

Karina Otoya Puccio  
Perú

## **Una intervención psicoterapéutica con niños con traumatización por Guerra**

### **Introducción**

La situación de violencia política y guerra, causada por el terrorismo que se vivió en Perú durante la década de los ochenta y el inicio de los noventa, ha afectado notablemente a todos los peruanos a diferentes niveles: económico, social, político y emocional, cambiando la vida de gran parte de nuestra población. Como producto de ello encontramos que alrededor de seiscientas mil personas se vieron obligadas a dejar sus viviendas ubicadas en la sierra para migrar y refugiarse en otras ciudades configurando así el grupo de los llamados “desplazados”.

Uno de los grupos más afectados lo constituyen los niños. Según el Informe Anual de la Situación de la niñez y Adolescencia en el Perú (1995), se estima que veinticinco mil niños quedaron huérfanos de madre, doscientos veintiún niños desaparecieron y mil doscientos niños murieron a causa de la guerra. Todo ello nos lleva a reflexionar sobre las secuelas que esta guerra ha podido ejercer sobre la niñez.

Se ha visto que los efectos psicológicos de la guerra influyen directamente en el desarrollo y bienestar de los niños ocasionando síntomas de trauma, deterioro en las habilidades de aprendizaje, en la conducta, en el lenguaje y en el desarrollo de su personalidad; efectos en el comportamiento social, trastornos psicosomáticos y hasta predisposición para el uso de drogas y conductas autodestructivas. (Becker y Lira 1989, Horowitz 1991, Alarcón 1994).

### **Objetivo de la investigación**

Esta investigación se propuso observar los efectos de un programa psicoterapéutico en un grupo de niños desplazados por la guerra.

### **Metodología**

La intervención consistió en la aplicación de un taller de psicoterapia breve grupal cuyo objetivo es la recuperación emocional de los niños. Una evaluación psicológica inicial y otra posterior en base a una lista de chequeo de síntomas realizada a los padres, junto a la recolección de datos de la historia de los niños y las transcripciones de las sesiones de los talleres, nos dieron indicadores para discutir los efectos de la intervención.

### **Participantes**

31 niños desplazados de zonas de emergencia cuyas edades fluctuaban entre los seis y doce años de edad. Todos presentaban diversos síntomas de trauma por guerra.

Cuadro 1  
Descripción de los Participantes según Sexo y Edad

Edad	Hombres	Mujeres	Total
6 - 8 años	9	7	17
9 - 12 años	9	6	14
Total	18	13	31

### **Instrumentos**

- Ficha de datos demográficos
- Historia Vital de los niños
- Lista de chequeo de síntomas psicológicos
- La Intervención terapéutica: Un Taller de Recuperación Emocional para niños : que consistió en el modelo de trabajo con niños afectados por violencia política, desarrollado por el Centro de Desarrollo y Asesoría Psicosocial (CEDAPP, 1996). Dicho modelo incluyó una metodología de trabajo sustentada en la teoría psicoanalítica, la cual, en base a técnicas proyectivas y lúdicas promueve la expresión y elaboración de sentimientos en el niño.

El taller consta de 25 sesiones realizadas con una frecuencia semanal de dos horas de duración donde se trabaja alrededor de cuatro ejes temáticos: 1) La relación de confianza, 2) Expresión de sentimientos, 3) Migración y Violencia, y 4) Despedida.

Para el trabajo de cada uno de los ejes se cuenta con un modelo de sesión, previamente diseñada, aunque se mantiene cierta libertad en el uso de las técnicas las cuales son usadas dependiendo del proceso grupal.

### **Procedimiento**

Se seleccionó a 31 niños migrantes de zonas en conflicto que evidenciaban signos de traumatización psicológica por guerra.

Se realizó una evaluación inicial Pre Intervención, en base a la lista de chequeo de síntomas psicológicos y a su historia vital a través de entrevistas con los padres.

El siguiente paso fue la distribución de los niños en 4 grupos de trabajo para la ejecución del programa psicoterapéutico.

Finalizado el taller se llevó a cabo una evaluación Post Intervención que consistió en la aplicación de los mismos instrumentos empleados inicialmente.

### **Resultados**

#### *Acerca del proceso grupal*

Los niños atravesaron por cuatro momentos dependiendo del módulo que se estaba trabajando.

En la primera etapa, durante el eje de Relación de confianza, lo que predominó fue la inhibición. Se mantuvieron en silencio, muy tranquilos y hasta asustados. Mostraban temor de coger los materiales, hablaban casi susurrando y se agrupaban entre los que se conocían. Sólo se dirigían a las terapeutas cuando solicitaban permiso para algo. En sus historias, juegos y dibujos predominaban los temas de desconfianza, huida, y temor al ataque como alguna forma de daño, robo y engaño.

Algunos hablaban en quechua (dialecto nativo de su región) para no ser entendidos por las terapeutas y tomó varias semanas para que adquirieran, poco a poco, confianza en el grupo y para hablar.

