



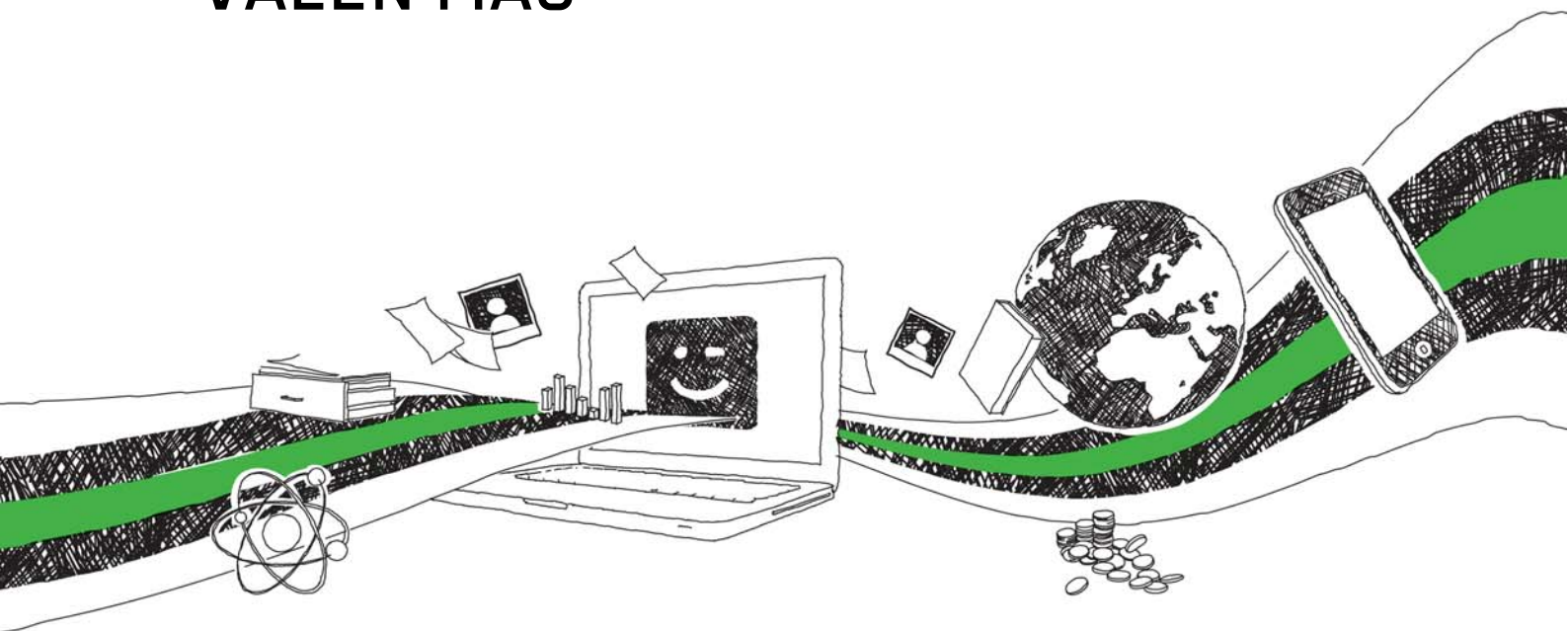
DR. MARION MUTHMANN

EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS

Aspectos teóricos y sugerencias prácticas

G R I N 

CON GRIN SUS CONOCIMIENTOS VALEN MAS



- Publicamos su trabajo académico, tesis y tesina
- Su propio eBook y libro - en todos los comercios importantes del mundo
- Cada venta le sale rentable

Ahora suba en www.GRIN.com
y publique gratis



Bibliographic information published by the German National Library:

The German National Library lists this publication in the National Bibliography; detailed bibliographic data are available on the Internet at <http://dnb.dnb.de> .

This book is copyright material and must not be copied, reproduced, transferred, distributed, leased, licensed or publicly performed or used in any way except as specifically permitted in writing by the publishers, as allowed under the terms and conditions under which it was purchased or as strictly permitted by applicable copyright law. Any unauthorized distribution or use of this text may be a direct infringement of the author's and publisher's rights and those responsible may be liable in law accordingly.

Imágenes de la portada:

Portada: Marion Muthmann, Playa del Carmen. México.

Contraportada: Marion Muthmann. El interior de una pirámide, México.

Imprint:

Copyright © 2021 GRIN Verlag
ISBN: 9783346409683

This book at GRIN:

<https://www.grin.com/document/1027357>

Marion Muthmann

Experiencias traumáticas. Aspectos teóricos y sugerencias prácticas

GRIN - Your knowledge has value


Since its foundation in 1998, GRIN has specialized in publishing academic texts by students, college teachers and other academics as e-book and printed book. The website www.grin.com is an ideal platform for presenting term papers, final papers, scientific essays, dissertations and specialist books.

Visit us on the internet:

<http://www.grin.com/>

<http://www.facebook.com/grincom>

http://www.twitter.com/grin_com

An aerial photograph showing a vast, layered sea of clouds. The clouds are dense and textured, with varying shades of white, grey, and blue. The sky above is bright and hazy, suggesting a sunrise or sunset. The overall mood is serene and expansive.

“Bajar la guardia y extender las manos
Desplegar las alas
E intentar de nuevo
Celebrar la vida y retomar los
cielos.”

Mario Benedetti, escritor uruguayo
(poema: nunca te rindas)

ÍNDICE

Ilustraciones	5
Tablas.....	6
Foto	6
Agradecimientos.....	7
Introducción	9
1 Caracterizar la experiencia traumática.....	10
1.1 Acercamiento al tema: ¿cómo se define una experiencia traumática?.....	10
1.1.1 Unos aspectos esenciales	11
1.1.1.1 Unas definiciones: síntomas singulares del TEPT	17
1.1.1.2 El síndrome de estrés postraumático	21
1.1.2 Los indicios más frecuentes del trauma.....	24
1.1.2.1 Criterios diagnósticos según DSM-V	25
1.1.2.2 Criterios diagnósticos según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10)	28
1.2 Indicios de traumatización psíquica y emocional en los niños.....	30
1.2.1 Criterios de diagnóstico alternativos de un TEPT en niños de menos de seis años de edad.....	34
1.2.3 Reacciones paternas típicas ante los síntomas de trauma de sus hijos.....	36
1.3 El trauma como proceso.....	37
1.3.1 Aspectos agravantes y factores de riesgo que influyen en la formación de las reacciones postraumáticas.....	39
1.4 La clasificación de los hechos traumáticos.....	43
1.4.1 Los aspectos psicoeducativos	45
1.4.1.1 La posible función de los síntomas.....	46
1.5 El trauma complejo.....	50
1.5.1 Los criterios diagnósticos según J. Herman (1992)	50
1.5.2 Aspectos del trauma complejo.....	51
1.6 Las fases en el tratamiento del trauma.....	64
1.7 El trauma colectivo	70
2 Modelos conceptuales para la comprensión de los síntomas postraumáticos .	83
2.1 El ser humano como entidad bio-psico-social	83
2.1.2 ¿Cómo se aprenden los estímulos desencadenantes?.....	83
2.1.3 Respuestas psico-biológicas al trauma	85
2.1.3.1 El continuo de hiperactivación y hipoactivación.....	91
2.1.3.2 La disociación.....	106
2.1.4 Procesamiento de los estímulos ambientales y del entorno	108
2.1.5 Modelo de memoria.....	111
2.2 El trauma de apego	115

