la familia, ya que esta variable es fundamental para poder lograr los objetivos del tratamiento (Bunge, Gomar, & Mandil, 2008).

Según Stalland (2007) uno de los elementos de la TCC en la niñez es la educación emocional, la cual pretende ayudar a los niños a tomar conciencia de los diferentes sentimientos y a ser capaces de distinguirlos. Para poder participar en este proceso ellos tienen que ser capaces de poder acceder a sus propios sentimientos y brindar una descripción de los estos y puede ser que en el caso de los más pequeños éstos no sean capaces de describir verbalmente esos sentimientos, pero para esto el terapeuta debe disponer de distintos materiales, como el

dibujo, el juego y las escenificaciones. Un ejemplo es mostrar imágenes de personas o dibujos con diferentes estados emocionales y pedirle que identifique qué es lo que podrían estar sintiendo dentro de un determinado listado de emociones. De forma similar, el profesional puede escenificar las diferentes emociones y pedir al niño que indique un nombre para cada de esos sentimientos.

La identificación de las emociones es un primer paso fundamental de la TCC en niños y suele exigir mucha creatividad por parte del terapeuta. Es una estrategia inicial esencial en una terapia con niños adoptar un sistema sencillo de clasificación de las emociones debido a que ellos conciben las emociones como categorías, es decir, las tienen o no las tienen, por lo tanto, los terapeutas deben enseñarles que las emociones pueden tener intensidades diferentes y cuando han aprendido a identificar y etiquetar dichas emociones, podrán puntuar con que intensidad experimentan cada una. Otra forma de trabajar las emociones con niños es vincularlas a sensaciones físicas, ya que éstos suelen captar fácilmente sus sensaciones corporales. Por lo tanto estas reacciones fisiológicas pueden ser buenos puntos de fijación para ellos preguntando por ejemplo cuales son las sensaciones que tiene en el cuerpo, se puede establecer las bases para la expresión emocional (Friedberg & McClure, 2005).

Otro de los aspectos fundamentales a la hora de trabajar con infancia es la necesidad de adaptar los materiales a ellos con el objeto de que les resulten accesibles según su edad volutiva. En consecuencia puede ser útil hacer un mayor uso de los materiales no verbales, debido a que es frecuente que los niños verbalicen sus pensamientos y sus sentimientos mientras juegan o dibujan. Del mismo modo se pueden hacer uso de instrumentos tales como pizarras y tableros para atraer el interés del niño y contribuir a aumentar su nivel de participación, aunque a veces a pesar del empleo creativo de los materiales disponibles, es posible que los niños permanezcan en silencio durante toda la sesión y que respondan poco a cualquier pregunta, en estos casos, puede ser de utilidad recurrir a un enfoque más retórico en virtud del cual se tratará de adivinar en voz alta lo que el niño podría contestar ante preguntas. De forma similar, si al menor le cuesta hablar de sí mismo, el hecho de analizar los problemas afines de una tercera persona o escenificarlos con muñecos o a través del juego, suele generar una mayor implicación (Stalland, 2007).

Como afirman Bunge, Gomar y Mandil (2008) a diferencia de la terapia de adultos, cuando se trabaja con niños, es fundamental tener en cuenta al estadio del desarrollo cognitivo del niño, por ejemplo, en el caso de los infantes con un nivel de pensamiento pre-operatorio la limitación para el trabajo cognitivo va a ser importante y esto implicará un mayor trabajo con los padres. Sin embargo, en aquellos niños que ya presenten un nivel de

pensamiento operatorio formal, es decir de 12 años en adelante, van a encontrarse más preparados para el trabajo cognitivo y la intervención con los padres va a ser menor

Por último y debido a que en general los niños no suelen ser los demandantes de la terapia siempre el proceso terapéutico se llevará a cabo en conjunto con padres/tutores y niños, por lo tanto en el proceso terapéutico existe un objetivo transversal a los objetivos concretos del caso y es el trabajo con los adultos que requiere como en cualquier otra relación terapéutica, una actitud cercana y tolerante, así como flexible para adaptarse a las diferentes condiciones personales que esto requiera (Morales Pillado et al., 2015).

3.3.2 Abordaje desde el Modelo Cognitivo Conductual para Trauma en niños.

Anteriormente se ha realizado un desarrollo del modelo cognitivo conductual en niños, en este apartado se intentará profundizar sobre el modelo cognitivo conductual en niños para el tratamiento de trauma.

Con respecto a la eficacia del modelo se puede afirmar que según la evidencia los enfoques psicoterapéuticos más eficaces son aquellos basados en principios cognitivo-conductuales, específicamente la exposición y remodelación de los procesos cognitivos. Hace aproximadamente 25 años empezaron a ser desarrollados los tratamientos diseñados específicamente para niños y adolescentes. Los resultados indican que en estudios controlados aleatorios estos fueron más eficaces que el apoyo simple y que tratamientos no directivos (Gerson y Rappaport, 2013, Schneider et al, 2013).

El reto en el tratamiento de trauma no solo es poder manejar el pasado, sino mejorar la calidad de la experiencia diaria, ya que debido a que los recuerdos traumáticos del pasado se vuelven tan dominantes que resulta tan difícil dicha tarea. Según Van Der Kolk (2014) cuando no se puede estar completamente en el presente se va a lugares a los que se logran sentir vivos, aunque esos lugares estén llenos de horror. El reto de la terapia no es tanto aprender a aceptar lo sucedido, sino más bien aprender a dominar las sensaciones y emociones internas, poder sentir, nombrar e identificar es el primer paso hacia la recuperación.

El tratamiento del trauma en niños debe tener en cuenta que los efectos a largo plazo de dicho trauma solamente podrán ser observados en estadios posteriores del desarrollo (Salmon & Bryant, 2002).

Existe una TCC centrada en el trauma, la cual es el protocolo de tratamiento más extensamente investigado en niños con trauma y que consta de cuatro componentes. En primer lugar el entrenamiento en estrategias de afrontamiento que faciliten la identificación

de reacciones emocionales relacionadas con el trauma (habilidades de expresión emocional), el alivio de la tensión física (habilidades de respiración y relajación) y la identificación y cuestionamiento acerca de las generalizaciones pesimistas sobre el evento (habilidades de afrontamiento). En segundo lugar la exposición gradual y procesamiento cognitivo y afectivo que incluye el desarrollo de un relato traumático o historia, donde el niño pueda relatar los eventos traumáticos a fin de que pueda ser capaz de procesar e integrarlos sin niveles elevados de angustia. En tercer lugar el entrenamiento en el manejo de habilidades conductuales que está dirigido a que los cuidadores puedan acelerar el cambio conductual de los niños en algunas áreas, así como interrumpir prácticas que sirven para mantener patrones indeseables de conducta que inicialmente siguieron al evento traumático, de modo que en este tercer componente el terapeuta intentara romper con los patrones problemáticos en las interacciones familiares a la vez que fomenta el aumento del uso de técnicas beneficiosas para el tratamiento. Por último, en cuarto lugar, la psicoeducación con el objetivo de proveer habilidades para asegurar la integridad personal del niño con el objetivo de reducir el riesgo de revictimización (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006).

Por otra parte, una técnica muy útil para el manejo de síntomas ansiosos, tensión y activación fisiológica reiterada es la relajación, la misma se logra mediante una respiración lenta y profunda que relaja la musculatura (Bulacio, 2011).

Van der Hart (2009) señala que la evaluación y el tratamiento de pacientes crónicamente traumatizados puede ser una labor complicada y desconcertante para los terapeutas los cuales muestran una amplia variedad de síntomas, con frecuencia agrupados en distintas combinaciones de comorbilidad, los que suelen tener problemas importantes en el ámbito de la vida cotidiana y de las relaciones, incluidos graves conflictos intrapsíquicos sumado a estrategias de afrontamiento desadaptativas con las que se deberá trabajar.

Por último, siempre debe tenerse en cuenta al tratar niños traumatizados que los mismos entiendan antes de comenzar la intervención cuales son las razones y técnicas de cualquier estrategia, particularmente, las explicaciones de la terapia cognitiva o de exposición deberían ajustarse al nivel de desarrollo del niño. La complejidad de cualquier intervención debería verse modificada de forma que no exceda las capacidades tanto emocionales como cognitivas del niño. Para esto va a ser necesaria una cuidadosa valoración de la capacidad del niño para controlar las emociones y las habilidades meta-cognitivas del mismo antes de proceder con algún protocolo de intervención (Bas Sarmiento, Fernández Gutierrez, Barbacil Vicario & Guitierrez Vázquez, 2006).

