

Reacciones de los niños al estrés relacionado con la guerra: encuesta y valoración de una intervención innovadora

Avi Sadeh, DSc, Shai Hen-Gal, PhD, y Liat Tikotzky, MA

OBJETIVO: Valorar las reacciones de estrés en los niños de corta edad durante y después de la guerra, así como los efectos de una nueva y breve intervención.

DISEÑO: Se realizaron dos estudios por separado. En el estudio I se valoraron la exposición a la guerra y las reacciones de estrés de 74 niños (2-7 años) en un campo de refugiados durante la segunda guerra Israel-Líbano (julio-agosto 2006). Su exposición a las experiencias bélicas y sus reacciones de estrés se valoraron mediante informes parentales durante la última semana de la guerra. Además de los cuidados estándar, 35 niños recibieron una breve intervención (Huggy-Puppy Intervention; HPI), en la que se les animó a cuidar a un muñeco Huggy-puppy, necesitado de atención, que se les entregó. Los efectos de HPI se valoraron en una entrevista de seguimiento, tres semanas después de la guerra. En el estudio II se valoró la eficacia de administrar HPI en grupo a 191 niños de corta edad, en comparación con 101 controles. Los efectos de la intervención sobre los síntomas relacionados con el estrés posbélico se valoraron mediante entrevistas telefónicas con los progenitores.

RESULTADOS: El estudio I indicó que durante la guerra la mayoría de los niños presentaba una exposición significativa a las experiencias bélicas y graves reacciones por estrés. La administración de HPI se asoció con una disminución significativa de las reacciones de estrés en la valoración efectuada después de la guerra. Los niveles más elevados de cariño y relación con el muñeco se asociaron con unas evoluciones más favorables. Los resultados del estudio II indicaron que la administración de HPI en grupo se asociaba con una reducción significativa de las reacciones de estrés.

CONCLUSIÓN: Estos estudios sugieren que HPI puede ofrecer a los pediatras y a otros profesionales sanitarios una intervención prometedoras, eficaz con respecto al coste, en los niños sometidos a situaciones de estrés.

Adler Center for Research in Child Development and Psychopathology, Department of Psychology, Tel Aviv University, Ramat Aviv, Israel.

Correspondencia: Avi Sadeh, DSc, Adler Center for Research in Child Development and Psychopathology, Department of Psychology, Tel Aviv University, Ramat Aviv 69978, Israel.

Correo electrónico: sadeh@post.tau.ac.il

Las investigaciones acerca de los efectos que ejerce la guerra sobre los niños han indicado que la exposición a la guerra y al terror provoca unas graves reacciones de estrés y ansiedad en un número significativo de niños¹⁻⁸. Por ejemplo, en un estudio realizado en niños de Kuwait después de la guerra del Golfo, más del 70% presentó trastornos por estrés postraumático (TEPT) moderados o graves⁸. De modo similar, Thabet y Vostanis⁶ señalaron que hasta un 73% de los niños de la franja de Gaza expuestos a experiencias relacionadas con la guerra sufría síntomas leves, al menos, de TEPT, mientras que el 41% presentaba síntomas moderados o graves de TEPT. Estos efectos negativos de las experiencias bélicas y el trauma relacionado con las mismas podrían ser persistentes, con consecuencias a largo plazo sobre el desarrollo del niño y la psicopatología consiguiente^{1,3,4,9-11}. Por ejemplo, Dyrregrov et al¹¹ valoraron el grado de ajuste psicológico de niños expuestos a la guerra del Golfo en 1992, con entrevistas realizadas 6 meses, 1 y 2 años después de la guerra. Los autores señalaron que al cabo de 2 años persistían los síntomas relacionados con el estrés, aunque había disminuido la intensidad de algunos. Laor et al⁹ hallaron que algunos niños pueden desarrollar síntomas de TEPT, evidentes sólo 5 años después de la guerra.

Estos hallazgos uniformes acerca de los efectos psicológicos adversos que ejerce la guerra sobre los niños han llevado a reconocer la necesidad de llevar a cabo intervenciones precoces y adecuadas para prevenir o mejorar sus reacciones de estrés^{10,12-16}. Sin embargo, las investigaciones realizadas acerca de la intervención precoz durante o después de las guerras o los episodios de terror han sido muy limitadas^{3,9,10,12,13,17-20}. La mayoría de estos estudios, basados en diversas intervenciones, dieron resultados positivos. Por ejemplo, Dybdahl¹⁸ valoró los efectos de un programa de intervención psicológica en niños de corta edad y sus madres que habían estado expuestos a la guerra en Bosnia-Herzegovina. La intervención duró 5 meses y se basó en reuniones psicoeducativas semanales en grupo con las madres. Los resultados mostraron una reducción significativa de los problemas psicológicos de los niños y una mejoría del bienestar de las madres, sólo en el grupo de intervención. En otro estudio realizado en niños de la franja de Gaza, no se hallaron efectos positivos de una intervención basada en estimular la expresión emocional y en educación sobre los síntomas de estrés²⁰. A pesar de los resultados positivos recogidos en la mayoría de los estudios de intervención, es importante subrayar que se va-

loraron intervenciones inespecíficas con múltiples componentes que no se describieron en detalle, lo que impide extraer conclusiones significativas acerca de los ingredientes específicos^{17,21}. Además, la mayoría de estas intervenciones requieren un gran esfuerzo profesional y familiar, no son adecuadas para los pediatras y es posible que no puedan aplicarse a muchos niños en las zonas afectadas por la guerra.

A pesar de la gran comprensión y empatía que suscita el estrés que sufren los niños expuestos a la guerra, los recursos suelen ser muy limitados en las zonas afectadas, y el bienestar psicológico de los niños no siempre es la prioridad más inmediata³. Uno de los fines de estos estudios consistió en valorar los efectos de una nueva intervención, que requiere unos recursos mínimos y pueden llevarla a cabo los pediatras u otros profesionales sanitarios, y que recibió la denominación de Huggy-Puppy Intervention (HPI). Se basa en entregar un muñeco a los niños sometidos a estrés grave y estimularlos a que lo cuiden.