2.2.1	Formas y cualidad de apego entre los niños y su persona prioritaria de referencia.....	115
2.2.2	La teoría de apego	119
2.2.2.1	El sistema de exploración y el sistema de apego	121
2.2.2.2	Las diferencias en la cualidad del apego	130
2.2.2.4	El comportamiento materno y la cualidad del apego	138
2.2.3	La importancia del temperamento	141
2.2.4	La importancia a largo plazo de la cualidad del apego entre las madres y los padres (o personas de referencia) y los niños.	142
2.3	Modelo socio-cognitivo según Janoff-Bulman: las creencias básicas.....	150
2.3.1	Restaurar las creencias básicas y cuestionar las cogniciones disfuncionales	155
2.4	Procesamiento cognitivo del estrés: el modelo de Lazarus	162
2.5	Los Ego States / Estados del Yo	167
2.5.1	El concepto de los Ego-States / estados del yo.....	169
2.6	Aspectos que influyen en la percepción y el procesamiento del estrés postraumático	189
2.6.1	La salutogénesis.....	189
2.6.2	El sentido de coherencia (Sense of Coherence, SOC).....	189
2.6.3	La resiliencia.....	193
2.6.3.1	Aspectos que definen la resiliencia.....	194
3	La estabilización	207
3.1	¿Cómo se define la estabilización?	209
3.1.1	La ventana de tolerancia e irritabilidad	212
3.1.1.1	Dar pasos para ampliar la ventana	215
3.2	Métodos en el ámbito de la estabilización	217
3.2.1	La caja de emergencia	217
3.2.2	Los rituales diarios.....	218
3.2.3	El diario de la felicidad.....	219
3.2.4	La biografía de la felicidad.....	220
3.2.5	Escribir una carta.....	223
3.2.6	El freno labial.....	224
3.2.7	Adosarse contra la pared ("la silla").....	226
3.2.8	5-4-3-2-1	227
3.2.9	Tomar una posición de fuerza y autocontrol.....	228
3.2.10	Superar el trauma incluyendo movimientos naturales	229
3.2.11	Las imaginaciones	231
3.2.1.1	Ejercicio de un lugar interior seguro	237
3.2.1.2	Los ayudantes interiores.....	239
3.2.11.3	La caja fuerte	241
3.2.12	Fortalecer la resiliencia.....	242
3.2.13	Activar los recursos personales: la técnica de absorción	245
3.2.13.1	Protocolo: llevar a la práctica la técnica de absorción	249
3.2.14	La activación de los recursos	255
3.2.15	Intervenciones basadas en los aspectos relacionales	257
3.2.16	Las necesidades básicas.....	259
3.2.16.1	El deseo de apego.....	262
3.2.16.2	El deseo de control y orientación.....	263

3.2.16.3	El deseo de aumento y protección del valor personal y la autoestima	264
3.2.16.4	El deseo de placer y evitación del desagrado	265
3.2.17	Los procesos de transferencia y contratransferencia	267
3.2.18	Promover la autopercepción (trauma complejo)	273
4	El enfrentamiento	
4.1	El enfrentamiento con el trauma	277
4.1.1	Contraindicaciones para la confrontación con el trauma:	281
4.1.2	Recomendaciones generales en el marco de la realización del enfrentamiento.....	281
4.2	La pantalla	284
4.2.1	El esquema de operaciones.	286
4.3	Enfrentarse con las subpersonalidades problemáticas del yo	290
4.3.1	Introducción al protocolo.....	292
4.3.2	Protocolo para el trabajo imaginario con los esquemas maladaptivos o malignos.	294
4.3.3	Protocolo para el trabajo imaginario con el "niño interno herido"	295
4.3.4	El sobrescribir imaginario	297
4.4	La terapia focalizada en el trauma: exposición narrativa	300
4.4.1	Las fases del tratamiento.....	303
4.5	La terapia focalizada en el trauma: terapia de conducta según Cohen, Mannarino y Deblinger.....	308
4.5.1	I Psicoeducación.....	314
4.5.2	II Fortalecer las aptitudes de los progenitores o personas de referencia.....	315
4.5.3	III La relajación	317
4.5.4	IV La expresión y la modulación de los afectos	325
4.5.5	V Procesamiento y enfrentamiento cognitivos	328
4.5.6	VI La narración traumática.....	329
4.5.7	VII Afrontamiento y procesamiento cognitivos	332
4.5.8	VIII Afrontamiento en vivo con los recuerdos traumáticos	333
4.5.10	X Mejorar la seguridad y el desarrollo futuro	334
5	La integración	337
5.1	Aspectos relevantes de esa fase del tratamiento	339
5.2	El crecimiento postraumático.....	341
6	Literatura	353

Ilustraciones

Ilustración 1:	Las tenazas traumáticas	22
Ilustración 2:	Inspirado en el modelo de Fischer y Riedesser.....	39
Ilustración 3:	El círculo vicioso estimulado por profecías autocumplidas	58
Ilustración 4:	Las fases en el tratamiento del trauma	69
Ilustración 5:	Aprendizaje de los estímulos desencadenantes.	85
Ilustración 6:	Las partes del cerebro.....	87
Ilustración 7:	Descripción del neurocientífico Paul MacLean.....	90
Ilustración 8:	Los procesos corporales	94
Ilustración 9:	Los procesos neurobiológicos en el desarrollo del trauma; parte 1.....	100
Ilustración 10:	Los procesos neurobiológicos en el desarrollo del trauma; parte 2.....	101
Ilustración 11:	El procesamiento de los estímulos/ las situaciones potencialmente peligrosas	110
Ilustración 12:	El niño se siente seguro	122
Ilustración 13:	El niño se siente seguro	122
Ilustración 14:	El círculo de retroalimentación	128
Ilustración 15:	Círculo de retroalimentación (niño-persona de referencia)	129
Ilustración 16:	La cualidad del apego y el desarrollo futuro.....	149
Ilustración 17:	Esquemas cognitivos puestos en duda después de haber vivido un hecho traumático.	153
Ilustración 18:	El modelo de Lazarus.....	166
Ilustración 19:	La interconexión de los estados del yo	169
Ilustración 20:	La esencia de las interacciones	173
Ilustración 21:	El continuo disociativo.....	181
Ilustración 22:	Los estados del Yo bien / mal integrados.....	183
Ilustración 23:	Sentido de coherencia.....	191
Ilustración 24:	La ventana de tolerancia e irritabilidad.....	214
Ilustración 25:	Los ámbitos para promover la estabilización.....	216
Ilustración 26:	El diagrama de los recursos	221
Ilustración 27:	Las experiencias altamente estresantes	222
Ilustración 28:	Activar los recursos. Propuesta según Smith y Grawe (2003)	256
Ilustración 29:	Las necesidades básicas según Grawe (2004).....	261
Ilustración 30:	El modelo ABC según Ellis (2007)	329