3.3.3 Abordaje desde el Modelo Cognitivo Conductual en niños para Duelo

La superación del duelo complicado comparte muchos de los objetivos terapéuticos válidos para las víctimas de un suceso traumático. Aunque el proceso de superación del duelo sigue una secuencia particular donde el primer paso implica aceptar la realidad de la pérdida (Echeburúa, De Corral, & Amor, 2005).

Como mencionamos anteriormente la mayoría de los autores coinciden en que existen distintas fases en el proceso de duelo. Volkan (1985) por su parte plantea que el duelo acaba cuando la persona ya no necesita reactivar el recuerdo del ser amado con una intensidad exagerada en el curso de la vida cotidiana, no todos los autores coinciden en el tiempo que conlleva la tarea del duelo, sin embargo hay un acuerdo general que implica que un duelo ha acabado cuando la persona es capaz de pensar en el fallecido sin dolor.

Elaborar un duelo lleva tiempo, el duelo crea tareas que se deben cumplir, y aunque esto parezca desbordante se debe ofrecer la esperanza de que se puede hacer algo y de que hay un punto final, lo cual es un antídoto poderoso para los sentimientos de impotencia que se experimentan en el duelo (Worden, 1997).

Es importante dejar en claro al niño que la persona fallecida no va a volver, cuando los niños no entienden todas las dimensiones de la muerte, el proceso de asimilación es más doloroso, por tanto, se debe ser consciente que en los niños la fantasía lo impregna todo y que dicha fantasía puede dotar al duelo de matices difíciles de resolver si no es posible hablar con el niño aclarando sus pensamientos, temores y angustia, entendiendo también que los menores suelen interpretar lo que se dice de forma literal y que el concepto de irreversibilidad de la muerte se adquiere con el paso del tiempo, es decir que a medida que los niños crecen y se desarrollan cognitivamente van a ser más capaces de entender (Diaz Seoane, 2016).

Entre las técnicas que se utilizan para el trabajo de elaboración de duelo Worden (1997) destaca: escribir cartas al fallecido expresando los sentimientos o pensamientos ya que puede ayudar a arreglar temas pendientes, también la escritura de un diario puede facilitar la expresión de sentimientos, el dibujo tanto en adultos y sobre todo en niños es una técnica muy poderosa, así como el role playing, el uso de símbolos, la reestructuración cognitiva, la realización de un libro de recuerdos y la utilización de la técnica de la silla vacía (Perls, 1966) que intenta reproducir un encuentro con la persona ausente con el fin de dialogar con ella y contactar emocionalmente con el suceso, pudiendo aceptar la situación y darle una conclusión, esta técnica puede resultar útil para el desbloqueo emocional, la autoaceptación y la resolución en procesos de duelo.

Es importante que los profesionales de la Salud detecten de forma precoz los signos de alerta de un DC y aunque los mismos pueden ser muy variados es posible señalar ciertos indicadores como llanto frecuente, rabietas o agresividad, apatía, y negación de lo ocurrido. También se debe tener en cuenta la indiferencia como mecanismo de defensa; la idealización de la persona fallecida, lo que permite una relación imaginaria; los sentimientos de culpa, el miedo y vulnerabilidad que pueden llevar a una cierta agresividad con las personas del cercanas; el miedo a quedarse solo, la pérdida de interés por las actividades que antes resultaban placenteras, las alteraciones del sueño con pesadillas, comportamientos infantiles, síntomas somáticos, imitación del fallecido y disminución del rendimiento escolar. Con referencia a este último punto es de vital importancia tener informado al colegio de la situación que el niño atraviesa (Gallego & Reveste, 2006).

Según Herbert y Wetmore (1999) el significado profundo de la superación del trauma o del duelo implica ser capaz de haber integrado la experiencia en la vida cotidiana y de haber transformado las vivencias pasadas en recuerdos, sin que éstos sobrepasen la capacidad de control de la persona ni interfieran negativamente en su vida futura.

Según Gallego y Reveste (2006) es de vital importancia reconocer los factores de riesgo de un DC asociado a la muerte de un progenitor en niños, debido a que se hallan particularidades en esta etapa evolutiva que los profesionales de la salud deben reconocer. En primer lugar, un ambiente inestable con alternancia en la figura del cuidador, la forma inadecuada de reacción del progenitor sobreviviente, ya que éste funciona como modelo; la existencia segundas nupcias con una relación negativa con la nueva figura; pérdida de madre para las niñas menores de diez años y pérdida del padre para adolescentes varones; falta de consistencia en la disciplina o puesta de límites; y por último suicidio u homicidio del progenitor fallecido.

Por último es muy importante que el niño pueda mantener sus rutinas, ya que esto favorece la elaboración del duelo, sin embargo es importante que, tras la pérdida de una relación importante, proporcionar al niño de espacios para poder expresar sus emociones y que estas puedan ser legitimadas, pero en los niños la expresión emocional es distinta a la de los adultos, que está más ligada a la palabra, por lo tanto se debe poder proporcionarles expresiones emocionales alternativas ya que es más común que los niños se expresen a través de sus conductas y con el cuerpo, dibujos, poemas, canciones y juegos son herramientas muy útiles para la expresión emocional en la infancia (Díaz Seoane, 2016).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo, corresponde a estudio de caso.

4.2 Participantes

Participó de este estudio de caso un paciente menor de 9 años derivado de la fiscalía por un abuso sexual infantil (ASI) por parte de su abuelo paterno. El niño concurría a una escuela pública del conurbano bonaerense y fue admitido en el servicio del Hospital en el año 2016 en donde realizó tratamiento durante un año y medio. Fue dado de alta a mediados de 2017. A finales de ese año el paciente fue testigo del suicidio de su padre, quien se arrojó debajo de un camión. A partir de esta situación se readmitió al menor y se comenzó a trabajar con sobre los síntomas que presentaba producto de este nuevo trauma.

Por otro lado participaron también del estudio la psicóloga tratante, quien al momento de la entrevista se encontraba realizando su Tesis Doctoral y la Doctora en psicología que supervisaba el caso.

4.3 Instrumentos

Se trabajó con la historia clínica (HC) del paciente en la que figura la información personal del mismo, su diagnóstico presuntivo, síntomas, datos consignados en cada sesión, las intervenciones propuestas y cambios logrados hasta el momento.

Se realizó una entrevista semi-estructurada a la psicóloga tratante y a la supervisora del caso, los ejes de éstas se enfocaron en el motivo de consulta del paciente, los síntomas iniciales, las intervenciones realizadas y la evolución del paciente.

Se logró participar de distintas sesiones de terapia tanto con el niño, como con su madre y su abuela para poder observar y analizar la interacción con su psicóloga tratante y las intervenciones realizadas por la misma.

4.4. Procedimiento

Los datos para la elaboración del presente Trabajo Final se obtuvieron durante la participación de la tesista en las actividades que se llevan a cabo en el Hospital.

Se pudo acceder a la historia clínica (HC) del paciente, dibujos, notas escolares y del juzgado y trabajar durante todo el proceso de redacción del TFI con todos estos instrumentos.

Las entrevistas semidirigidas tanto a la psicóloga tratante como a la supervisora del caso se realizaron individualmente en el Hospital y tuvieron una duración aproximada de 30 minutos cada una. Se utilizó como registro, la grabación de las entrevistas.

La observación no participante del paciente se realizó en el consultorio del Hospital General Público ubicado en el conurbano bonaerense con la posibilidad de grabar la sesión que tuvo una duración aproximada de 30 minutos.

5. Desarrollo

5.1 Conceptualización de caso

En este apartado se procederá a articular los conceptos del marco teórico con la HC del paciente, la observación participante del niño realizada en el hospital y las entrevistas realizadas a quienes llevan adelante el proceso terapéutico de Ariel.

Previamente a comenzar con el desarrollo del mismo se realizará una breve conceptualización del caso para poder comprender algunas cuestiones particulares sobre todo en lo que refiere a la situación de extrema vulnerabilidad con la que Ariel comenzó su tratamiento.

Ariel no es el nombre real pero todos los nombres y datos singulares serán cambiados con el propósito de preservar el secreto profesional (Ley 23.277, 1985).

En los inicios del 2016 llega al Hospital el caso de Ariel derivado de una fiscalía por causa de un abuso cometido por parte de su abuelo paterno. En ese momento Ariel tenía 7 años y no había realizado previamente ningún tratamiento psicológico. A raíz de esto el equipo del Hospital trabajó conjuntamente con la escuela, la fiscalía y la familia de Ariel y el objetivo terapéutico planteado en ese momento fue la elaboración del trauma y el acompañamiento en el proceso judicial que se llevó a cabo producto del Abuso Sexual Infantil, en adelante ASI.

Ariel vivía, y continua viviendo en la actualidad, con su media hermana Ana, su madre Irma, quien se hallaba separada del padre de Ariel llamado Alberto desde hacía dos años aunque continuaban manteniendo una relación sin convivencia, en la casa de los padres de Irma.