Diversos puntos de vista teóricos y clínicos nos inclinaron a elegir esta intervención específica. Uno de ellos proviene de la literatura donde se sugiere que el dar una responsabilidad para cuidar a otros y estimular un afrontamiento activo durante períodos de estrés fortalece a los individuos, y los hace menos vulnerables y susceptibles a las reacciones de estrés²²⁻²⁸. Desde el punto de vista del desarrollo infantil, se ha demostrado que los niños de corta edad, incluso ya al año y medio de vida, son capaces del juego simulado, que cumple unas funciones importantes para el desarrollo²⁹⁻³¹. La literatura sobre ludoterapia sugiere que los niños son muy propensos a proyectar sus sentimientos y ansiedades sobre figuras de juguete (particularmente animales), a identificarlos con estos sentimientos y a regular dichas emociones mientras cuidan a los juguetes³²⁻³⁴. Un tercer punto de vista guarda relación con la literatura sobre los procesos de atención en las reacciones de ansiedad y estrés. Se ha sugerido que los trastornos de ansiedad (en el adulto y el niño) se asocian con desviaciones de la atención ligadas a estímulos inducidos por el miedo³⁵. Además, se ha observado que los individuos con ansiedad son más propensos a interiorizar sus sensaciones relacionadas con el miedo y los procesos del pensamiento, y que al adiestrar la atención y reducir el ensimismamiento podría lograrse una mejoría significativa en estos individuos³⁶⁻⁴⁰. HPI aporta un incentivo al niño para centrarse en los sentimientos y necesidades del muñeco y en su papel de cuidador, lo que ofrece una distracción para los propios temores y ansiedad. Se estimula al niño a centrar la atención sobre su nuevo papel de cuidador competente, en vez de hacerlo sobre un individuo ansioso y necesitado. Al cuidar del muñeco, el niño (y con suerte sus padres, que lo apoyan) puede afrontar estos temores y ansiedades sin ser etiquetado de ansioso o inmaduro. En los dos estudios siguientes se valoró la eficacia potencial de HPI en la exposición de los niños de corta edad a la guerra.

Durante el período comprendido entre el 12 de julio y el 14 de agosto de 2006 tuvo lugar una guerra en el norte de Israel y el sur de Líbano entre las Israeli Defense Forces y Hezbollah. La guerra incluyó intensos bombardeos de áreas pobladas en ambos lados. El estudio se enfoca sobre las reacciones de estrés relacionadas con la

guerra en niños pequeños israelíes expuestos a estas experiencias.

Se ha estimado que durante esta guerra cayeron en el norte de Israel más de 4.000 cohetes y misiles. Más de un millón de personas se hallaban en la zona de peligro de sufrir un potencial ataque directo. Se estimó que hasta 500.000 israelíes se trasladaron durante la guerra a zonas más seguras, fuera del alcance de los cohetes. Los niños de las zonas atacadas oyeron sonidos de sirenas y explosiones, y los producidos por la artillería de Israel. Pasaron mucho tiempo en refugios y vieron (directamente y mediante los medios) casas destruidas y víctimas de los ataques.

Durante las primeras fases de la guerra se estableció un campo especial de refugiados en Nitzanim, en el sur de Israel. El campamento era relativamente moderno, con un razonable estándar de vida para las familias. El campamento se estableció en la playa; las familias residían en grandes tiendas de campaña y tenían cubiertas gratuitamente sus principales necesidades (comida, asistencia sanitaria y entretenimiento). El campamento tenía capacidad para 6.000 personas y estuvo plenamente ocupado durante la mayor parte de la guerra. Aproximadamente el 50% de los residentes eran niños. La duración de la estancia en el campamento osciló entre varios días y varias semanas.

Debido a los primeros informes sobre reacciones de angustia y estrés en niños de corta edad en el campamento, decidimos realizar el estudio I para valorar la gravedad de las reacciones de estrés en estos niños pequeños, así como la eficacia potencial de HPI.

Tras la guerra, después de los informes sobre reacciones de estrés persistentes en muchos niños pequeños en el norte de Israel, iniciamos el estudio II para valorar la eficacia de la administración de HPI en grupo a muestras más numerosas de niños.

MÉTODOS

Estudio I

Diseño del estudio

El estudio fue aprobado por el University Ethics Committee. La primera fase del estudio se basó en entrevistas con los progenitores de niños pequeños en el Nitzanim Camp, que participaron voluntariamente. Después de la entrevista se ofreció a todos los progenitores una intervención educativa estándar. Un grupo de 35 niños recibió además el HPI. El resto de los niños no recibió esta intervención adicional. Debido a las dificultades inherentes a un estudio de campo y a consideraciones éticas, no se realizó una distribución totalmente aleatoria de los niños en los grupos y hubo una tendencia a proporcionar la intervención adicional a los niños más angustiados. No hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la duración de la estancia en el campamento o a la exposición a la guerra. Tres a cuatro semanas después de la intervención, al final de la guerra, se realizó una entrevista telefónica para valorar el bienestar de los niños y el efecto de la intervención.

Participantes

La muestra del estudio consistió en 74 niños (40 varones y 34 niñas) de 2 a 7 años (media 4,70; DE 1,34). Los niños vivían con sus familias en el campamento Nitzanim durante los tres últimos días de la guerra. La duración de la estancia en el campamento osciló entre 2 y 30 días (media 16,00; DE 7,98). La mayoría de los niños (54,05%) vivía con ambos progenitores en el campamento; en otros muchos casos, un progenitor (habitualmente el padre) seguía trabajando y vivía en la casa familiar en las áreas peligrosas del norte de Israel.

En el campamento se llevaron a cabo numerosas actividades sociales y lúdicas para los niños. Algunos niños y progenitores se hicieron a la idea de que estaban de vacaciones en la playa. Sin embargo, había también muchas situaciones de estrés locales, como las noticias de la guerra (fuente de muchas ansiedades y temores), las incomodidades derivadas de vivir en tiendas de campaña y la pérdida consiguiente de intimidad.

Entrevista inicial

La entrevista inicial se basó en un cuestionario que cubría dos áreas principales: (a) las experiencias bélicas del niño, y (b) una lista de comprobación de las reacciones de estrés. Además, se recogieron algunas informaciones basales, incluido el modo de comunicarse para una entrevista de seguimiento.