Tablas

Tabla 1: Inspirado en www.psicoterapeutas.com/pacientes	27
Tabla 2: La clasificación de los hechos traumático.....	44
Tabla 3: Los criterios diagnósticos, DESNOS	51
Tabla 4: Comparación entre el TEPT y el TEPT complejo	68
Tabla 5: Tendencias a reaccionar y su relación con estilos diferentes de apego.	141
Tabla 6: Las características de los estilos de apego. Vida adulta	146
Tabla 7: Mapa de los estados del yo / de las subpersonalidad	188
Tabla 8: Diferencias entre la situación traumática y la situación terapéutica.....	260
Tabla 9: Esquema del proceder.....	306
Tabla 10: Dimensiones posibles del crecimiento postraumático	351

Foto

Foto 1: La cintura de Moebius ilustra la relación indisoluble entre lo individual y lo social.	16
Foto 2: Proceso de recuperación.....	66
Foto 3: El reflejo de agarrar	117
Foto 4: Llorar y sonreír.....	118
Foto 5: Una gran inundación en el este de Alemania en 1997, los animales que se encontraron en una situación sumamente peligrosa buscaron la cercanía de su rebaño.	123
Foto 6: Apego seguro	138
Foto 7: Marion Muthmann, Tafí de Valle, Argentina.	208
Foto 8: Marion Muthmann, Gomera, la estabilización	209
Foto 9: Marion Muthmann, el freno labial	225
Foto 10: Marion Muthmann, la silla.....	226
Foto 11: Marion Muthmann, estimulación bifocal.....	247
Foto 12: Rebecca Horn: el concierto de marcha opuesta. Instalación en varias partes (1987/97), ubicada en la perrera de Münster. Foto de Marion Muthmann.....	276
Foto 13: el cocodrilo	284
Foto 14: la línea de la vida.....	307
Foto 15: de Marion Muthmann, crecimiento postraumático	338

Agradecimientos

Estoy muy contenta de presentarles a ustedes unos aspectos que me parecen interesantes sobre la experiencia traumática y el tratamiento psicológico. Siempre hubo muchas personas que me dieron su apoyo profesional y emocional cuando me ocupé del tema.

Muchas gracias a mis colegas y amigos en el ámbito de la psicología clínica que me han acompañado a mi y mi trabajo desde hace muchos años en contextos varios. Su enorme creatividad, sus valiosas sugerencias y su ánimo constante me han hecho mantener mi interés en mi trabajo como docente, entrenadora y psicóloga clínica.

Mi especial agradecimiento para Ignacio Campos y Soledad Zaplana, mis profesores de español, por las correcciones y reflexiones sobre los textos. Me han servido mucho sus sensibles comentarios que me han ayudado expresar las ideas aquí presentadas con mayor claridad.

Como las imágenes dicen más que mil palabras, vaya aquí mi reconocimiento especial por los gráficos e ilustraciones de la Sra. Liska Sehnert, que me encantan. La Sra. Hellen Brüggemann se implicó en la gestión y el formateo de los textos e ilustraciones y también contribuyó con algunos gráficos. Fue un placer cooperar con ellas. Me encanta el dibujo de los “Estados del Yo”, obra de Niko Thom, para ilustrar un concepto sumamente útil. Les doy mis gracias a Sra. Kamila Woodhull y Sr. Hossein Omrani por su apoyo con sus fotos para ilustrar algunos métodos.

Gracias también al Señor Lic. José Gustavo Franco Martínez, coordinador del área de Psicología de la Universidad Rafael Landívar, al Campus de Quetzaltenango, Guatemala. Fue una experiencia muy especial y enriquecedora para mí realizar un seminario sobre ese tema. Conservo muy buenos recuerdos de nuestro trabajo común.

Los casos clínicos presentados en esta obra han salido de mi propio trabajo clínico en mi consultorio. He cambiado todos los nombres de las personas o instituciones involucradas, he disecionado todas las relaciones y constellaciones en sus componentes para mezclarlas nuevamente enriqueciéndolas con detalles producto de mi fantasía.

Muchas gracias a todos mis pacientes que me enseñaban tanto sobre las formas creativas y casi innumerables del manejo de las experiencias en extremo desafiantes y traumáticas. Les doy mis gracias más expresivas y también mi reconocimiento sincero. Muchas veces me ha impresionado y me ha emocionado cuando los acompañaba en sus esfuerzos productivos y magníficos para salir adelante y superar sus vivencias dolorosas. Por supuesto los conceptos siempre están arraigados en el entorno socio-cultural donde se originaron y deben ser adaptados a las circunstancias del entorno concreto. Espero que las ideas y sugerencias aquí presentadas les sean útiles y ayuden en la comprensión y superación de los hechos traumáticos vividos.

Marion Muthmann, marzo 2021

Introducción

Esta compilación se dedica a las experiencias traumáticas. Se refiero tanto al Trastorno de Estrés Postraumático (simple TEPT) como al TEPT complejo, resultado del abuso y maltrato durante largos períodos del tiempo. La obra no sigue la intención de presentar un concepto completo ni se focaliza en determinados aspectos que definen y caracterizan lo traumático.

Como psicoterapeuta, docente y entrenadora en contextos muy variados a la autora le gusta transmitir y compartir unos contenidos de sus seminarios que le parecen interesantes y asicos. Se trata de una selección distenida de temas y aspectos abordados, orientada en el interés primordialmente práctico de la autora.

Además, se han agregado unos casos clínicos del ámbito laboral de la autora, por supuesto bien modificados.

Ojalá el material presentado sea útil para personas que quieren acercarse al tema para tener una visión conjunta y/o que buscan unas sugerencias prácticas.

La compilación está inspirada en muchas personas que aportaron sus experiencias, conceptos, ideas y sugerencias. La autora espera que al fin una o otra información presentada sirva para gente interesada.

1. Caracterizar la experiencia traumática

1.1 Acercamiento al tema: ¿cómo se define una experiencia traumática?

Hay muchas definiciones sobre las experiencias traumáticas. Ese concepto se emplea en contextos muy diferentes: tanto para describir una sensación grave de pesadumbre como para explicar las reacciones muy fuertes y quizás incluso incomprensibles de una persona después de un evento dramático. En ocasiones también se refiere a la situación psicofísica de los niños que crecen en un entorno (social) muy conflictivo o incluso violento.