El niño tenía contacto cotidiano con su padre, quien además cumplía con la cuota de alimentos, estaba presente en su crianza e incluso se quedaba a dormir en la casa del niño varias veces por semana. A pesar de esto, el padre sufría un consumo problemático de alcohol, por lo que Ariel fue testigo en muchas oportunidades de situaciones de consumo desmedido por parte de su papá en donde se ponía agresivo con terceros.

Irma es quien realizó la denuncia en la fiscalía contra el abuelo paterno del niño y como consecuencia de esto el acusado se dio a la fuga.

Durante el periodo que Ariel estuvo en tratamiento en el Hospital se intervino sobre el vínculo terapéutico y estrategias de afrontamiento, así como también se realizaron distintas entrevistas con los padres donde se trabajó sobre orientación a padres y puesta de límites.

Por otro lado también se realizó un trabajo con la escuela a la que Ariel concurría debido a los problemas de conducta que presentaba en la institución y a la posibilidad de que repita de grado, hablando en varias oportunidades con la directora de dicha institución para que contemplen la situación particular que atravesaba Ariel logrando que el niño pase de grado.

Se continuó trabajando durante todo el año 2016 y parte del 2017 en donde se da el alta de Ariel del tratamiento en el Hospital y con la intención de que comience una terapia en una sala más cercana a su domicilio.

A finales de octubre de ese año Alberto se quita la vida frente a su mujer, y su hijo Ariel arrojándose debajo de un camión en la ruta por lo que la madre vuelve a pedir asistencia al Hospital para retomar el tratamiento de Ariel y se lo readmite para comenzar a trabajar sobre este nuevo evento traumático y el duelo asociado al mismo.

Al momento del suceso Irma estaba embarazada de Alberto, a pesar de que aún no lo sabía, por lo que aparte de la muerte trágica de su padre el paciente iba a tener que lidiar también con la llegada de un nuevo hermano en ese contexto.

5.2. Objetivo 1: Describir la sintomatología del paciente posterior al evento traumático.

De acuerdo a los registros de la HC de Ariel y según los datos recogidos en ambas entrevistas y en la observación no participante que realizó la tesista se pudo confirmar a la disociación como el síntoma presente más significativo en el paciente desde el evento traumático hasta la actualidad (Van der Kolk, 2017).

Según la entrevista a la supervisora del caso al inicio del tratamiento el niño relató a la policía ya las psicólogas tratantes el episodio del suicidio de su papá de forma desafectivizada, dando detalles de lo sucedido como si fuera una persona adulta. Se pudieron observar en todos los registros del paciente síntomas vinculados con la disociación que posiblemente funcionen como defensa para escapar de emociones desagradables (Rodríguez, 2001).

Tanto en las entrevistas, como en la HC, así como en la observación no participante se ha puesto de manifiesto dicha disociación. En una de las sesiones donde la psicóloga tratante trabajó sobre las emociones con una técnica de TCC de automonitorización de los hechos y emociones (Friedberg & McClure, 2005) se observa que Ariel presentaba emociones disociadas respecto de cómo él se sentía, por ejemplo señaló una carita feliz para indicar como se muestra con los otros y una carita triste para señalar como se siente por dentro, de

todas formas, se desarrollara más adelante en el apartado de intervenciones como fue el desarrollo de dicho trabajo. Durante la observación de una de las sesiones en la que la tesista participo Ariel refirió que cuando la abuela le pega con el cinturón el no sintió nada, ni enojo, ni tristeza, “me da igual”.

Con respecto a las etapas o fases del duelo la psicóloga tratante en la entrevista con la tesista refiere que cuando lo vieron en las primeras sesiones era muy clara la negación que presentaba, pero que avanzo rápidamente a la segunda etapa de enojo que se manifiesta hasta la actualidad (Kübler-Ross, 1969).

De esta forma uno de los síntomas conductuales principales que presentó el paciente tal y como plantea Boss (2006) como síntoma característico luego de muertes traumáticas fue la presencia de síntomas evitativos o de negación, primera fase de duelo, que se pueden evidenciar por ejemplo en la primer sesión luego del suicidio del padre del que fue testigo cuando se le pregunta a Ariel cómo se encuentra, el refiere estar bien.

Por otro lado mientras se trabajaba con un cuadernillo de duelo de Heegaard (1991) el cual es una herramienta que posee diferentes tareas para involucrar a los niños de manera concreta y personal en el proceso de superación de un duelo, en una de las actividades se le consulta a Ariel si algo terrible le pudo suceder, y él aun habiendo sido víctima de dos hechos traumáticos tan violentos como ASI y suicidio de su padre contesta a esa pregunta relatando y dibujando que se raspó la rodilla (ANEXO A).

Citando a la psicóloga tratante con respecto a los trabajos del duelo: *“La primer etapa claramente fue la negación, era como estaba todo bien no pasa nada, que la madre confundía con indiferencia, pero era un mecanismo de defensa, la segunda etapa que es la ira, apareció una ira con la mamá, con la abuela, con los hermanitos, que la madre no supo manejar, Ariel tiene algunos problemas con el no, porque en realidad tuvo un no grande, que es la ausencia del padre y la madre no pudo manejar bien eso, porque decía está bravo entonces le pego, cuando era una conducta completamente normal asociada a lo que vivió y ahora en la etapa de negociación que sería la tercera, hace lo que puede, va y viene por momentos al enojo y a la ira (la segunda) y por momentos me voy a la tristeza (cuarta etapa), entonces hablo con el colegio y me dicen está mal y llora y en la casa me dicen está terrible.”*

Según los registros de la HC luego del evento su madre refiere en la primera entrevista con la psicóloga que Ariel se encuentra muy angustiado, aunque la angustia no haya podido verse expresada como síntoma en las distintas sesiones, ni en la entrevista con la psicóloga tratante, debido justamente al alto grado de disociación que el paciente presenta.

Más adelante en el apartado de intervenciones se podrá ver que muchas de las mismas fueron destinadas justamente al trabajo con emociones (Friedberg & McClure, 2005).

En una primera etapa según indica la HC Ariel presentó, luego del nacimiento de su hermano, síntomas regresivos (De Hoyos López, 2015), tales como enuresis, vuelve a dormir con su madre, habla como un bebé y vuelve a tomar la mamadera, aunque dichas conductas pudieron revertirse luego de pocas semanas con ayuda de las intervenciones que mencionaremos en el próximo apartado. El único síntoma de los mencionados que se mantiene hasta la actualidad aunque de forma esporádica es la enuresis.

De la HC podemos rescatar también en distintos momentos manifestaciones de preocupación por parte de la madre del paciente por los síntomas de impulsividad y enojo que exterioriza en su casa y que se ponen de manifiesto en conductas tales como pegar a sus hermanos, su tía, sus abuelos o a ella. En el apartado de intervenciones se verá cómo se trabajó el alivio de la tensión a través de intervenciones tales como la respiración diafragmática o el trabajo con su madre en lo que se refiere a puesta de límites. (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006)

Otro síntoma presente en la HC del paciente son los problemas escolares recurrentes que llegaron a que casi tenga que repetir de año. Ariel se negaba a copiar todo lo que debía en el colegio y no cumplía los objetivos que la escuela requería. Por otra parte en el mismo ámbito se mostró por momentos ambivalente en lo que refiere a su actividad social ya que a algunas sesiones concurría y manifestaba no pensamientos negativos con respecto a que en la escuela no lo querían y por momentos en otras sesiones se mostraba entusiasmado por el vínculo con sus compañeros de clase. Según se ha podido constatar en los diferentes registros Ariel que presentó distorsiones cognitivas (Ellis, 2005) en distintas ocasiones dentro de las sesiones del tipo “*nadie me quiere*”.

Por otra parte de los registros y de la observación se detectaron en el paciente la presencia de alteraciones en el sueño y en la alimentación, debido a que tanto el niño como su madre refieren que a la noche se rehúsa a comer y que se va a dormir alrededor de las siete de la tarde antes haber comido, dichos síntomas refiere la supervisora del caso, podrían llegar a corresponder con síntomas depresivos asociados al duelo.

En cuanto a recursos de afrontamiento, según se pudo observar en la HC el dibujo del paciente de Persona Bajo La Lluvia, el cual es un test gráfico y proyectivo dentro del enfoque ideográfico que evalúa la imagen corporal que posee el individuo de sí mismo bajo condiciones desfavorables, en la que la lluvia representa el elemento perturbador que propicia la aparición de defensas (Anexo B) se pudieron identificar los siguientes indicadores: Falta de

piso, lo que indicaría falta de sostén; lluvia sectorizada y ausencia de paraguas son indicadores de falta de defensas, la lluvia sectorizada representa la hostilidad del medio a la que debe enfrentarse el niño, los mismos son indicadores de indefensión, ya que se asocian a posibles sentimientos de impotencia y falta de autoeficacia al ser incapaz de controlar la lluvia, que representa un evento estresor. Por otro lado según la entrevista con la psicóloga la sonrisa en el dibujo es un claro ejemplo de la disociación que presenta Ariel, que desarrollamos ya en detalle anteriormente. Por último la ausencia del entorno puede corresponderse a sensación de vacío y depresión (Querol y Cháves ,1997).