Con respecto a las experiencias bélicas, se desarrolló la War-Related Experiences Scale (WRES) para valorar la exposición relevante en los niños de corta edad. Se preguntó a los padres acerca de determinadas experiencias a las que estuvo expuesto el niño y en qué grado lo había estado. Estas experiencias incluyeron: (a) vivir en refugios antiaéreos cuando estaban en el hogar; (b) oír sirenas de alarma; (c) oír explosiones; (d) ver personas heridas; (e) ver daños en el entorno (p. ej., casas destruidas), y (f) saber que ha habido una víctima en la familia. Los progenitores valoraron estas cuestiones en una escala de 3 puntos, según el grado de exposición del niño: 1 = sin exposición, 2 = exposiciones mínimas, y 3 = exposición intensa. A partir de esta escala se calculó la suma de puntuaciones y el número de experiencias. La fiabilidad interna de esta escala, según el valor alfa de Cronbach, fue de 0,71.

Las reacciones de estrés se valoraron mediante la Stress Reaction Checklist (SRCL), desarrollada especialmente para este estudio, que incluye 15 cuestiones seleccionadas mediante una revisión de la literatura sobre las reacciones de estrés y las manifestaciones de los TEPT en los niños de corta edad, así como en los diagnósticos de DSM-IV⁴¹, a saber: (1) temor al ruido o intensas reacciones ante él; (2) miedo de la separación, abrazándose; (3) pasividad, desinterés hacia el juego; (4) ansiedad y temores; (5) pesadillas y despertar con ansiedad; (6) llanto excesivo; (7) recreación y representación de las experiencias bélicas; (8) nerviosismo, agitación, agresividad; (9) temor o dificultad para dormirse; (10) sueño excesivo; (11) aislamiento, enmismamiento; (12) reaparición de la enuresis o la encopresis; (13) hablar o preocuparse acerca de la muerte; (14) dolores o síntomas somáticos sin explicación, y (15) hábito nuevo o excesivo de chuparse el dedo o utilizar el chupete. En cada ítem, los padres indicaron en primer lugar en qué grado presentaba el niño esa conducta (1 = nada, 2 = leve, 3 = grave), y luego si la conducta existía antes de la guerra. La fiabilidad interna de esta escala, según el valor alfa de Cronbach, fue de 0,79. Se calcularon dos puntuaciones compuestas: (a) suma total de las puntuaciones, y (b) número de síntomas graves que presentaba el niño.

Intervención educativa estándar

La intervención se llevó a cabo dos días antes del final de la guerra. Se esperaba el alto el fuego y, por lo tanto, el retorno de las familias a sus hogares. Así pues, la intervención educativa estándar se basó en proporcionar a los padres la información acerca del modo de volver a la rutina diaria después de la guerra, y cómo afrontar los temores y ansiedades de los niños. Se dieron instrucciones a los padres para que evitaran la sobreexposición de los niños a informaciones o visiones terroríficas y favorecieran las interacciones tranquilizantes con ellos. Esta información se proporcionó a los padres después de la entrevista y recibieron además un resumen de las normas por escrito. Esta intervención educativa se administró a los progenitores de todos los niños participantes.

La "Huggy-Puppy Intervention"

La Huggy-Puppy Intervention (HPI) se desarrolló para este estudio con el fin de ofrecer a los niños pequeños una breve intervención destinada a capacitarles para afrontar activamente las situaciones de estrés en general, y las referentes a la guerra en

particular. Durante la intervención, se presentó a cada niño un pequeño muñeco Huggy puppy, que semejaba un perro cocker spaniel con largas patas y tiras de Velcro que permitían colocarlo en diferentes posiciones de abrazo con el niño. Se narró al niño la siguiente historia: "Este es mi amiguito Huggy. Huggy está siempre muy contento. Pero ahora está un poco triste y asustado. ¿Podrías saber por qué está triste?". Después de la respuesta del niño, continúa la historia así: "Está triste porque está muy lejos de casa y no tiene buenos amigos. Le gusta mucho abrazarse, pero no tiene a nadie que lo cuide. ¿Crees que puedes ser su buen amigo, cuidarlo, abrazarlo mucho y llevarlo a la cama contigo cuando vayas a dormir?". Una vez que el niño está de acuerdo, se le entrega el muñeco con alguna demostración sobre cómo abrazarlo y ser abrazado por él. Después de esta presentación, se estimula a los padres a que mantengan el interés del niño hacia el muñeco y le recuerden su responsabilidad de cuidarlo.

Entrevista de seguimiento

La entrevista de seguimiento se realizó tres semanas después del final de la guerra (que acabó dos días después de la intervención). Sólo se siguió telefónicamente a 62 familias. Todos los progenitores contactados se mostraron deseosos de colaborar. La entrevista de seguimiento comenzó con la SRLC que se había utilizado en la entrevista inicial para valorar las reacciones de estrés; luego se formularon algunas preguntas a los padres de los niños que habían recibido el muñeco, destinadas a valorar el grado de encariñamiento del niño con él y cómo lo había cuidado. Se efectuaron las 5 preguntas siguientes: (a) ¿está encariñado el niño con el muñeco?; (b) ¿juega con él y lo cuida?; (c) ¿ha dormido con el muñeco?; (d) ¿mantiene el muñeco cerca de él?; y (e) ¿se lo lleva al salir de casa? Las respuestas se calificaron en una escala de 3 puntos: 1 = no; 2 = algo; 3 = mucho.

Se calculó una variable resumida (promedio de las puntuaciones de las preguntas) para representar el grado de encariñamiento y cuidados hacia el muñeco.

Estudio II

Fundamento

Durante los primeros meses después de la guerra hubo informes del sistema escolar en el sentido de que persistían los síntomas de estrés en muchos de los niños pequeños expuestos en el norte de Israel. Después de los resultados positivos iniciales del estudio I, decidimos llevar a cabo un segundo estudio, con los siguientes objetivos: (1) valorar los efectos de HPI en muestras más numerosas, de un modo más controlado y con distribución aleatoria, y (2) administrar el HPI en un formato de grupo para permitir un acceso más rápido a poblaciones más numerosas.

Participantes

Tras la conformidad del Early Education System, se elaboró una lista de 16 clases de jardín de infancia (3-6 años) en las áreas afectadas. Se eligió aleatoriamente a 11 clases como grupo de intervención, y a 5 clases emparejadas como grupo de control. El grupo de intervención incluyó a 191 niños (edad media 4,41 años, DE 0,88; 106 varones y 85 niñas); el grupo de control, a 101 niños (edad media 4,59 años, DE 0,83; 54 varones y 47 niñas). No había diferencias significativas entre los grupos en la distribución por edades o sexos.