En el contexto científico, el ICD (= CIE-10, clasificación internacional de enfermedades) y el DSM (manual estadístico de trastornos mentales) denominan e investigan los criterios esenciales para diagnosticar un trauma psicológico.

Sales (2005) propone que cada persona active **las experiencias propias** para acercarse a una definición del hecho traumático:

Ejercicio: partir de la propia experiencia

Intente pensar en algunos momentos de su vida en los que haya experimentado aquello que usted considere que fue:

- Un duelo.
- Una crisis personal.
- Un trauma.

Si usted está seguro de no recordar ninguna situación personal con alguno de esos puntos, puede pensar en alguien muy cercano.

Después de pensar el tiempo suficiente sobre cada una de las tres situaciones y apuntar quizás algunas notas de análisis:

¿Puede proponer a partir de su experiencia personal una definición de duelo, crisis o trauma relacionada con las consecuencias del impacto sufrido (más allá del perpetrador

o hecho perturbador)?

¿Puede definir criterios para distinguirlos entre sí? ¿Qué elementos claves, en su opinión, permiten diferenciarlos?

1.1.1 Unos aspectos esenciales

Acercamiento definitivo al tema

Suena el teléfono y pego un respingo.

Miro el reloj. Nueve y media de la noche.

¿Atiendo, no atiende? Atiendo. Es el Comando José Rucci, de la Alianza Anticomunista Argentina:

"A ustedes los vamos a matar, hijos de puta."

"El horario de amenazas, señor, es de seis a ocho", contesto.

Cuelgo y me felicito. Estoy orgulloso de mí.

Pero quiero levantarme y no puedo: tengo piernas de trapo.

Intento encender un cigarrillo.

Eduardo Galeano: Días y noches de amor y de guerra.

Editorial LAIA 1978.

Etimológicamente, la palabra "trauma" proviene del griego y significa "herida". Esa herida, ya sea física o psíquica, siempre está basada en un evento traumático real y dañino localizado **fuera** de la persona.

Hoy en día "trauma" es un concepto utilizado en contextos muy variados y de manera inflacionista. A veces, al hablar de un trauma se está haciendo referencia a un evento de envergadura extrema, en otras ocasiones se lo utiliza para describir aspectos llamativos de personas aparentemente extrañas.

¿Cuándo se habla de una herida tipo trauma?

En el contexto de este informe la definición de un trauma siempre está asociada con **vivencias extremadamente estresantes**. Son "experiencias amenazantes para la

integridad personal, asociadas a emociones extremas de dolor, humillación, caos y estrés negativo extremo: "situaciones límite que ponen en tensión todos nuestros recursos personales o colectivos para tratar de enfrentarlas" (C.M. Beristain).

Las experiencias basadas en ese tipo de hechos provocan un **fuerte quiebre en la vida** de la persona y marcan un **"antes" y un "después"**. Se observan cambios significativos que afectan, entre otros, a los aspectos comportamentales a nivel individual y grupal, el estado de ánimo, el funcionamiento corporal, "biopsicosocial" y las reacciones automatizadas. Muchas veces, la persona afectada sufre un daño de larga duración que frecuentemente deja un residuo permanente y le impide "llevar a cabo un cierto cierre psicológico que le permita mirar hacia adelante" (C.M. Beristain).

Frecuentemente, esas personas no pueden marcar suficientemente una distancia emocional y suelen **revivir las experiencias sufridas** en forma de varios recuerdos que las atan a esa experiencia. Parecería que las personas afectadas oscilan entre el deseo de **olvidar** el horror experimentado y **recordarlo**.

Hay manuales de diagnósticos que definen los síntomas concretos de la reacción traumática, concretamente del **trauma tipo TEPT (trastorno de estrés postraumático)**. Sin embargo, frecuentemente se observan cambios drásticos que afectan a toda la persona en su integridad sin que los efectos notados formen parte de los diagnósticos convencionales (DSM-V; ICD 10).

Se observan **cambios en las creencias básicas** que dirigen el comportamiento relacional cotidiano (Janoff-Bulman, 1992) o, en el caso de los traumas relacionales complejos, se destacan características de la personalidad tales como una cierta impulsividad o reacciones extremadamente asustadizas que limitan fuertemente las opciones posibles de la persona afectada para moverse como un ser social (véase el capítulo sobre el trauma complejo).

Además, se nota una **gran variabilidad respecto a las reacciones activadas** por diferentes personas ante eventos aparentemente idénticos. En este contexto, Fischer y Riedesser (2003) critican el concepto del TEPT porque el término implica que "trauma" se relaciona con un hecho o una situación concretos, aunque más bien se trata de un proceso que abarca aspectos y fases diferentes cuya elaboración concreta determinará

la cualidad e intensidad de la vivencia en cuestión.

Por lo tanto hay que considerar:

- los aspectos subjetivos que dependen de la persona afectada (su biografía, su temperamento, su situación psicosocial **pretraumática**, etc.),
- los aspectos relacionados con el hecho traumático y las circunstancias concretas de su aparición (factores **peritraumáticos**),
- los aspectos que marcan diferencias en la situación personal y ambiental después del hecho traumático (factores **postraumáticos**).

Beristain dice que los diagnósticos psicológicos o psiquiátricos suelen "descontextualizar la experiencia de las víctimas y ponen poca atención en la naturaleza de los estresores o la experiencia cultural", y sostiene que los síntomas "pueden reflejar también un sufrimiento individual o colectivo como consecuencia de las pérdidas sufridas cuyos significados y expresión son determinados culturalmente". Según Beristain, especialmente los síntomas de personas refugiadas pueden reflejar "un sufrimiento comunitario profundo".

Hay hechos dramáticos que causan un daño psíquico a casi todas las personas, por ejemplo guerras, torturas u otras situaciones extremadamente violentas. Sin embargo, también hay que considerar la perspectiva subjetiva relacionada con un marco de referencia social que determina si la herida sufrida tiene un carácter traumático o si no lo tiene. Especialmente el significado que otorga la persona afectada a los hechos vividos tiene un gran impacto y ayuda a desarrollar una perspectiva más comprensiva de los diferentes efectos.

Una definición del trauma más allá de los manuales de diagnósticos (por ejemplo Sales, 2006; Peichl, 2008; Fischer/Riedesser, 1998) se refiere al trauma como una **experiencia extrema** asociada con una **amenaza** muy grave de la **integridad psicofísica** de la persona afectada, que responde con sentimientos muy fuertes de miedo a la muerte, desamparo, desesperación, pérdida de control y un "**horror**" **masivo**.