Resumiendo todo lo anteriormente descrito el paciente presentó principalmente síntomas disociativos y de negación, enuresis y otros síntomas regresivos, ira e impulsividad, distorsiones cognitivas, falta de rendimiento escolar, falta de apetito y alteraciones en el sueño, sumado a escasos recursos de afrontamiento.

Aunque Ariel presentó muchos de los criterios diagnósticos presentes en el TEPT (APA, 2014) los síntomas presentes en el paciente resultaron insuficientes para poder diagnosticarlo con es trastorno, por lo que dicho diagnóstico presuntivo ha sido descartado debido a que no se han presentado al momento síntomas intrusivos, como lo son las pesadillas y los flashbacks.

El paciente a su vez según su edad evolutiva pudo comprender plenamente, según lo que se desprende de la entrevista con su psicóloga tratante, el concepto de muerte como algo irreversible y universal. (Diaz Seoane, 2016) lo cual es una herramienta positiva que se ha tenido en cuenta durante su tratamiento.

De acuerdo a los criterios mencionados por las profesionales tratantes el diagnóstico principal y que guio posteriormente su tratamiento es de trauma asociado a duelo, y aunque al momento no se puede afirmar que se trata de un DC (APA, 2014) se debió tener presente que el paciente, debido a su historia de ASI, así como otros factores de extrema vulnerabilidad de base psicosocial como es el ambiente inestable y una parentalidad con altas deficiencias de crianza se debe continuar con mucha atención la evolución sintomatológica del mismo.

5.3 Objetivo 2: Describir las estrategias de intervención utilizadas por su psicóloga tratante.

En este apartado se realizará un recorrido por las intervenciones que se fueron realizando a lo largo del tratamiento de Ariel, según lo que se desprende de la entrevista con su psicóloga tratante muchas de estas intervenciones se realizaron para atender las urgencias que fueron surgiendo a lo largo del proceso, como por ejemplo, el mal comportamiento tanto

en su casa como en la escuela, aunque el verdadero objetivo terapéutico es el de acompañar a Ariel a atravesar este evento traumático y a ser capaz de procesar lo mejor posible estas vivencias e integrarlas en su relato de vida.

En la primer sesión con Ariel se le solicitó que realice una representación gráfica de al paciente de su papá, la psicóloga tratante hizo referencia en la entrevista que el objetivo era el de indagar a partir de ahí cuales eran las creencias que él tenía sobre la muerte del papá e investigar la concepción de muerte que tenía de él. En la representación se dibujó a él y a su padre ambos con la camiseta del mismo club y el padre en una cruz “como un ángel que nos cuida”, dicho dibujo solicitó llevarse al cementerio al padre, como señala Worden (1997) en el trabajo de duelo con niños el dibujo va a ser una herramienta muy poderosa que se va a utilizar a lo largo de todo el tratamiento debido a que el paciente, como a la mayoría de los niños traumatizados, le cuesta mucho la verbalización de sus emociones. Al indagar sobre el dibujo se logra identificar que Ariel tiene presente el concepto de irreversibilidad de la muerte (Diaz Seoane, 2016) y no presenta fantasías con respecto a que el padre va a volver lo que se corresponde con la edad evolutiva del niño.

La psicóloga en la entrevista manifiesta que también se chequeó si existía culpa en el paciente, debido a que el padre antes de suicidarse le hace tres pedidos a Ariel, en primer lugar le pide que cuide a la familia; en segunda lugar que no beba alcohol, cabe destacar que el padre tenía un consumo problemático de alcohol y que Ariel muchas veces presencié estos excesos; y que continúe concurriendo a la iglesia evangélica. No encontraron sentimientos de culpa referidos por el paciente.

Según lo que se desprende de la HC sobre los síntomas regresivos que presentó Ariel estos se pusieron de manifiesto cuando nació su hermanito y pudieron ser revertidos en pocas semanas en las que se trabajó hablando sobre los mismos y donde manifestó que sentía celos de su hermano y que extrañaba a su papá.

Basándonos en las distintas fuentes, podemos señalar como uno de los trabajos más importantes y que son transversales a todo el tratamiento ya que se continúan trabajando en la actualidad tiene que ver con las habilidades de expresión emocional y la identificación de las emociones. En el caso de Ariel debido a la alta disociación que presenta, desarrollada en el anterior apartado, se realizaron múltiples intervenciones destinadas a la identificación de emociones (Friedberg & McClure, 2005).

Entre las distintas intervenciones realizadas se le solicitó que dibuje con caritas las siguientes emociones: felicidad, tristeza, enojo, temor, preocupación (Anexo C) luego se le pidió que señale como se muestra por fuera y él señaló la felicidad, posteriormente se le pidió

que señale como se encontraba por adentro por lo que señalo la cara que refleja el enojo (Stalland, 2007). El enojo es una emoción que se mantuvo a lo largo de todo el tratamiento y que se ponía de manifiesto en conductas que Ariel desplegaba en la escuela y en su casa. Según lo que se desprende de la HC para trabajar sobre estas conductas se utilizaron distintas estrategias, en primer lugar se le enseñó a Ariel técnicas de respiración diafragmática (Bulacio, 2001) para que realice cuando se siente tan enojado, también se le pidió que realice otras conductas para trabajar el control de sus impulsos como golpear una almohada o pelota, expresar lo que siente con palabras y realizar una carta del enojo, con todas las cosas que lo ponen mal y luego romperla.

Por otro lado se realizó una intervención tendiente a externalizar ese enojo, se le solicitó a Ariel que realice una representación gráfica del enojo, creando así un personaje al que nombró Vil y se logró hablar del enojo y que el mismo se expresa porque extraña a su papá y que es una etapa normal del duelo que va a superar (ANEXO D), también se trabajó durante todo el tratamiento con un termómetro de enojo en el cual él puede indicar entre el 0 y el 10 en qué nivel de enojo se encuentra según cada situación que surge en consulta.

A lo largo de todo el tratamiento se realizaron consultas con la madre, tal como señala Morales Pillado et al. (2015) es de vital importancia que el proceso terapéutico se lleve a cabo en conjunto con los adultos, en este sentido Irma fue citada en diferentes oportunidades y se la ha hecho participe de distintas tareas que debía realizar con el niño, como señalan Cohen, Mannarino y Deblinger (2006), para poder trabajar sobre los patrones que pueden ser problemáticos en las interacciones familiares y para fomentar técnicas beneficiosas para el tratamiento, sin embargo en la mayoría de los casos no las ha llevado a cabo según las indicaciones brindadas.

Entre las distintas tareas se le solicitó a la madre, con motivo de los celos de Ariel con la llegada de su nuevo hermano y las referencias que él hacía en el consultorio con respecto a no ser querido, que realice media hora de juego con el niño, así como que se lo abraza todos los días, o que lleve a Ariel a realizar Taekwondo, ninguna de las tareas solicitadas fue realizada, según la HC la madre señala que se encuentra desbordada con tantas cosas y que no ha podido cumplir con las mismas. En este contexto familiar la madre siempre expresó en las consultas la preocupación por Ariel pero no ha podido comprometerse con las pautas que se le han solicitado para ayudar en su tratamiento.

Otras de las intervenciones que se intentó sin éxito fue trabajar con la madre sobre un programa de puntos. Esto se gestó debido a la alta motivación del paciente de tener un juego que le gustaba jugar en el consultorio, por tanto, se le indicó a la mamá que cuando Ariel

logré conductas deseadas, como portarse bien en la casa o copiar en la escuela, gane estrellas y que cuando llegara a las 50 iba a poder tener el juego. El programa de puntos resultó satisfactorio en un primer momento debido a la motivación que tuvo Ariel, lo que permitió que empiece a generar las conductas deseadas, sin embargo la madre dejó de continuar con el programa.

Otra herramienta que se utilizó en diferentes oportunidades fue la de orientación a la madre en la puesta de límites, debiendo reforzar esta charla en varias oportunidades como se desprende de la HC.