Procedimiento

Después del consentimiento para la intervención en las clases elegidas aleatoriamente, equipos de dos psicólogos visitaron cada clase con una bolsa de muñecos. Se dispuso a los niños en círculo y uno de los psicólogos les dijo que venía desde muy lejos y que llevaba consigo a unos amigos. A continuación les presentó un Huggy-puppy y les narró una historia muy similar a la descrita anteriormente para la intervención individual. Cada niño recibió su propio muñeco (con su nombre escrito en el collar del pe-

rito) y se mantuvo una breve conversación de grupo sobre cómo podían cuidar los niños al muñeco. La duración de cada administración en grupo era de unos 30 min. Los padres recibieron una carta donde se describía la intervención y se les solicitaba que estimularan al niño a que cuidara al muñeco. Se pidió también a los profesores que recordaran a los niños los cuidados al muñeco, en reuniones de grupo durante los días siguientes. Los niños del grupo de control no recibieron visitas ni intervenciones.

Dos meses después de la intervención, un ayudante de la investigación realizó una entrevista telefónica con los progenitores de los niños de ambos grupos. En la entrevista se utilizó la misma versión de la exposición a las experiencias bélicas empleada en el estudio I, y la misma lista de comprobación de las reacciones de estrés (SRCL). Para evitar que los entrevistadores conocieran en qué grupo de estudio se había incluido al niño, no se formularon las preguntas acerca del encariñamiento con el muñeco. Se pidió a los padres que puntuaran al niño dos veces en cada ítem. En primer lugar, se les pidió que describieran las reacciones del niño durante la guerra, y luego su estado actual. La fiabilidad interna de la SRCL en esta gran muestra, basada en el valor alfa de Cronbach, fue de 0,76.

RESULTADOS

Estudio 1

Componentes del estudio

Para analizar los datos se valoraron tres componentes: (a) exposición a las experiencias bélicas; (b) reacciones de estrés y su asociación con la exposición, y (c) efecto de una breve intervención sobre la adaptación subsiguiente.

Exposición a las experiencias bélicas

Antes de abordar las experiencias específicas relacionadas con la guerra, es importante señalar que estos niños se hallaban fuera de su hogar y vivían en un campamento, con todas las experiencias estresantes consiguientes. En términos de la exposición a las experiencias específicas de la guerra, sólo se informó de 1 niño que no había experimentado ninguna de las experiencias bélicas específicas. La mayoría de los niños experimentó tres (33,78%) o cuatro (47,30%). La más frecuente fue oír explosiones (fig. 1), seguida por vivir en refugios y oír las sirenas de alarma.

Los niños mayores tuvieron más exposición a las experiencias bélicas ($r = 0,33$; $p < 0,01$). No hubo diferencias entre ambos sexos.

Reacciones de estrés y su asociación con las experiencias bélicas en los niños pequeños

La mayoría de los niños desarrolló reacciones de estrés. En la figura 2 se resumen los porcentajes de niños que presentaron las distintas reacciones específicas, según su prevalencia. Es importante subrayar que estas reacciones fueron comunicadas por los padres como conductas nuevas asociadas con la guerra, y no como problemas preexistentes.

Al revisar el cuadro global de las reacciones de estrés, es importante señalar que el 83,78% de los niños presentó al menos un síntoma de carácter grave, y el 55,41%, al menos tres. Como hecho de interés, ninguna de las reacciones de estrés se asoció significativamente con la edad, el sexo o la composición familiar en Nitzanim.

Las experiencias bélicas correlacionaron significativamente con los parámetros de las reacciones de estrés.

La exposición más elevada (en la escala global de exposición) se asoció con un mayor número de reacciones de estrés ($r = 0,25$, $p < 0,05$) y aumentó la puntuación global de reacciones ($r = 0,28$, $p < 0,05$). Una revisión de las distintas experiencias de exposición reveló que el oír explosiones era el factor predictivo más importante en ambas escalas de reacciones de estrés ($r = 0,30$, $p < 0,01$).

Valoración de los efectos de la intervención

Para valorar los efectos de HPI se utilizó el programa ANOVA, con el grupo (control/intervención) como variable entre grupos; el tiempo (inicial/control) como variable independiente intragrupo, y las dos escalas de reacciones de estrés como parámetros dependientes. Estos análisis se presentan en la figura 3.

Los resultados de las dos puntuaciones en la lista de comprobación de las reacciones de estrés fueron similares. Los dos grupos eran significativamente diferentes en el momento inicial ($F_{1,61} = 5,90$, $p < 0,05$ para la puntuación de la suma de reacciones; y $F_{1,61} = 5,57$, $p < 0,05$ para el número de síntomas intensos). Se halló un efecto significativo del grupo según el tiempo en la puntuación de la suma de las reacciones de estrés ($F_{1,61} = 12,53$, $p < 0,001$) y en el número de síntomas graves ($F_{1,61} = 9,98$, $p < 0,005$). Las estimaciones de la cuantía del efecto *d* de Cohen fueron de 0,91 y 0,81, respectivamente. Los análisis post-hoc de estas interacciones indicaron que las reacciones de estrés disminuían significativamente tras la intervención en el grupo HPI, mientras que no se observaron cambios significativos en el grupo de control.

Para explorar en qué reacciones específicas se basaban los efectos de interacción, se realizaron análisis ANOVA por separado para cada cuestión en la Stress Reaction Scale, a fin de detectar todos los efectos de interacción con un nivel de significación $p < 0,05$. Se hallaron efectos de interacción significativos para las siguientes cuestiones: hablar acerca de la muerte; miedo o dificultad para dormirse; pesadillas y despertar con ansiedad; conducta nerviosa y agresiva; llanto excesivo, y conducta ansiosa y temerosa. Como hecho de interés, la enuresis fue la única cuestión en la que hubo sólo un efecto significativo del tiempo ($F_{1,61} = 14,97$; $p < 0,0005$). La reaparición de enuresis y encopresis cayó significativamente en ambos grupos desde el momento inicial al de control.