Alrededor del segundo eje, el de Expresión de afectos, los niños manifiestan los temores y ansiedades que les preocupaban. Durante varias sesiones los niños hablaban y jugaban sobre lo que les atemorizaba.

Durante el tercer eje, el de Migración y Violencia, los niños expresaron los sentimientos asociados a las experiencias traumáticas de lo que pasó en sus tierras y del gran temor a que todo ello pueda repetirse nuevamente en la ciudad. Relatan cómo fue el viaje de migración.

Paulatinamente los subgrupos se diluyeron y aumentó el contacto entre ellos y la participación en el taller. Ya no dependían tanto de la terapeuta y proponían actividades y juegos. Es a partir de este momento que los niños empezaron a expresar los contenidos más traumáticos a través de vías como el juego, los dibujos y los cuentos.

Aumentó la expresión de afectos asociados a la pena y a la rabia, incluso el grupo atravesó por momentos en los que se acercó al desborde. Aparecieron actitudes hostiles entre los niños como discusiones y peleas; otros niños optaron por salir repetidas veces durante las sesiones. Algunos mostraron una actitud desafiante hacia la terapeuta que se manifestó en burlas y destrucción de algunos de los materiales. En otros momentos el grupo mostró una actitud más inhibida expresada en ausencia de juegos, predominio del silencio y del desinterés. Incluso algunos niños se recostaban en sus sillas y dormitaban.

Otro momento importante del taller se encontró en el cuarto eje, el de Despedida. Mientras que inicialmente los niños se mantenían cautelosos, distantes, inhibidos; hacia el final del taller los sentíamos muy cercanos con el grupo, expresando su pena por la separación. Tenían iniciativa para proponer juegos, cuidaban los materiales, el ambiente y entre ellos; se comunicaban más y aparecían más relajados, podían hablar de sus sentimientos, temores, sueños.

### **Análisis de los síntomas**

Encontramos tres características: Remisión, aparición y persistencia de síntomas.

**Cuadro 2**  
Evolución de los síntomas en el Taller

Síntomas	Apareció %	Persistió %	Remitió %
Agresividad	25.8	16.1	29
Ansiedad	6.5	51.6	35.5
Escaparse de casa	12.9	9.7	29
Evitar estímulos asociados a la experiencia	6.5	6.5	41.9
Evitar hablar sobre la experiencia traumática.	3.2	12.9	45.2
Hablar dormido	16.1	16.1	29
Inhibición	9.7	41.9	19.4
Insomnio	3.2	16.1	25.8
Nerviosismo	6.5	41.9	35.5
Pesadillas	6.5	25.8	41.9
Recuerdos recurrentes	9.7	41.9	29
Sueño intranquilo	16.1	12.9	41.9
Tendencia a mentir	12.9	9.7	9.7
Tristeza	19.4	32.3	29

Los síntomas que mostraron mayor porcentaje de persistencia durante la intervención fueron: ansiedad, que se mantiene en 51.6%; y recuerdos recurrentes, nerviosismo e inhibición, que se mantienen en un 41.9%. Las dificultades con el sueño también presentaron resistencia a la remisión, siendo el insomnio y el hablar dormido los síntomas con mayor porcentaje de persistencia (16.1%).

Los síntomas que consiguieron mayor remisión fueron: evitar hablar sobre la experiencia traumática que remite en un 45.2%, seguido por los síntomas de pesadillas y evitar estímulos asociados al trauma que remiten en un 41.9%. Otros síntomas como la ansiedad y el nerviosismo remitieron en el 35.5% de los casos donde se presentaron. El sueño intranquilo remitió en un 41.9%, el hablar dormido en un 29 % y el insomnio en un 25.8%; mientras que la tendencia a escaparse de casa también remitió en un 29%.

Los síntomas que aparecieron en mayor porcentaje fueron: sueño intranquilo y hablar dormido, ambos con un 16.1%; tendencia a decir mentiras y a escaparse de casa, ambos en un 12.9%. El síntoma de agresión es el que presentó el porcentaje más alto de aparición (25.8%); seguido por el síntoma de tristeza (19.4%).

La evaluación del efecto del taller en los niños a través de la comparación de los resultados de las evaluaciones pre y post intervención nos dice que el único síntoma que presentó remisión significativa fue insomnio; mientras que, los problemas de lenguaje, enuresis y encopresis aunque no presentaron una reducción significativa, sí presentaron una reducción del 100%.

Todos los síntomas que estaban presentes al inicio del tratamiento presentaron una remisión igual o mayor al 50% de los casos al finalizar el taller.