A lo largo de todo el tratamiento de Ariel la madre no pudo cumplir con las tareas que se le solicitaron, en otra de las intervenciones que relata en la entrevista la psicóloga tratante se le solicitó a la madre, dado que no lloraba ni mostraba las emociones delante de Ariel, esperaba que se vayan a dormir todos para llorar, y justamente se le pidió que no, que demostrara lo que le pasaba para habilitar también a Ariel a mostrar sus emociones tal como plantea Diaz Seoane (2016) es importante que, tras la pérdida de una relación importante, se brinde espacios para poder expresar dichas emociones y que éstas puedan ser legitimadas, que llore la madre para autorizarlo a Ariel a hacerlo, porque el niño no quería preocupar a la mamá, por lo tanto realmente se tragaba su angustia (Anexo E).

Por otra parte durante una de las observaciones en el consultorio el paciente relata que el abuelo materno, con quien convive trabaja en un cementerio y siempre que llega del trabajo cuenta anécdotas de cuantos muertos enterró o que vendió un cráneo a unos estudiantes de medicina, en este sentido, y al resultar contraindicado para el tratamiento de Ariel la psicóloga solicitó a la madre y la abuela que no hablen de esas temáticas frente al niño.

Con el objetivo de evaluar los mecanismos de afrontamiento de Ariel y poder trabajar para brindar estrategias adaptativas en él se le solicitó que realice PBL, el resultado de los indicadores se desarrolló en el apartado anterior, y debido a la falta de herramientas se realizaron diversos trabajos sobre las habilidades de afrontamiento.

De acuerdo a la HC se pueden identificar distintas intervenciones tendientes a la reestructuración cognitiva de distorsiones (Ellis, 2005) que presentaba Ariel. En este sentido se trabajó el esquema pensamiento- lenguaje- acción y sobre sus creencias nucleares sobre los celos “*mamá no me quiere*”, “*nadie me quiere*” la identificación y cuestionamiento acerca de esas generalizaciones pesimistas.

En relación al duelo se trabajó con el cuadernillo de duelo Heegaard (1991) en el desarrollo de un relato o historia, donde Ariel pueda ser capaz de procesar y darle voz a aquello difícil de verbalizar como lo es un trauma y sobre todo en la infancia donde los recursos más ricos lo son las herramientas lúdicas, cuentos, dibujos (Stalland, 2007). El cuadernillo posee numerosos recursos como lo son la psicoeducación sobre las etapas del duelo, en este sentido la importancia de saber que: esto también va a pasar, resulta vital para poder sobrellevar el presente. A partir de el cuadernillo de Heegaard (1991) el paciente pudo identificar en que zonas del cuerpo le duele y señaló el corazón y pudo ser capaz de expresar que le duele debido a que extraña a su papá (Friedberg & McClure, 2005). Otro de los trabajos que se realizó con del cuadernillo fue dibujar el círculo de protección (AnexoF) en el que logra identificar toda la gente que quiere y se preocupa por él y las redes con la que cuenta.

Gallego y Reveste (2006) destacan la importancia de comunicar a la escuela la situación que el niño está atravesando, en este sentido la comunicación entre la psicóloga tratante y la escuela resultó vital ya que Ariel estuvo a punto de repetir, esta misma situación había sucedido luego del ASI, y dejaron que Ariel ípase de grado, en esta oportunidad se conversó nuevamente con la escuela para que tengan presente al duelo que estaba atravesando no se le podía sumar la pérdida de sus compañeros, en este sentido la escuela fue muy colaborativa y siempre funcionó como un espacio de contención de Ariel.

A modo de resumen pudimos ver como en distintas intervenciones se trabajó principalmente sobre las emociones (Friedberg & McClure, 2005), la psicoeducación con respecto al duelo, el manejo del enojo y la impulsividad, la orientación familiar y puesta de límites a través por ejemplo del programa de puntos, las distorsiones cognitivas y la comunicación con la escuela (Gallego y Reveste, 2006).

A la fecha se continúa trabajando en el trabajo de integración del trauma y el acompañamiento en el trabajo del duelo entendido como la consecución de tareas desde una perspectiva donde se percibe al paciente como un sujeto activo tal como lo plantea Worden (1997).

5.4. Objetivo 3: Analizar los cambios producidos en el paciente desde el momento del trauma hasta la actualidad.

El objetivo del presente apartado es el de analizar los cambios que se produjeron en Ariel desde el momento del trauma hasta la actualidad debido a que la tesista ha tenido la oportunidad de participar de las sesiones que se realizan a la fecha.

En relación a la sintomatología que presenta el paciente podemos destacar que ya no se presentaron más síntomas regresivos, los mismos estuvieron presentes durante muy poco tiempo luego del nacimiento de su hermano y revirtieron en las primeras semanas del tratamiento.

Con respecto a los síntomas de carácter disociativo aún se encuentran presentes, no pudiendo el paciente manifestar sentir ninguna emoción, por lo que se continua trabajando en el trabajo de la expresión emocional y la integración del suceso a su vida.

Los síntomas relacionados con la falta de apetito y somnolencia siguen estando presentes en la actualidad. Según la entrevista realizada a la psicóloga tratante el paciente está atravesando una transición entre la fase dos del duelo de enojo que es la que más se manifiesta y la fase tres relacionada a la negociación (Kübler-Ross, 1969), que se está empezando a observar sobre todo en algunos espacios que el paciente se siente más contenido como lo es en la escuela tal y como sostienen Gallego y Reveste (2006) en la importancia de la comunicación entre el terapeuta y la escuela facilitan que se obtenga esta información y se trabaje conjuntamente, de hecho es la escuela en el único ambiente en el que el paciente ha llorado según le relata la directora a la psicóloga tratante, esto se debe sobre todo a las falencias de afecto y contención que el paciente posee en su hogar y en este sentido como afirma Perry (2014) la respuesta del niño depende de diversos factores, entre los que se destaca la situación familiar que en el caso de Ariel no colabora con su mejoría.

El niño presenta muchos de los signos de alarma para tener en cuenta ya que vive en un ambiente inestable, con una madre que no cumple con las consignas que se le solicitan durante el tratamiento y que no funciona como modelo, con una puesta de límites poco asertiva e historial de ASI.

En la última sesión en la que la tesista pudo estar presentecando se indago con la abuela y madre sobre las formas en las que le ponen límites al paciente se pudieron detectar muchas conductas maltratantes. Cuando se indagó sobre las creencias que ellas poseen con respecto a estas conductas ambas las tenían naturalizadas y no las veían como un hecho grave. Según lo que se desprende de la entrevista con la supervisora, dichas conductas poco asertivas en puesta de límites y ciertos patrones disfuncionales de crianza son transmitidos transgeneracionalmente y son muy comunes de observar en la población que concurre al hospital, por lo que se debe trabajar mucho en la orientación a padres buscando nuevas formas de vincularse afectivamente y de poner límites a sus hijos que resulten más asertivas y contribuyan con la recuperación. Debido a los hechos antes mencionados se comenzó a trabajar con madre e hija en la modificación de estos patrones de conductas disfuncionales

para la puesta de límites y la incorporación de patrones más adaptativos. También se les informó que el enojo presente en Ariel es parte de una etapa del duelo y que es esperable en este contexto, por lo que tenerle más paciencia y brindarle más contención resultará imprescindible para su evolución.

Como afirma Díaz Seoane (2016) el duelo es un proceso, no es algo inmediato sino que requiere tiempo, no es lineal; y por sobre todo es un proceso único, en este sentido Ariel no es la excepción y el proceso de duelo que transita, aunque posee múltiples características comunes a otros duelos, es personal, único y subjetivo y por sobre todo se encuentra vinculado a un proceso en donde la colaboración familiar es prácticamente nula con respecto a su evolución. Citando a su psicóloga tratante: *Con respecto a su evolución Ariel está haciendo un proceso de duelo normal en un contexto desfavorable, podría ser mejor, pero lamentablemente con este entorno, eso ya es mucho.*

Ariel cumple con gran parte de los factores de riesgo de DC asociado a la muerte de un progenitor, no solo por su historia previa de ASI, sino también debido el ambiente inestable con el que convive con alternancia en la figura de su cuidador que a veces es su madre, a veces su abuela o su tía, la forma inadecuada de reacción de la mamá ante la muerte del padre que debería funcionar como modelo; la falta de consistencia en la puesta de límites en donde inclusive recibe violencia; y por último el tipo de muerte traumática de la que fue testigo cuando el padre se arroja debajo de un camión en la ruta (Gallego y Reveste, 2006). Sin embargo el paciente no presentó hasta el momento síntomas que podrían resultar de alerta para el equipo de psicólogas, se lo ve atravesando un duelo no complicado vinculado al suicidio del padre y aunque los avances no son bruscos presenta según su psicóloga una evolución normal y favorable. En este sentido según la entrevista realizada a ambas profesionales se llega a la conclusión de que debe ser un niño muy resiliente y que para serlo debió haber tenido en algún momento una figura de apego seguro ya que toda la sintomatología que está presentando es absolutamente normal y no llegó a desarrollar un TEPT ni un DC (APA, 2014).