En consecuencia, puede surgir una serie de síntomas fuera del control del sobreviviente

que provoquen un sufrimiento psicológico profundo. Los síntomas representan una **respuesta natural** de la persona afectada ante una forma de **agresión extremadamente fuerte** y se entienden como intentos del organismo para **restablecer una homeostasis** perdida por la vivencia traumatizante. Como consecuencia, se genera un "antes" y un "después" en la continuidad de la vida de esa persona.

Otro componente definitorio del "trauma" o de la situación traumática se relaciona con el hecho de que las circunstancias **no le permiten a la persona afectada huir** de la amenaza extrema **ni luchar** contra ella. Por lo tanto, la víctima experimenta una discrepancia vital entre los factores amenazantes de la situación y las posibilidades para reaccionar adecuadamente o, incluso, superar exitosamente la situación (véase más abajo: modelo de Lazarus).

Como el trauma se caracteriza por una renuncia, un abandono sin protección, se puede producir un cambio persistente en la imagen que la persona tiene de sí misma, de su entorno social y el funcionamiento del mundo (Sales, 2006; Peichl, 2008; Fischer, Riedesser, 1998).

En ese contexto, algunos autores se refieren a las personas con vivencias traumáticas como "sobrevivientes" (Sales, 2006), mientras que otros hablan de "víctimas". Algunos autores alegan que el término "víctima" puede tener una dimensión estigmatizante, al considerar "a la persona como traumatizada en el sentido de una persona pasiva que ha quedado mermada en sus posibilidades o facultades", o considerar lo traumático "como una marca de la cual no pueden desprenderse ni reconstruir sus vidas" (Beristain, C.M.).

En el contexto de esa obra, la autora no tiene una preferencia en cuanto a la forma de referirse a las personas que han vivido hechos de estrés extremadamente fuertes. Hablar del "sobreviviente" parece enfatizar y apreciar el mantenimiento de los recursos vitales después de haber vivido una situación extremadamente estresante, mientras que hablar de la "víctima" acentúa el reconocimiento del sufrimiento profundo experimentado. Ambas perspectivas no son necesariamente contradictorias y más bien pueden servir para completar el entendimiento de esas experiencias.

Existen varios **tipos de víctimas**. En general se diferencia entre **las víctimas directas**, que son las que han sufrido personalmente el hecho traumático, y **las víctimas**

indirectas, que son aquellas que también sufren las consecuencias del hecho traumatizante por su vínculo familiar o social con la víctima directa (por ejemplo la hija de una mujer violada o los amigos de un hombre torturado).

Esa diferenciación ya toca los aspectos psicosociales asociados con el trauma.

Una **perspectiva psicosocial** considera que las experiencias traumáticas pueden tener un carácter individual o colectivo. La dimensión psíquica y la dimensión colectiva se concentran en experiencias y niveles de impacto diferentes del trauma.

Mientras el trauma psíquico se refiere a una herida, consecuencia de una experiencia extremadamente estresante, que provoca un daño particular en la persona, el **trauma colectivo** se refiere al impacto que ciertos hechos (por ejemplo desplazamientos forzados, guerras, detenciones arbitrarias y encarcelamiento en condiciones extremas, desaparición de personas y otras violaciones de los derechos humanos) pueden tener tanto en los procesos históricos como en la organización y el funcionamiento de una determinada comunidad o un cierto grupo.

La destrucción, por ejemplo, de símbolos colectivos y significativos (tales como la destrucción de las estatuas budistas de Bamiyan por talibanes, el ataque terrorista al "World Trade Center" en Nueva York o la destrucción de pinturas y esculturas de las iglesias católicas por el movimiento reformista en Europa en el siglo XVI) tiende a debilitar la identidad comunitaria, ya que elimina esos testimonios de la memoria cultural o espiritual.

Ambas dimensiones, personal y social, están conectadas por una relación dialéctica: "La herida o afectación dependerá de la peculiar vivencia de cada individuo, vivencia condicionada por su extracción social, por su grado de participación en el conflicto, así como por las características de su personalidad y experiencia" (Ignacio Martín-Baró, en Beristain, C.M.).

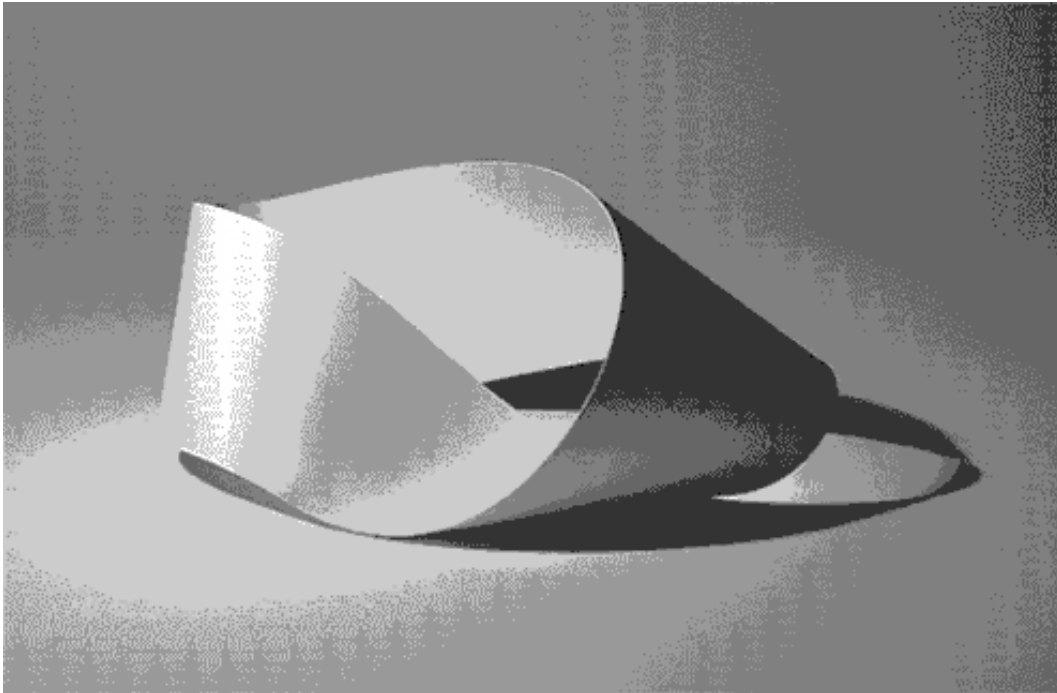


Foto 1: La cintura de Moebius ilustra la relación indisoluble entre lo individual y lo social.

Aunque también se encuentran implicaciones y factores del ámbito psicosocial, esa obra claramente se concentra en los aspectos individuales que desempeñan un papel importante en la percepción del hecho extremadamente estresante y en las formas de confrontamiento y procesamiento de eso. También se presenta una selección de posibles tratamientos con un enfoque individual.