En el grupo HPI, sólo 4 niños (15,3%) no desarrollaron signos de encariñamiento con el muñeco, según los parámetros de la escala de 5 ítems. Para facilitar el conocimiento del efecto HPI, la puntuación del encariñamiento del niño con el muñeco se correlacionó con las escalas de las reacciones de estrés antes y después de la intervención. El mayor encariñamiento se asoció con unas puntuaciones más bajas en la puntuación total de la lista de comprobación de las reacciones de estrés ($r = -0,46$, $p < 0,05$) y con el número de síntomas graves ($r = -0,44$, $p < 0,05$) durante la entrevista de seguimiento.

Estudio II

Para valorar los efectos de la intervención se realizaron análisis ANOVA para mediciones repetidas, con el

Fig. 1. Exposición a las experiencias bélicas en niños de corta edad: porcentajes de niños con exposición leve o intensa.

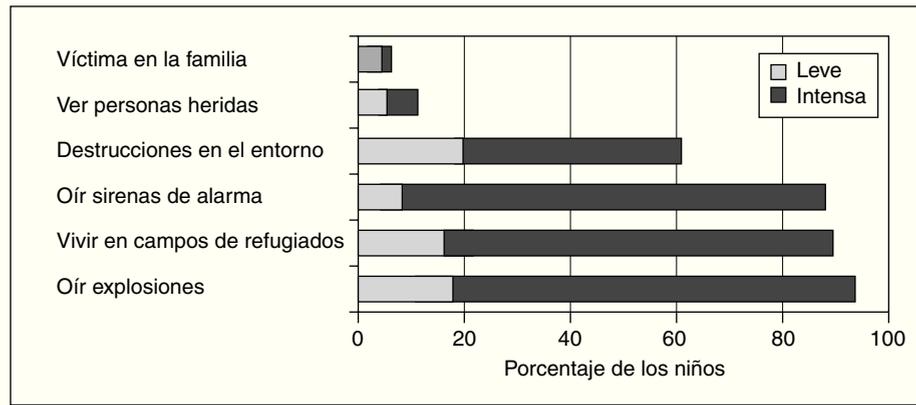


Fig. 2. Reacciones de estrés que presentaron los niños durante la guerra: porcentajes de niños con síntomas o conductas leves o graves.

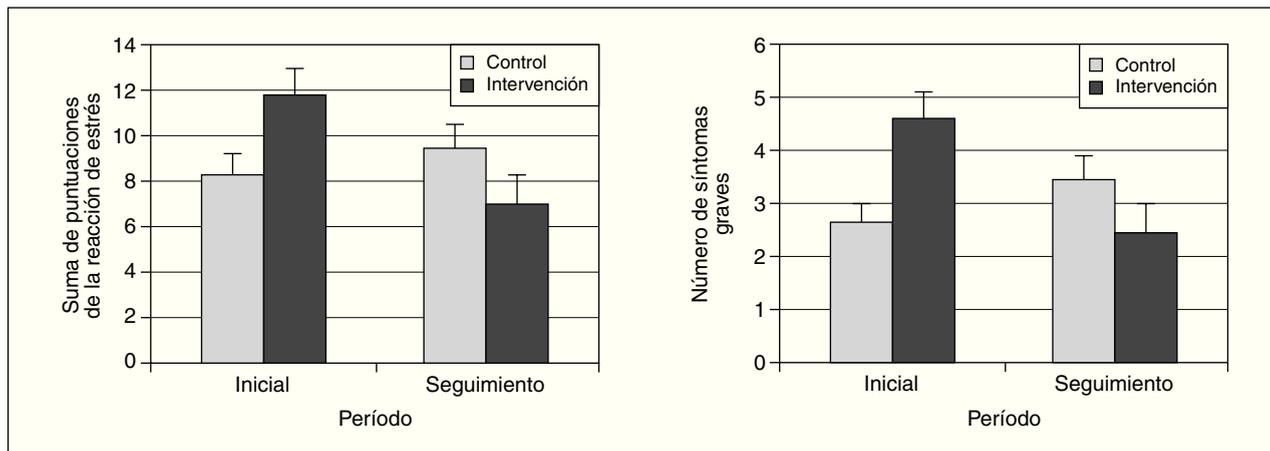
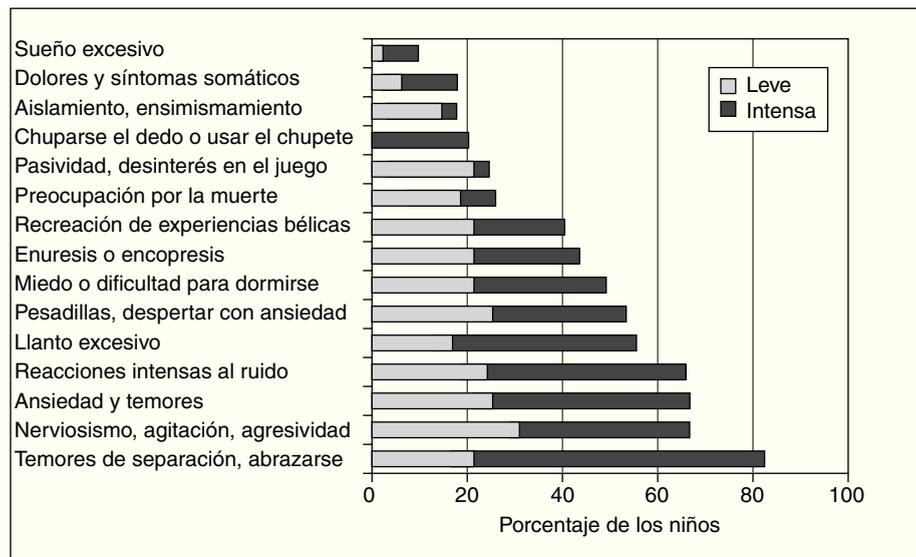


Fig. 3. Efecto de la intervención Huggy-Puppy sobre dos parámetros de las reacciones de estrés: comparación entre los grupos de intervención y de control durante los períodos inicial y de seguimiento (estudio I).