6. Conclusiones

En el presente Trabajo Final Integrador se ha pretendido lograr la descripción de la sintomatología presentada por Ariel, un niño de 9 años que concurre a un hospital público del conurbado bonaerense, readmitido, debido a que anteriormente obtuvo tratamiento en el mismo servicio por un ASI, y en esta oportunidad es diagnosticado con trauma asociado a duelo. Por otra parte se intentó describir cuales fueron las intervenciones realizadas durante su terapia

desde un modelo TCC y por último se pretendió analizar cuáles fueron los cambios producidos en el paciente desde el momento del suicidio de su padre, del que fue testigo, hasta la actualidad.

Con respecto al primer objetivo específico que pretendía analizar la sintomatología del paciente posterior al suicidio del padre y gracias a los distintos instrumentos con que se contó, se pudieron analizar los síntomas de negación (Kübler-Ross, 1969) presentes al comienzo del tratamiento y los síntomas regresivos que surgieron después del nacimiento del hermano tales como como la enuresis, el hablar como un bebé y el volver a tomar la mamadera. Por otra parte se pudo identificar como síntoma principal en Ariel la disociación (Van der Kolk, 2017) y el enojo que se manifiestan tanto en su casa como en la escuela; por otra parte cabe destacar que no se presentaron síntomas intrusivos como flashbacks o pesadillas, aunque sí cogniciones negativas con respecto a él y al mundo como “nadie me quiere”. Se detectaron también de acuerdo a los distintos registros conflicto con la alimentación, principalmente falta de apetito y somnolencia (De Hoyos López, 2015).

Con respecto al segundo objetivo específico que aspiraba a describir las estrategias de intervención utilizadas por su psicóloga tratante y de acuerdo a la HC y las entrevistas realizadas se pudo describir en detalle las distintas intervenciones como el cuadernillo de duelo (Heegaard, 1991), el dibujo del enojo Vil, el trabajo con las distorsiones negativas (Ellis, 2005), las tareas como la escritura de la carta del enojo, la psicoeducación con respecto a las etapas del duelo (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006), el aprendizaje de la respiración diafragmática para el control de los impulsos (Bulacio, 2001), las intervenciones familiares como la orientación en puesta de límites con la economía de fichas, el abrazo y el juego diario y las intervenciones con la escuela tendientes a poner en conocimiento del proceso que estaba atravesando Ariel y que gracias a esto se logró que no repita el grado y que la escuela se convierta en un ambiente seguro y contenedor muy importante para él (Gallego y Reveste, 2006).

En relación al último objetivo específico tendiente a analizar los cambios producidos en el paciente desde el momento del trauma hasta la actualidad éste ha resultado el más difícil de elaborar debido a que, a pesar del gran trabajo que se realiza con Ariel en el hospital, al no contar con la ayuda de la familia en la consecución de tareas, en la contención del niño y debido a la escasa participación que presentan con el tratamiento por fuera del consultorio, más allá de la capacidad de resiliencia que posee este niño, los avances aunque significativos han sido lentos, de todas formas, según su psicóloga tratante está evolucionando favorablemente a pesar de contar con este entorno tan desfavorable.

Acerca de las limitaciones para la elaboración del trabajo se puede hacer referencia al poco tiempo en el que se realizó el mismo, ya que se podría haber profundizado más sobre la observación del niño en el consultorio, sin embargo esto no fue posible debido a diversos motivos. En lo personal debido a los tiempos de presentación del presente trabajo al realizarse en paralelo la practica con el TFIy en cuanto a otros factores, debido a que hubo dos ausencias sin aviso a las sesiones del paciente, y que al mismo solo se lo puede ver una vez por semana durante 30 minutos debido a la alta demanda que presenta el servicio de psicología infantil del hospital.

En cuanto a otras cuestiones que hubiesen resultado satisfactorias, hubiese sido interesante que Irma, la madre de Ariel, hubiese podido concurrir al servicio de salud mental de adultos en el hospital para elaborar su duelo, y trabajar junto con ellos de forma interdisciplinaria para que lo que se trabaja con el niño, también se trabaje con la madre a un nivel más sistémico, sin embargo, el servicio de salud mental de adultos del hospital se encuentra con lista de espera y tampoco se realiza un trabajo interdisciplinario como el que se plantea con el servicio de niños. Debido a cuestiones institucionales el hospital cuenta con varios profesionales psicólogos que trabajan dentro de otros servicios como lo son oncología, neurología infantil, neumonología, e incluso el mismo servicio adonde se realizó la práctica que se encuentra dentro de internación pediátrica y que fue creado por la supervisora a pedido del jefe de pediatría, para responder a la necesidad del cuidado emocional del niño internado y sus cuidadores, pero que a su vez responde a demanda de consulta externa, a pesar de existir otro servicio de psicología infanto juvenil dentro de la misma institución. Estas cuestiones institucionales propias del hospital que muchas veces pueden ser limitaciones para los tratamientos de los pacientes o confusas para quienes concurren al hospital se podrían resolver generando un espacio conjunto compuesto por los supervisores de las áreas permitiendo un mejor funcionamiento institucional más global y no un funcionamiento individualizado de cada uno de los servicios. Por otro lado hay que tener en cuenta los escasos recursos económicos que recibe la Salud Publica por parte del gobierno, los cuales incluso se vieron recortados en los últimos tiempos, como es de público conocimiento, con el cierre del Ministerio de Salud convertido en ahora en Secretaria.

Por otra parte ha sido llamativo a lo largo de la práctica notar en la gran mayoría de los casos que se trabajan en el hospital la naturalización de la violencia por parte de los cuidadores de los niños. En este sentido la supervisora del hospital manifiesta que aproximadamente alrededor de un 80% de la población que concurre al hospital padece múltiples situaciones de estrés y traumas asociados al mismo, sus sistemas familiares son

desorganizados presentan por lo general situaciones de violencia, alcoholismo, consumo de sustancias, abuso sexual infantil y dificultades para brindar un apego seguro. En sus palabras: *Desde el área de psicología pediátrica se intenta intervenir en todo el sistema familiar incluyendo a las figuras familiares que para el niño/a son significativas, entendiendo las limitaciones y dificultades que presentan e intentando reestructurar dicho sistema para mejorar los síntomas y carencia afectiva que presentan estos pacientes. Por otra parte, los roles se encuentran intercambiados, se observan numerosas rupturas y cambios en su estructura familiar, lo que se refleja en los genogramas de las HC donde se observa la complejidad de las relaciones familiares.*

Es en este contexto en el cual la psicoeducación y orientación a padres es una herramienta fundamental para ayudar a mejorar el sistema comunicacional emocional disfuncional y desadaptativo. Es de importancia señalar que, como Ariel, existen muchos otros pacientes que son readmitidos en el hospital, dentro del servicio de salud mental en algún momento de su ciclo vital, y que esto se debe a que en esta población, en general, muchas de las situaciones que desencadenan la necesidad de asistencia es la extrema vulnerabilidad del contexto, muchas veces con situaciones maltratantes y patrones desadaptativos de crianza, así como abandono de la presencia del estado.

Sería interesante que más allá de la psicoducción que se realiza en los consultorios para lograr parentalidades más competentes, se realicen campañas de prevención desde el estado en contra el maltrato infantil en las cuales se pueda poner en discusión la temática de la violencia infantil, educando a quienes muchas veces no poseen las herramientas simbólicas para entender que la violencia no es un límite sino un delito.

En el caso particular de Ariel resta mucho trabajo por realizar para la elaboración del duelo y el armado de estrategias para que se logre una parentalidad más competente por parte de su madre, será importante continuar trabajando sobre la totalidad del sistema familiar, la red de apoyo y afectiva del paciente e intentar fomentar las conductas de apego, contención y asertividad en puesta de límites necesarias para una evolución favorable. El equipo confía en que la evolución del paciente, en el caso de que se logre continuidad en su terapia, dependerá en gran medida de los factores previamente mencionados.

De todas formas es indiscutible la capacidad de Ariel de resiliencia, debido a que con todo lo vivido a tan temprana edad su sintomatología no resulta tan aguda como sería de esperar, sin embargo se deberá continuar de cerca su evolución debido a que cumple con casi la totalidad de los factores de riesgo de DC asociado a la muerte de un progenitor (Gallego & Reveste, 2006).