La autora espera que los contenidos de su obra sean un aporte útil para los colegas y profesionales que trabajan en este ámbito. Ciertos aspectos quizás también puedan ser interesantes para algunas personas que estén confrontándose con situaciones traumáticas.

El material presentado con un enfoque individual también puede ser interpretado como una perspectiva integrable en un marco de referencia psicosocial.

1.1.1.1 Unas definiciones: síntomas singulares del TEPT

Retraumatización. Se trata del conjunto de formas de procesamiento que solamente cargan a la persona afectada y no producen un alivio duradero.

En casos serios, cuando la persona afectada no encuentra la forma posible para estabilizarse, experimenta un agravamiento más o menos duradero de su situación. Bajo condiciones menos serias, el trauma se reactualiza y provoca incomodidades fuertes. Aunque la persona sea capaz por sí misma de manejar la situación reactivada, es muy probable que experimente un agravamiento de su estado psicofísico a corto plazo.

Intrusión. Son formas reiterantes e incontrolables que hacen vivir de nuevo la situación traumática como si fuera actual. De esa manera, provocan el resurgimiento de los sentimientos y estados psicofísicos asociados con ese evento. La vivencia se reactiva espontáneamente, a veces provocada por estímulos claves. La intensidad de las intrusiones abarca tanto recuerdos singulares como recuerdos abrumadores que sacuden a la persona afectada ("flashback"). En esos momentos, surgen recuerdos e imágenes de la situación traumática reactivada y aparecen sensaciones o emociones muy fuertes: se experimenta la situación actual como si los acontecimientos traumáticos pasados tuvieran lugar en el presente.

Sueños abrumadores y pesadillas. Los sueños abrumadores son sueños recurrentes que contienen recuerdos o fragmentos del trauma. En las pesadillas los recuerdos pueden aparecer muy desfigurados o distorsionados. Muchas veces, las pesadillas transcurren siguiendo un mismo patrón.

“Flashbacks” o repercusiones. Son ataques de recuerdos caracterizados por su apariencia repentina y su vivacidad. En la mayoría de los casos solamente duran poco tiempo y la persona afectada tiene la impresión de vivir la situación traumática nuevamente. Hay una cierta similitud con las ilusiones, alucinaciones y los estados de juicios personales disociados.

Carga de un desencadenante simbólico. Los estímulos claves (por ejemplo ciertos objetos, ruidos u olores) provocan recuerdos del trauma muy estresantes. También los aniversarios del hecho traumático y la presentación de otras personas bajo circunstancias traumatizantes semejantes (por ejemplo en una película) forman parte de los posibles estímulos claves.

Reacciones somáticas asociadas con un recuerdo. Son reacciones corporales involuntarias asociadas con miedos o angustia muy fuertes, como sudar, temblar, respirar con problemas, tener palpitaciones muy rápidas, sentir náuseas, molestias intestinales o estomacales. Dichas reacciones surgen espontáneamente cuando la persona se ve confrontada con los estímulos claves, recuerdos o fragmentos de recuerdos.

Evitación de pensamientos y emociones. Se trata de la evitación consciente de los pensamientos y las emociones asociados con el trauma. La persona afectada busca una distracción cognitiva y desarrolla estrategias para evitar un contacto con aquello que pueda desencadenar recuerdos del trauma. Incluso si los esfuerzos de distracción no son exitosos, la persona repite esa evitación.

Evitación de actividades o situaciones. Evitar con fobia las actividades o las situaciones que podrían provocar recuerdos del trauma (por ejemplo desviarse del lugar donde tuvo lugar el trauma o no salir de la casa a la hora del día cuando sucedió el hecho traumático).

Amnesias parciales. No es posible recordar los elementos o aspectos importantes de los acontecimientos traumáticos. Solamente hay fragmentos de recuerdos poco nítidos o borrosos. Ese tipo de amnesias no se basan en una simple falta de memoria o en causas orgánicas (por ejemplo una fractura del cráneo); esas amnesias son una forma de disociación que impide a la persona afectada el acceso a su memoria en la actualidad.

Disminución del interés. Se observa una disminución marcada del interés en relación con las actividades diarias o aquellas que se hacían con entusiasmo antes del evento traumático.

Sentimiento de alejamiento. Hay un sentido de desapego hacia las otras personas que no han experimentado el mismo evento traumático. La persona afectada siente un abismo

subjetivamente insuperable que la separa de otras personas, aunque sean parientes o amigos cercanos. El sentimiento preponderante es de aislamiento y desapego.

En consecuencia, la persona siente que el hecho traumático destruyó su vida emocional y tiene grandes dificultades para, por ejemplo, sentir amor, tristeza o pena. Evidentemente, su espacio emocional se ha reducido mucho.

Futuro restringido. Domina la impresión de que nada de importancia sucederá en la vida propia futura. Además, la persona afectada piensa que el trauma, o sea los autores del trauma, han destruido años de su vida que jamás podrán ser sustituidos. No se hacen planes para el futuro y domina un sentimiento de inutilidad y desesperanza.

Conciliar el sueño y dormir sin interrupciones. Después de haber experimentado un trauma, se observan problemas notorios para conciliar el sueño y mantenerlo.

Parcialmente, aunque no siempre, esos problemas están asociados con intrusiones como sueños cargados o pesadillas.

Irritabilidad elevada. Se nota una impulsividad elevada con estallidos frecuentes de rabia no observables antes del trauma. Normalmente, la persona afectada no puede juzgar el cambio evidente de su comportamiento, solamente su entorno social lo registra.

Dificultades para concentrarse. Hay dificultades marcadas para concentrarse en actividades simples, por ejemplo leer una revista o llenar un formulario. A veces, las personas traumatizadas están conscientes de la influencia de las intrusiones perturbadoras en su capacidad para concentrarse en una actividad. Pero no siempre sucede eso.

Hipervigilancia. Se trata de una vigilancia exagerada. Se observa una disposición o un sentimiento constante de no poder confiar en nada ni nadie. Persiste un sentido poco realista de ser puesto en peligro o de encontrarse en una situación potencialmente amenazante. Especialmente después de los traumas interpersonales, la persona afectada toma medidas concretas y muy exageradas para defenderse o para controlar una situación.

Estado asustadizo muy marcado. Después de los acontecimientos traumáticos, la persona afectada es proclive a sobresaltarse muy fácilmente. Esa reacción ya puede desencadenarse ante el menor ruido o movimiento que perciba.