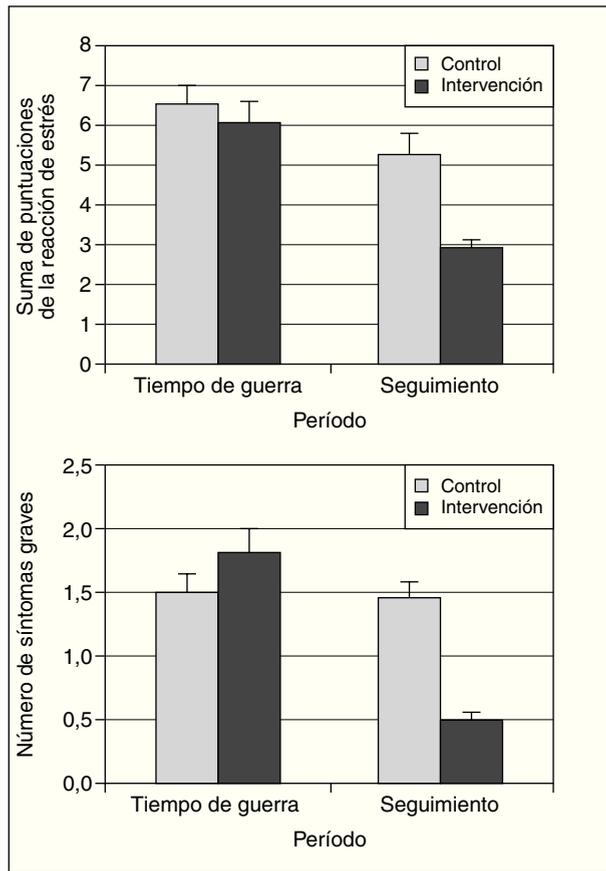


Fig. 4. Efecto de la intervención Huggy-Puppy sobre dos parámetros de las reacciones de estrés: comparación entre los grupos de intervención y de control durante/inmediatamente después de la guerra y en los períodos de seguimiento (estudio II).

grupo (intervención/control) como variable independiente, y el tiempo (guerra/actual) como segunda variable independiente. Los parámetros dependientes fueron las dos escalas resumen de SRCL (igual que en el estudio I). Los resultados se exponen en la figura 4.

En ambas medidas se hallaron unos efectos significativos del grupo \times tiempo. Mientras que no hubo diferencias significativas entre los grupos en la suma de puntuaciones de las reacciones de estrés relacionadas con la guerra, esta puntuación fue significativamente más baja para la valoración actual en el grupo de intervención que en el de control, $F_{1,287} = 17,55$, $p < 0,0001$. Se halló una interacción similar para el número de síntomas graves en la SRCL, $F_{1,287} = 34,87$, $p < 0,0001$. Las estimaciones de la cuantía del efecto *d de Cohen* fueron de 0,56 y 0,62, respectivamente.

En el período de control, el 71% de los niños del grupo de intervención se hallaba libre de síntomas (es decir, no presentaba ningún síntoma grave), en comparación con sólo el 39% del grupo de control.

La inclusión del sexo o la edad (menores o mayores de 4,5 años, que fue aproximadamente la edad mediana) en el análisis ANOVA no reveló ningún efecto significativo de interacción importante en relación con estos parámetros.

DISCUSIÓN

Estos estudios persiguen tres objetivos principales: (1) valorar las reacciones de estrés de los niños que viven en un campo de refugiados durante una época de guerra, (2) explorar las posibilidades de una nueva intervención destinada a aliviar las reacciones de estrés de los niños después de la guerra, y (3) valorar los efectos de esta intervención en un formato de grupo.

Antes de afrontar los hallazgos de estos estudios, deben advertirse sus limitaciones. Los estudios de campo en condiciones de guerra son muy difíciles de realizar por motivos prácticos y éticos³. La metodología de los estudios quedó comprometida por los siguientes factores principales: (a) la valoración de las reacciones de estrés se basó sólo en una fuente de información (los padres, que no actuaban con carácter ciego en la intervención); (b) en el estudio I no se distribuyó a los niños de una forma totalmente aleatoria, con diferencias significativas entre los grupos en la valoración inicial, y (c) hubo sólo un control de seguimiento, después de un período de tiempo relativamente corto (3 semanas en el estudio I y 2 meses en el estudio II) tras la intervención.

A pesar de estas limitaciones, los resultados del estudio I indican que los niños quedaron expuestos a experiencias bélicas, además de estar alejados de su hogar. Según los informes, la mayoría de estos niños experimentó al menos tres o cuatro experiencias relacionadas con la guerra. Las experiencias más prevalentes fueron: oír explosiones, vivir en un centro de refugiados, oír sirenas de alarma y ser testigo de destrucciones en su entorno.

Los resultados sugieren además que estas experiencias se asociaron con reacciones de estrés. La mayoría de los niños desarrolló conductas y reacciones que eran nuevas, y guardaban relación con el comienzo de la guerra. El 84% de los niños presentó al menos 1 reacción de estrés grave, y el 55%, al menos 3 de ese grado. En la literatura se han descrito unas elevadas tasas similares de prevalencia de las reacciones de estrés asociadas con las experiencias bélicas y de desplazamiento^{6,8}. Estas tasas demuestran el fuerte impacto que ejercen dichas experiencias en los niños de corta edad. Las reacciones más destacadas incluyen los temores de separación, la ansiedad, las conductas de nerviosismo y agresividad, las reacciones intensas a los ruidos y el llanto excesivo. La correlación significativa entre el nivel de exposición y el grado de la reacción de estrés apoya la idea de que las experiencias bélicas específicas (p. ej., oír explosiones) ejercen un impacto directo en el sentimiento de seguridad del niño, y activan el sistema de ligazón y conductas afines⁴²⁻⁴⁵.

Los resultados de la valoración de seguimiento en el estudio I sugieren que HPI fue eficaz para reducir los síntomas de estrés, con un efecto cuya cuantía fue muy considerable (*d de Cohen* > 0,80). Estos efectos fueron evidentes sobre una amplia gama de síntomas de las reacciones de estrés desarrolladas por los niños durante la guerra. Además, la reducción de los síntomas de estrés en la valoración de seguimiento se asoció con el cumplimiento de la intervención y el encariñamiento del niño con el muñeco.

No pueden descartarse otras posibles explicaciones a los resultados del estudio I. Las diferencias basales entre los grupos podrían utilizarse para explicar los resultados como un mero artefacto estadístico. Sin embargo, las co-

relaciones significativas halladas en el grupo HPI entre el encariñamiento intenso con el muñeco y unas puntuaciones más bajas en las escalas de reacciones de estrés no apoyan esta explicación. Estos hallazgos sugieren que el cumplimiento de la intervención, los lazos emocionales con el muñeco y la preocupación por él se asociaron con un mayor bienestar en la entrevista de seguimiento. Los hallazgos concuerdan con los informes individuales de los progenitores acerca del papel de HPI en la vida de sus hijos. Por ejemplo, algunos niños dejaron de dormir con sus padres y se fueron a dormir con el muñeco; otros buscaron y abrazaron el muñeco en respuesta a estímulos de terror, como los ruidos de explosiones.