Para finalizar en cuanto a posibles futuras líneas de investigación sería interesante la realización de mayores estudios longitudinales sobre duelo en niños, sobre todo los vinculados a muerte violenta de sus figuras de apego. Estudiar las consecuencias que dicho trauma puede acarrear en la adolescencia y en la adultez con la finalidad de identificar relaciones entre traumas asociados a duelo por muerte violenta y patologías presentes en la vida adulta de estos niños. Como afirma Worden (1997) muchas patologías psiquiátricas son expresión de un duelo patológico entre ellas se incluyen los estados de ansiedad, depresión y algunos trastornos de personalidad por lo que investigar acerca de estas muertes traumáticas en la infancia podría ser útil para realizar prevención temprana de dichas expresiones desadaptativas en la adultez.

7. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000) *DSM-IV-TR. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Edition Reviewed)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington, DC: APA.
- Bas Sarmiento, P., Fernández Gutierrez, M., Barbacil Vicario, A., y Guitiérrez Vázquez, C. V. (2006). Perspectivas actuales en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en la población infantil: Análisis bibliométrico. *Clínica y Salud, 17*(1), 69-89.

- Barreto, P., de la Torre, O., y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2/3), 355.
- Beck, J.(2000) *Terapia Cognitiva: Conceptos Básicos y Profundización*. México: Gedisa.
- Boss, P. (2006). *Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*.New York: W.W. Norton.
- Bowlby, J. (1983).*La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*, Barcelona: Paidós.
- Bui, E., Ohye, B., Palitz, S., Olliac, B., Goutaudier, N., Raynaud, J. P., Kounou K. B. & Stoddard Jr, F. J. (2017). *Reacciones agudas y crónicas ante trauma en niños y adolescentes*.España: IACAPAP.
- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*. Buenos Aires: Editorial Akadia.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474-1484.
- Del Pino, J. I., Pérez, J., & Ortega, F. (2000). Resolución de Duelos Complicados desde una óptica Sistémica. *Documento de la Universidad de Sevilla*.
- De Hoyos López, M. C. (2015). ¿Entendemos los adultos el duelo de los niños?, *Revista Acta Pediátrica: España* 73(2), 27-32.
- Díaz Seoane, P. (2016). *Hablemos de Duelo. Manual práctico para abordar la muerte con niños y adolescentes*. Madrid: Fundación Mario Losantos del Campo.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Echeburúa, E., De Corral, P., & Amor, P. J. (2005). La resistencia humana ante los traumas y el duelo. *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad*, 337-359.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Ellis, A. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. México: Editorial Pax.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós.

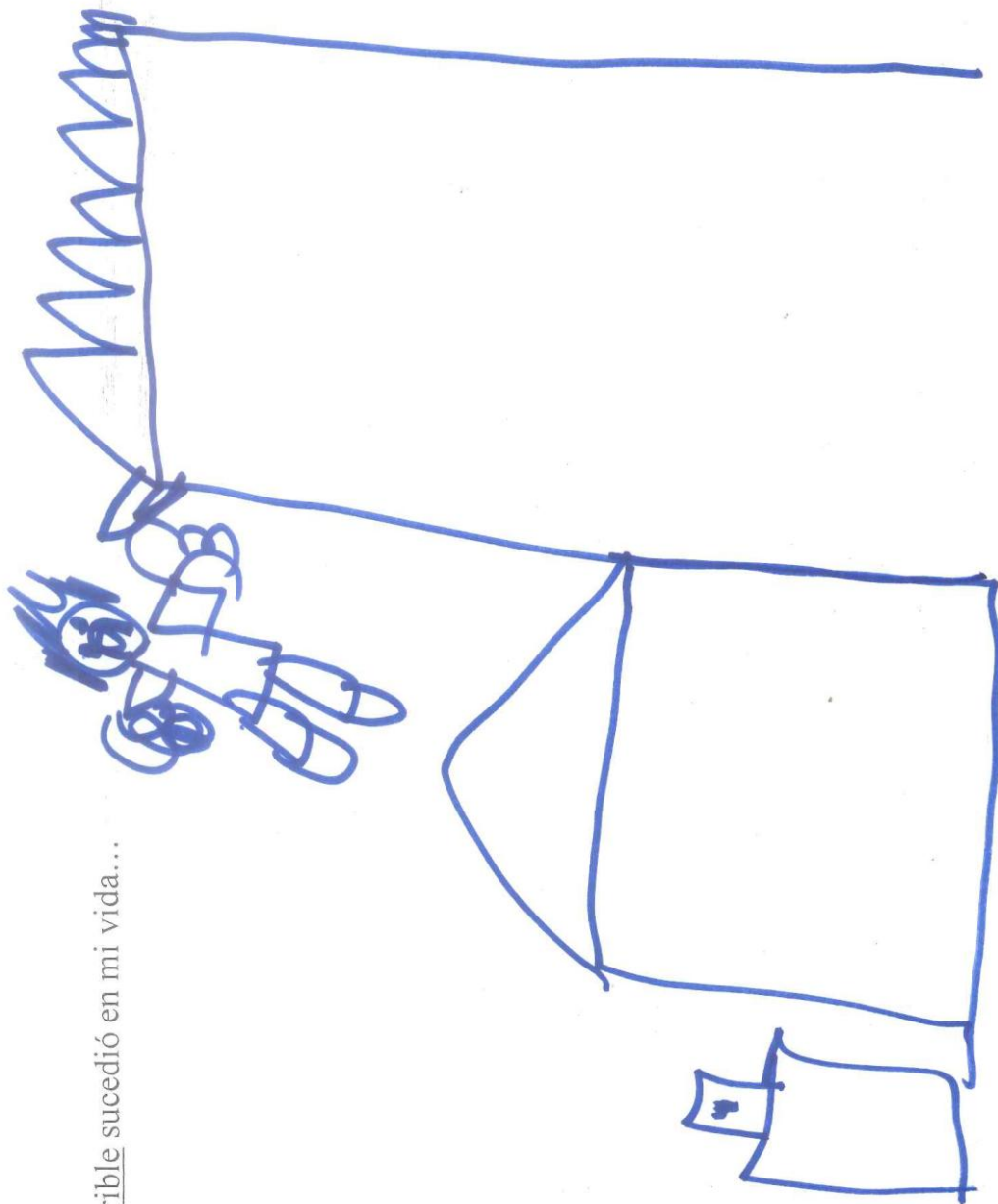
- Gallego & Reveste (2006). El Duelo en los Niños (La Pérdida del Padre / Madre). *Revista de Psicología Clínica*, 121-136.
- García-Viniegras, Carmen Regina Victoria, & Pérez Cernuda, Caridad. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274.
- Gerson R, Rappaport N (2013). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: Recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. *Journal of Adolescent Health* 52:137-143
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The lancet*, 373(9657), 68-81.
- Guillén Guillén, E., Gordillo Montaña, M., Gordillo Gordillo, M., Ruiz Fernández, I., & Gordillo Solanes, T. (2013). Crecer con la pérdida: el duelo en la infancia y adolescencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1).
- Heegaard, M. E. (1991). When something terrible happens: Children can learn to cope with grief. Woodland Press.
- Herbert, C. y Wetmore, A. (1999). *Overcoming traumatic stress. A selfhelp guide using cognitive-behavioral techniques*. London: Robinson.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., Marmar, C. y Krupnick, J. (1980). Pathological grief and the activation of latent self images. *American Journal of Psychiatry*, 137, 1157-1162.
- Kendall, P. C. (2011). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. New York: Guilford Press.
- Lazarus, R. S. (1993) From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks, *annual Review of Psychology*, 44, 1-21
- Lecannelier, F. (2018). El trauma oculto en la infancia. Edit. Sudamericana: Barcelona.
- López-Muñiz, Martínez Barbeito y González Barboteo (2008). El Duelo complicado, *Sociedad Española de Oncología Médica*, Toledo.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, 3(1), 131-149.
- Morales Pillado, García Tabuyo, Álvarez Ortiz, Gervas Sanz, Pardo Cebrián, Pérez Cabrero, de la Torre Martí y Ivars, (2015). Guía de intervención clínica infantil. *Centro de psicología aplicada. Universidad Autónoma de Madrid*.

- Perry, B. (2014) Estrés, trauma y trastornos de estrés post-traumático en los niños. Una introducción. Houston: The ChildTrauma Academy.
- Reed, M. D. (1998). Predicting grief symptomatology among the suddenly bereaved. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(3), 285-301.
- Rodríguez, G. (2001). El trauma en la infancia: trauma, abuso, amnesia y trastornos de disociación (Vol. 2, pp. 2-4). Interpsiquis.
- Sales, P. P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una Psicoterapia integradora*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Salmon, K., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical psychology review*, 22(2), 163-188.
- Schneider SJ, Grilli SF, Schneider JR (2013). Evidence-based treatments for traumatized children and adolescents. *Current Psychiatry Reports* 15:332
- Stallard, P. (2007). Pensar bien sentirse bien. *Manual práctico de terapia cognitivo conductual para niños y adolescentes*. España: Ed. Desclee de brouwer.
- Querol, S. & Cháves, M. (1997). *Adaptación y aplicación del Test de la Persona Bajo la Lluvia*. Buenos Aires: JVE Psiqué.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2009). *El yo atormentado: la disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Editorial Desclée de Brouwer. Cap 1
- Van der Kolk, B. A. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta: Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria.
- Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Yoffe, L. (2007). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos. *Revista Psicodebate* 7, 193-205.
- Young, J. C., & Widom, C. S. (2014). Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child abuse & neglect*, 38(8), 1369-1381.
- Zañartu, C., KRÄMER, C., & Wietstruck, M. A. (2008). La muerte y los niños. *Revista chilena de pediatría*, 79(4), 393-397.
- Ley N° 23.277 (1985) Ley Nacional del Ejercicio de la Psicología. Ministerio de Salud y Acción Social.