1.1.1.2 El síndrome de estrés postraumático

- Se trata de un hecho extremadamente estresante que provoca una situación de impotencia objetiva o subjetiva. Esto también es válido cuando las circunstancias traumáticas perduran o se repiten durante mucho tiempo.
- Escenas o fragmentos asociados con los hechos traumáticos resurgen o se repiten como si el trauma tuviera lugar en la actualidad. Reiteradamente, se vuelve a vivir y padecer el trauma, por ejemplo también en forma de pesadillas recurrentes.
- La persona afectada intenta, naturalmente, evitar todo lo que pueda causar un regreso de los recuerdos del trauma y las vivencias asociadas con los hechos extremos sufridos. Desarrollará una postura temerosa de evitación que tenderá a difundirse en el transcurso del tiempo y cada vez influirá sobre más ámbitos de su vida. Frecuentemente, desciende el umbral para la aparición del síndrome o se agrava el curso que éste adquiere.
- Se observa una fuerte irritabilidad con reacciones llamativas de temor o pánico. El sistema nervioso autónomo, que regula las funciones de supervivencia vital, está en estado de alerta constante (hiperactividad vegetativa) y provoca fuertes estallidos emocionales, como pánico o cólera.

Esos cuatro aspectos juntos forman un cuadro de trastorno llamado "síndrome básico de estrés postraumático" (Fischer, 2008).

El procesamiento del hecho traumático consta de diferentes fases. A veces la persona no se recupera de su estrés traumático y los síntomas perduran. En ese caso es necesario apoyar el proceso natural de autocuración, aplicando, por ejemplo, técnicas de estabilización.

En el contexto diario existen vivencias personales denominadas "trauma personal". Frecuentemente, están basadas en desengaños o quiebres de relaciones íntimas e importantes. Esos sucesos, aunque signifiquen un daño grave para el bienestar de la persona afectada, no se corresponden con el criterio científico de trauma, que siempre se define como una confrontación con la muerte o una amenaza vital extrema (Maercker, 2009).

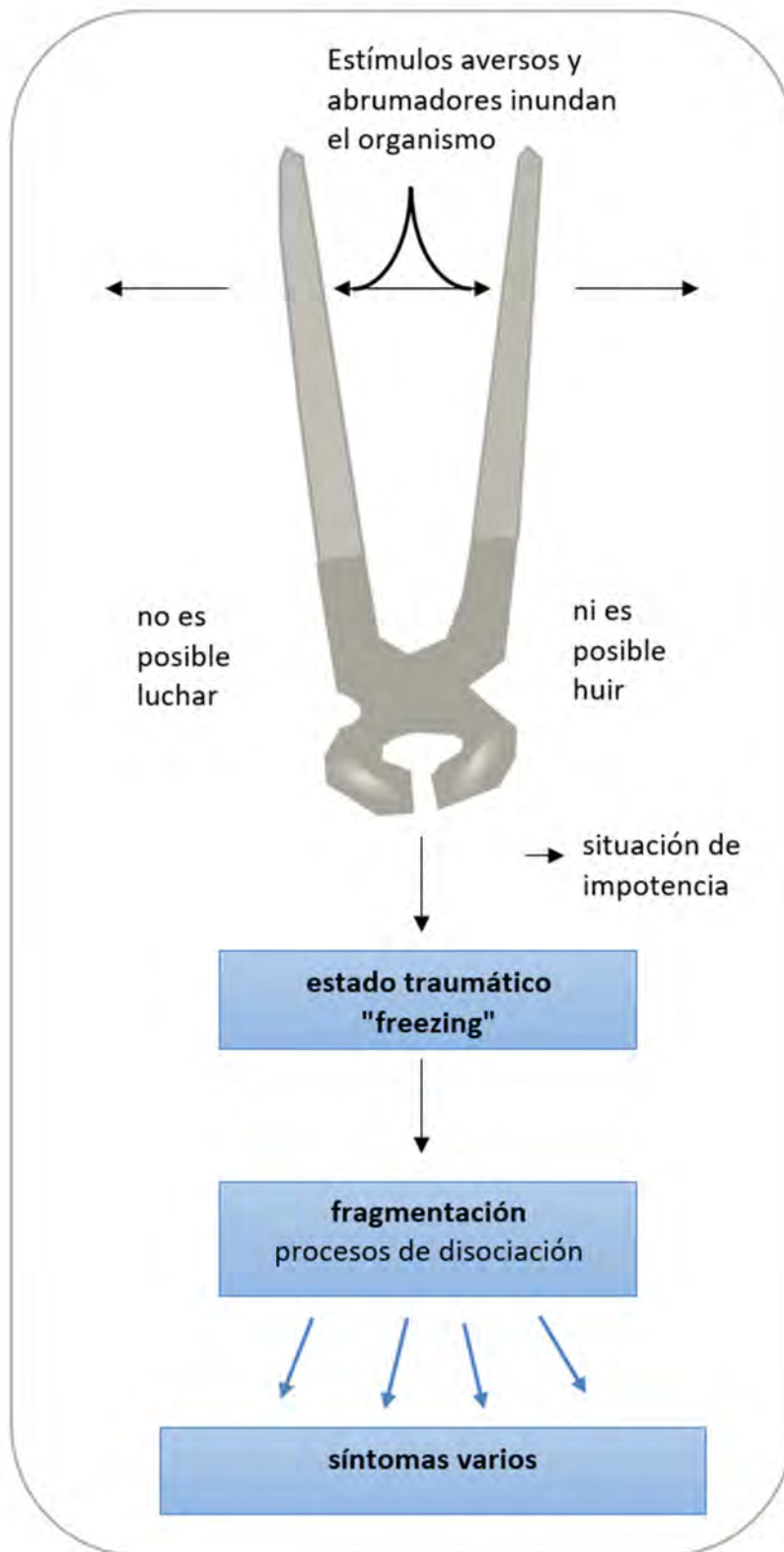


Ilustración 1: las tenazas traumáticas

Sales (2005) también propone analizar los textos de Levi (2007), Frankl (2015) y Améry (2015) para reconstruir los puntos esenciales que definen una experiencia traumática extrema. Los tres autores mencionados representan posiciones antagónicas de vivencias, reacciones y respuestas a la experiencia en el campo de concentración de Auschwitz. A partir de un análisis de los textos de los tres supervivientes de Auschwitz, Sales extrae lo que le parece ser el núcleo del hecho traumático (p. 50).

Por lo demás, el autor denomina varios aspectos esenciales (derivados de los textos de Levi, Frankl y Améry) que definen las consecuencias de la experiencia traumática, entre ellos la sensación de alienación, el repliegue emocional y afectivo, los sentimientos de ruptura indeleble y el cuestionamiento de unas presunciones básicas (p. 51). Sales (2005) enfatiza la importancia de una comprensión transcultural para fortalecer la validez de los aspectos ya mencionados (véase más arriba: concepto del trauma y respuesta a situaciones traumáticas). En consecuencia, se analizan los apuntes de supervivientes de culturas colectivistas fuera de Europa (por ejemplo Japón, Ruanda, Guatemala).

El autor concluye que "desde una perspectiva transcultural, el impacto de un hecho traumático puede leerse como **la ruptura del sistema de equilibrios que regula la vida de las personas y de las personas en su medio**" (p. 82).