El estudio II presentó las ventajas inherentes a los grupos de distribución aleatoria y a un tamaño significativamente grande de la muestra. Los hallazgos de este estudio indican que los niños de jardín de infancia que recibieron HPI en formato de grupo presentaron unos signos de angustia significativamente menores en la entrevista de seguimiento. Estos hallazgos son particularmente notables teniendo en cuenta que no había diferencias significativas entre los grupos en cuanto a los síntomas de guerra/posguerra informados previamente. Además de la potencia estadística de estos hallazgos, en términos clínicos es notable la diferencia en los porcentajes de niños asintomáticos: 71% en el grupo de intervención y sólo 39% en el grupo de control.

Los hallazgos de estos dos estudios suscitan importantes cuestiones acerca de “factores curativos” específicos. Este tema de identificar elementos eficaces específicos (o “curativos”) de las intervenciones es una cuestión muy difícil en psicoterapia en general y en las intervenciones por estrés infantil en particular^{3,46-51}.

Puede proponerse una explicación simple de “atención especial” para los resultados. Los niños recibieron atención especial durante la intervención y se pidió a los padres (y a los profesores en el estudio II) que colaboraran. Sin embargo, es importante señalar que los niños recibieron sólo 10 min de atención profesional al administrar HPI. Si una intervención tan breve puede facilitar la atención de los padres y mejorar el bienestar del niño, tendría un gran valor clínico, independientemente de los fundamentos de los “factores curativos”.

Nuestros hallazgos sugieren que el encariñamiento con el muñeco va ligado a la eficacia de la intervención. Éste es un componente importante relacionado con diversos mecanismos potenciales (“papel del cuidador”, “objeto de ligazón” o un cambio de la atención hacia la exteriorización). Sin embargo, nuestros hallazgos preliminares excluyen la posibilidad de determinar qué mecanismo subyacente es más dominante para determinar los efectos de la intervención.

Sin embargo, las bases teóricas de HPI deben explorarse más a fondo en nuevos estudios destinados a comparar los diferentes modos de HPI (p. ej., proporcionar muñecos con diferentes historias de “cobertura”, y comparar HPI con otros grupos de control de “atención especial”). Además, en futuros estudios hay que evitar la limitación de utilizar sólo los informes parentales para la valoración clínica. La valoración clínica directa del bienestar y la situación clínica del niño o la intervención de informadores externos (p. ej., los profesores) reforzarían la validez del método.

Teniendo en cuenta el papel ubicuo del estrés y el trauma intenso en la vida de muchos niños de corta

edad⁵², así como los potenciales efectos longitudinales adversos del estrés sobre el cerebro en desarrollo y la psicopatología infantil^{44,52-56}, se llega a la conclusión de que las posibilidades de una tal intervención, eficaz con respecto al coste, son numerosas. Los resultados de nuestros estudios apoyan la idea de que las intervenciones innovadoras, basadas en conocimientos derivados de las modernas investigaciones y teorías sobre el desarrollo y los procesos cognitivos del niño que subyacen a la psicopatología del desarrollo, pueden ser prometedoras para afrontar este problema.

CONCLUSIONES

En conclusión, estos estudios sugieren que una breve intervención precoz basada en utilizar el papel del niño como cuidador de un muñeco necesitado de protección puede servir como un medio, eficaz con respecto al coste, de aliviar las reacciones de estrés del niño después de la exposición a las experiencias bélicas. Si queda validada por ulteriores investigaciones, esta intervención podría proporcionar un valioso elemento a los pediatras y a otros profesionales sanitarios para la intervención precoz en niños expuestos a hechos estresantes y traumáticos.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio fue subvencionado por Adler Center for Research in Child Development and Psychopathology y por Joint-Ashalim Organization for Children at Risk. La investigación se llevó a cabo en colaboración con Joint-Ashalim Organization for Children at Risk.

Los autores desean expresar su agradecimiento a Ornit Arbel y a Jeri Hahn-Markowitz por su ayuda en la preparación del original, así como al Prof. Amiram Raviv y al Dr. Yair Bar-Haim, por sus acertados comentarios y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fremont WP. Childhood reactions to terrorism-induced trauma: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:381-92.
2. Joshi PT, O'Donnell DA. Consequences of child exposure to war and terrorism. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2003;6:275-92.
3. Barenbaum J, Ruchkin V, Schwab-Stone M. The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004;45:41-62.
4. Shaw JA. Children exposed to war/terrorism. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2003;6:237-46.
5. Stover CS, Berkowitz S. Assessing violence exposure and trauma symptoms in young children: a critical review of measures. *J Trauma Stress*. 2005;18:707-17.
6. Thabet AAM, Vostanis P. Post-traumatic stress reactions in children of war. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999;40:385-91.
7. Papageorgiou V, Frangou-Garunovic A, Iordanidou R, Yule W, Smith P, Vostanis P. War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2000;9:84-90.
8. Nader KO, Pynoos RS, Fairbanks LA, Alajeel M, Alasfour A. A preliminary study of PTSD and grief among the children of Kuwait following the Gulf crisis. *Br J Clin Psychol*. 1993;32:407-16.
9. Laor N, Wolmer L, Cohen DJ. Mothers' functioning and children's symptoms 5 years after a SCUD missile attack. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1020-6.
10. Wolmer L, Laor N, Dedeoglu C, Siev J, Yazgan Y. Teacher-mediated intervention after disaster: a controlled three-year follow-up of children's functioning. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46:1161-8.