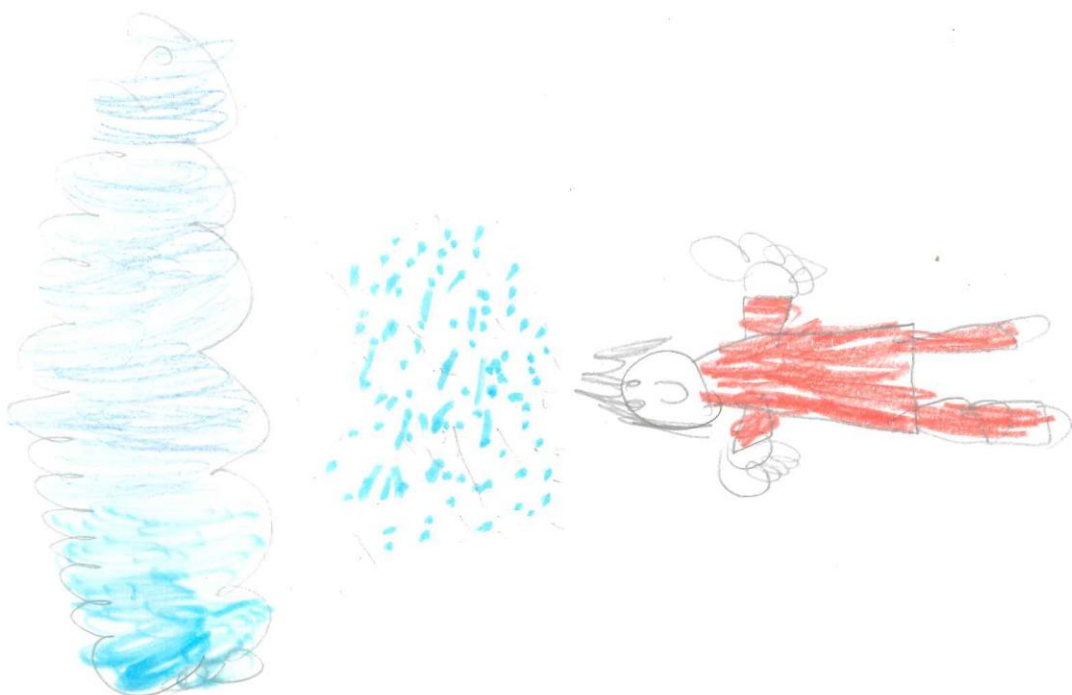
8. Anexos

Anexo A

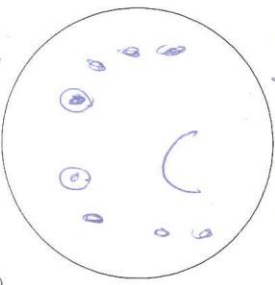
Algo terrible sucedió en mi vida...



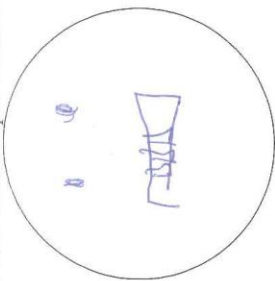
me enganché
en el botón
y me
lastimé.



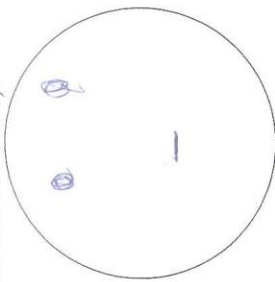
A veces la gente se pone una "máscara" para esconder los sentimientos que no les gustan mostrar. (Nombra y dibuja 3 sentimientos que escondes con un sentimiento diferente)



gusta triste

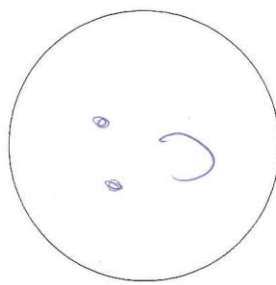


triste

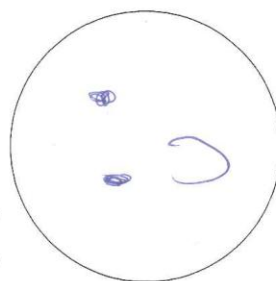


triste

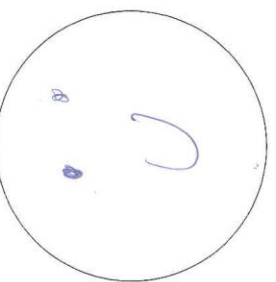
Nombra y dibuja las "máscaras" que podrías usar.



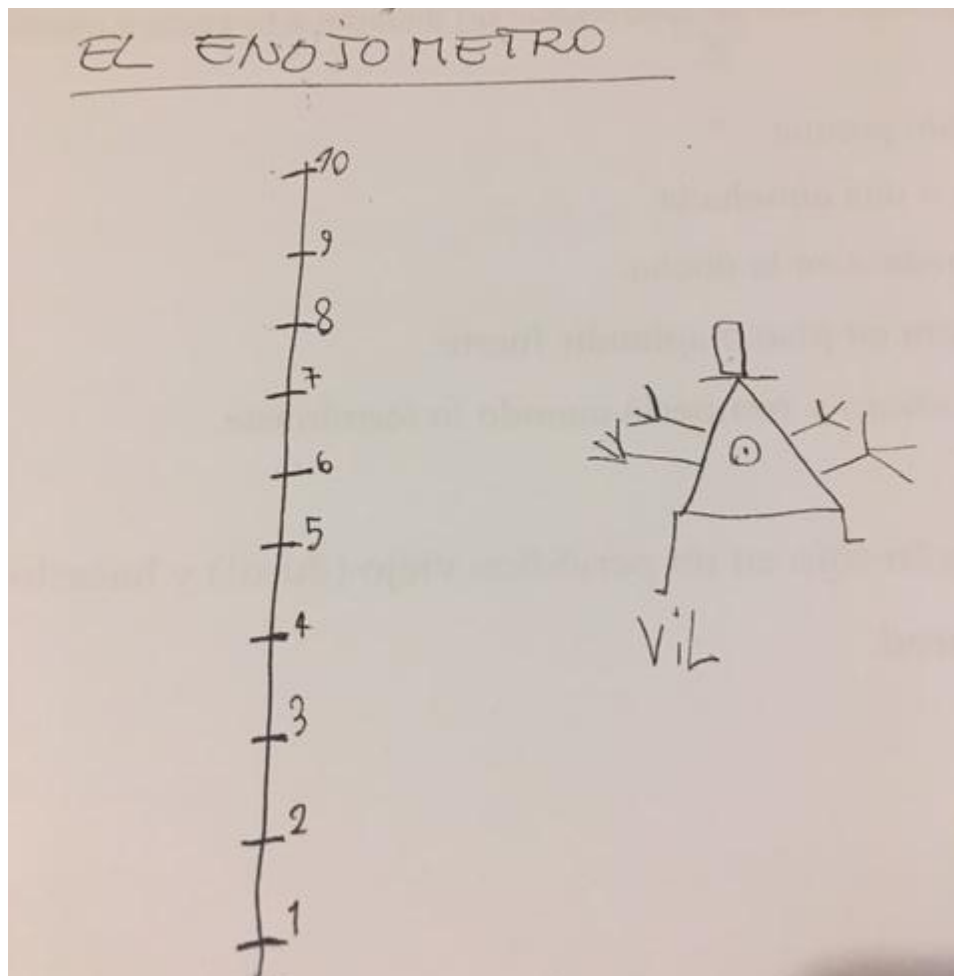
alegre



alegre feliz



feliz



Cuando siento enojo yo... *me lo trago*

Anexo F

Mucha gente se preocupa por mi y siempre seré cuidado! (haz una lista y escribe los números en este "circulo de protección")

Circulo de protección



1. mi mamá
2. mi familia
3. mi tía
4. mi maestra
5. mis amigos
6. mis primos
7. mi hermano
8. _____
9. _____