1.1.2 Los indicios más frecuentes del trauma

- Se trata de un hecho extremadamente estresante que provoca una situación de impotencia objetiva o subjetiva. Esto también es válido cuando las circunstancias traumáticas perduran o se repiten durante mucho tiempo.
- Escenas o fragmentos asociados con los hechos traumáticos resurgen o se repiten como si el trauma tuviera lugar en la actualidad. De forma reiterada se vuelve a padecer el trauma en forma de reviviscencia o sueños.
- La persona afectada intenta, naturalmente, evitar todo lo que pueda causar un regreso de los recuerdos del trauma y las vivencias asociadas con los hechos extremos sufridos. Desarrollará una postura temerosa de evitación que tenderá a difundirse en el transcurso del tiempo y cada vez influirá sobre más ámbitos de su vida. Frecuentemente, desciende el umbral para la aparición del síndrome o se agrava el curso que éste adquiere.
- Se observa una fuerte irritabilidad con reacciones llamativas de temor o pánico. El sistema nervioso autónomo, que regula las funciones de supervivencia vital, está en estado de alerta constante (hiperactividad vegetativa) y provoca fuertes estallidos emocionales, como pánico o cólera.

El procesamiento del hecho traumático consta de diferentes fases. A veces la persona no se recupera de su estrés traumático y los síntomas perduran. En ese caso es necesario apoyar el proceso natural de autocuración, aplicando, por ejemplo, técnicas de estabilización.

En el contexto diario existen vivencias personales denominadas "trauma personal". Frecuentemente, están basadas en desengaños o quiebres de relaciones íntimas e importantes. Esos sucesos, aunque signifiquen un daño grave para el bienestar de la persona afectada, no se corresponden con el criterio científico de trauma, que siempre se define como una confrontación con la muerte o una amenaza vital extrema (Maercker, 2009).

1.1.2.1 Criterios diagnósticos según DSM-V

El DSM-V define el trastorno por estrés traumático como:

<p>A</p> <p>Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Experiencia directa del suceso(s) traumáticos.2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos de suceso(s) traumático(s) (p.ej., policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil, socorristas que recogen restos humanos).
<p>B</p> <p>Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).3. Reacciones disociativas (p.ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s).4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

<p>C</p> <p>Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s). 2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos como p.ej., personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
<p>D</p> <p>Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores (como una lesión cerebral, alcohol o drogas). 2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., desconfianza extraordinaria). 3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás. 4. Estado emocional negativo persistente (p.ej., miedo terror, vergüenza, culpa, ira). 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas. 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás. 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.

<p>E Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone por manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas o objetos. 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo. 3. Hipervigilancia 4. Respuesta de sobresalto exagerada. 5. Problemas de concentración. 6. Alteración del sueño, p.ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto.
<p>F Duración</p>	<p>La duración de la alteración (criterios B, C, D, E) es superior a un mes.</p>
<p>G Cualidad de la alteración</p>	<p>La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>H Causa</p>	<p>La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.</p> <p>Especificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Con síntomas disociativos (despersonalización, desrealización) ➔ Con expresión retardada

Tabla 1: inspirado en www.psicoterapeutas.com/pacientes/DSM5_criterios_TEPT.html

1.1.2.2 Criterios diagnósticos según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10)

Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida, a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (p.ej., catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de la tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Ciertos rasgos de la personalidad (p.ej. compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neuótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del Trastorno de Estrés Post-traumático son

- Episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo permanente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.
- En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o la reacción original frente a él o ambos a la vez.
- Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio.
- Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas.
- El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses).

El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

Este trastorno no debe ser diagnosticado a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Un diagnóstico "probable" podría aún ser posible si el lapso entre el hecho y el comienzo de los síntomas es mayor de seis meses, con tal de que las manifestaciones clínicas sean típicas y no sea verosímil ningún otro diagnóstico alternativo (p.ej., trastorno de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo o episodio depresivo).

Además del trauma, deben ser presentes evocaciones y representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o ensueños reiterados.

También suelen ser presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma.

Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo.

1.2 Indicios de traumatización psíquica y emocional en los niños (según Butollo, 1997)

Comportamiento llamativo

El **comportamiento** del niño es, en general, **llamativo** en comparación con

- los tiempos anteriores,
- los niños de la misma edad,
- su comportamiento pasado ante personas adultas conocidas o desconocidas.

Muchas veces se nota un **cambio notable** en los intereses, el lenguaje y la energía del niño, así como en sus emociones, costumbres, preferencias, aptitudes y formas de relacionarse.

Además, se observa también que el **niño evita determinadas situaciones**, desarrolla hábitos o pensamientos "raros" y cambia su comportamiento y gustos normales (por ejemplo deja de cantar o escuchar sus canciones preferidas y de practicar sus juegos favoritos). Frecuentemente, también se nota un cambio en su disposición a comentar y participar de aquello que pasa en su entorno.

Comportamiento durante el juego

- ¿Se observan cambios en la forma de jugar del niño? ¿Cuáles son, de qué manera?
- ¿Se observan cambios relacionados con su concentración y comportamiento durante el juego? Por ejemplo falta de perseverancia y constancia, un comportamiento de evitación, baja tolerancia al perder, reacciones agresivas, etc.
- ¿El niño prefiere jugar solo? ¿Dónde juega y cuáles son sus juegos preferidos? ¿Qué forma de juego elige?
- ¿Hay algo llamativo referente a sus fantasías? ¿Cómo pueden describirse los contenidos de su fantasías analizados, por ejemplo, a través de sus juegos o dibujos?

Irritación emocional

- ¿El niño parece emocionalmente inestable?
- ¿Se siente fácil y extremadamente confundido o provocado? ¿Se nota una desproporción muy llamativa entre la situación desencadenante y la reacción del niño?
- ¿El niño es capaz de ponerse en contacto con adultos cuando se siente emocionalmente indefenso o provocado?
- ¿Es capaz de reaccionar adecuadamente cuando en su entorno le preguntan algo o le ofrecen consuelo?

A veces, los niños traumatizados insisten en gritar o llorar aunque no se observe ningún motivo claro para eso. Al mismo tiempo, es muy difícil o incluso imposible para los adultos responsables calmar al niño en esos momentos.

Capacidad de comunicación

- ¿En momentos de tranquilidad emocional el niño es capaz de comenzar y mantener una conversación acorde con su edad?
- ¿Puede concentrarse en temas cotidianos transmitidos verbalmente? ¿Puede responder, según su edad, adecuadamente a las preguntas?
- ¿El niño puede expresar sus deseos, emociones y percepciones?
- ¿Es capaz de reconstruir hechos experimentados?

Sueño

- ¿Se perciben características nuevas y llamativas en la forma de dormir del niño?
¿Tiene dificultades para conciliar o mantener el sueño?
- ¿El niño grita durante la noche o tiene pesadillas?
- ¿Tiene dificultades notorias para despertarse?