11. Dyregrov A, Gjestad R, Raundalen M. Children exposed to warfare: a longitudinal study. *J Trauma Stress*. 2002;15:59-68.
12. Berkowitz SJ. Children exposed to community violence: the rationale for early intervention. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2003;6:293-302.
13. Kruczek T, Salsman J. Prevention and treatment of post-traumatic stress disorder in the school setting. *Psychol Schools*. 2006;43:461-70.
14. Vostanis P. The impact, psychological sequelae and management of trauma affecting children. *Curr Opin Psychiatry*. 2004;17:269-73.
15. Stichick T. The psychosocial impact of armed conflict on children: rethinking traditional paradigms in research and intervention. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am*. 2001;10:797-814.
16. Hagan JF, American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Task Force on Terrorism. Psychosocial implications of disaster or terrorism on children: a guide for the pediatrician. *Pediatrics*. 2005;116:787-95.
17. Pincus DB, Friedman AG. Improving children's coping with everyday stress: transporting treatment interventions to the school setting. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2004;7:223-40.
18. Dybdahl R. Children and mothers in war: an outcome study of a psychosocial intervention program. *Child Dev*. 2001;72:1214-30.
19. Mohlen H, Parzer P, Resch F, Brunner R. Psychosocial support for war-traumatized child and adolescent refugees: evaluation of a short-term treatment program. *Aust NZ J Psychiatry*. 2005;39:81-7.
20. Thabet AA, Vostanis P, Karim K. Group crisis intervention for children during ongoing war conflict. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2005;14:262-9.
21. Feerick MM, Prinz RJ. Next steps in research on children exposed to community violence or war/terrorism. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2003;6:303-5.
22. Clarke AT. Coping with interpersonal stress and psychosocial health among children and adolescents: a meta-analysis. *J Youth Adolesc*. 2006;35:11-24.
23. Dumont M, Provost MA. Resilience in adolescents: protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *J Youth Adolesc*. 1999;28:343-63.
24. Liu XC, Tein JY, Zhao ZT. Coping strategies and behavioral/emotional problems among Chinese adolescents. *Psychiatry Res*. 2004;126:275-85.
25. Reid GJ, Dubow EF, Carey TC, Dura JR. Contribution of coping to medical adjustment and treatment responsibility among children and adolescents with diabetes. *J Dev Behav Pediatr*. 1994;15:327-35.
26. Schmeelk-Cone KH, Zimmerman MA. A longitudinal analysis of stress in African American youth: predictors and outcomes of stress trajectories. *J Youth Adolesc*. 2003;32:419-30.
27. Smith CL, Eisenberg N, Spinrad TL, et al. Children's coping strategies and coping efficacy: relations to parent socialization, child adjustment, and familial alcoholism. *Dev Psychopathol*. 2006;18:445-69.
28. Steinhausen HC, Metzke CW. Risk, compensatory, vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *J Youth Adolesc*. 2001;30:259-80.
29. Lewis M, Ramsay D. Development of self-recognition, personal pronoun use, and pretend play during the 2nd year. *Child Dev*. 2004;75:1821-31.
30. Haight WL, Wang XL, Fung HHT, Williams K, Mintz J. Universal, developmental, and variable aspects of young children's play: a cross-cultural comparison of pretending at home. *Child Dev*. 1999;70:1477-88.
31. Bornstein MH, Haynes OM, Oreilly AW, Painter KM. Solitary and collaborative pretense play in early childhood: sources of individual variation in the development of representational competence. *Child Dev*. 1996;67:2910-29.
32. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes. *Prof Psychol Res Pract*. 2005;36:376-90.
33. Knell SM. Cognitive-behavioral play therapy. *J Clin Child Psychol*. 1998;27:28-33.
34. Axline VM. *Play therapy*. Nueva York, NY: Ballantine Books; 1969.
35. Bar-Haim Y, Lamy D, Pergamin L, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. Threat-related attentional bias in anxious and non-anxious individuals: a meta-analytic study. *Psychol Bull*. 2007;133:1-27.
36. Wells A. GAD, metacognition, and mindfulness: an information processing analysis. *Clin Psychol Sci Pract*. 2002;9:95-100.
37. Wells A, Matthews G. Anxiety and cognition. *Curr Opin Psychiatry*. 1996;9:422-6.
38. Wells A, Matthews G. Self-consciousness and cognitive failures as predictors of coping in stressful episodes. *Cognit Emot*. 1994;8:279-95.
39. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2004;35:307-18.
40. Wells A, White J, Carter K. Attention training: effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clin Psychol Psychother*. 1997;4:226-32.
41. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4.^a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
42. McCarthy G, Davies S. Some implications of attachment theory for understanding psychological functioning in old age: an illustration from the long-term psychological effects of World War Two. *Clin Psychol Psychother*. 2003;10:144-55.
43. Foster D, Davies S, Steele H. The evacuation of British children during World War II: a preliminary investigation into the longterm psychological effects. *Aging Ment Health*. 2003;7:398-408.
44. Cassidy J, Mohr JJ. Unsolvable fear, trauma, and psychopathology: theory, research, and clinical considerations related to disorganized attachment across the life span. *Clin Psychol Sci Pract*. 2001;8:275-98.
45. Bowlby J. The role of attachment in personality development and psychopathology. En: Greenspan SI, Pollack GH, editores. *The course of life, Vol. 1, Infancy*. Madison, CT: International Universities Press; 1989. p. 229-70.
46. Luborsky L, Barber JP, Beutler L. Introduction to special section: a briefing on curative factors in dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61:539-41.
47. Taylor TL, Chemtob CM. Efficacy of treatment for child and adolescent traumatic stress. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:786-91.
48. Westen D, Novotny CA, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull*. 2004;130:631-63.
49. Crits-Christoph P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 1992;149:151-8.
50. Foa EB, Meadows EA. Psychosocial treatments for post-traumatic stress disorder: a critical review. *Annu Rev Psychol*. 1997;48:449-80.
51. Reisner AD. The common factors, empirically validated treatments, and recovery models of therapeutic change. *Psychol Rec*. 2005;55:377-99.
52. Grant KE, Compas BE, Stuhlmacher AF, Thurm AE, McMahon SD, Halpert JA. Stressors and child and adolescent psychopathology: moving from markers to mechanisms of risk. *Psychol Bull*. 2003;129:447-66.
53. Dawson G, Ashman SB, Carver LJ. The role of early experience in shaping behavioral and brain development and its implications for social policy. *Dev Psychopathol*. 2000;12:695-712.
54. Scheeringa MS, Zeanah CH. A relational perspective on PTSD in early childhood. *J Trauma Stress*. 2001;14:799-815.
55. Gunnar MR, Cheatham CL. Brain and behavior interface: stress and the developing brain. *Infant Ment Health J*. 2003;24:195-211.
56. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev*. 2003;27:33-44.