**Cuadro 3: Parte I**  
Evaluación del Efecto de la Intervención: Antes–Después

Síntomas	Presencia del síntoma antes de la intervención %	Presencia del síntoma al finalizar la intervención %	Nivel de significación
Agresividad	45.2	41.9	---
Amnesia	6.5	3.2	---
Ansiedad	87.1	58.1	0.023*
Chuparse dedo	19.4	19.4	--
Encopresis	3.2	0	--
Enuresis	16.1	0	0.063
Escaparse de casa	38.7	22.6	0.266
Escaparse del colegio	9.7	9.7	--
Estados de alerta	61.3	38.7	0.923
Evitar estímulos asociados a la experiencia	48.4	12.9	0.007*
Evitar hablar sobre la experiencia traumática	58.1	16.1	0.001*
Hablar dormido	45.2	32.3	0.424

**Cuadro 3: Parte II**  
Evaluación del Efecto de la Intervención: Antes–Después

Síntomas	Presencia del síntoma antes de la intervención %	Presencia del síntoma al finalizar la intervención %	Nivel de significación
Inhibición	61.3	51.6	0.508
Insomnio	41.9	19.4	0.039*
Juego recurrente	25.8	16.1	0.549
Malestar físico frente a estímulos	41.9	22.6	0.109
Nerviosismo	77.4	48.4	0.023*
Onicofagia	16.1	9.7	0.625
Pérdida de interés vital	29	3.2	0.215
Pesadillas	67.7	32.3	0.007*
Problemas de Lenguaje	9.7	0	0.25
Recuerdos recurrentes	71	51.6	0.146
Revivir la experiencia	16.1	12.9	---
Sueño intranquilo	54.8	29	0.096
Tristeza	61.3	51.6	0.607

Como parte final del análisis de resultados se identificó a los niños que más se beneficiaron y menos se beneficiaron. Encontramos que las madres de los que menos se beneficiaron reportaron haber tenido dolencias corporales en la gestación, partos difíciles y que sus hijos constantemente tenían que ser atendidos debido a que eran niños que se encontraban muy nerviosos, agitados y con problemas para dormir y comer. Así mismo eran madres que utilizan el castigo físico como método de disciplina. También refieren que sus hijos sufrieron algún accidente durante la migración.

Observamos cómo el trauma trastocó el área interpersonal y lo que llamó más nuestra atención es la desconfianza que los niños mostraron hacia las terapeutas tratando de evitar el contacto con ellas.

#### *Expresión del trauma*

En cuanto a la expresión de los contenidos traumáticos, encontramos que estos siguen un curso que va de lo más simbólico y encubierto a lo más verbal. Al inicio los niños utilizan el juego en sus diferentes formas para expresar el trauma. Luego poco a poco empiezan a hablar de la experiencia traumática. Podemos establecer un paralelo entre la secuencia de remisión y aparición de nuevos síntomas por un lado, y las formas de expresión que utilizan los niños por otro. Así, observamos que al inicio los niños se mantenían retraídos, en silencio y evitando estímulos relacionados a la experiencia traumática. En las sesiones hablaban de su situación actual. Sus juegos y dibujos se referían al ambiente del taller y al lugar donde residían. Los síntomas que predominaban eran pesadillas, sueño intranquilo, ansiedad y la evitación de estímulos asociados al trauma. A medida que avanzaban las sesiones apreciamos que los contenidos de los niños se acercaban cada vez más a lo traumático y había mayor expresión afectiva. Paralelamente los síntomas que predominaban empiezan a remitir mientras aparecían otros: agresión, tristeza, juego recurrente. Es probable que este movimiento se deba a las etapas que sigue el trauma en su modo de expresión. Berthold (1988) nos habla de un cambio en la expresión sintomática del paciente traumatizado donde en la última etapa que él llama la Fase Post Traumática la persona empieza a recordar y hablar con dolor de lo que pasó. Afirma que esta etapa puede durar muchos años inclusive y es probable que con el taller los niños hayan empezado a entrar en esta etapa.

Por otro lado, este movimiento en los síntomas puede estar asociado también a un alivio que los niños experimentan cuando pueden “jugar” con el trauma. Mientras la ansiedad disminuye (con el correlato de dificultades en el sueño), aparecen los sentimientos más asociados al trauma (rabia y tristeza).

El clima afectivo del grupo transitaba dependiendo del momento del proceso grupal. Por ejemplo en algunas sesiones predominó el descontrol y el desborde, mientras que en otras predominaba la inhibición y paralización. Estos sentimientos, depositados en la terapeuta, provocaron diversas reacciones tales como: impotencia, aburrimiento, necesidad de controlar y de proteger, entre otros. Witterhold (1994), afirma que las personas con traumatizaciones por guerra pueden transmitir las vivencias alrededor del trauma al personal que las atiende, haciendo del vínculo de trabajo una relación muy cargada emocionalmente.

Entre los síntomas que remiten significativamente observamos que el niño tiene menos pesadillas, está menos ansioso y nervioso y ya no evita, como al inicio, estímulos asociados al trauma, por el contrario empieza a hablar acerca de la experiencia traumática. Este taller propuso, como otras intervenciones, que el niño hable, juegue y exprese más todo lo que está reprimido ya que el olvido no es la cura ( Apitzch 1994, Berthold 1988, Cánepa 1991, Loof 1994, Martínez 1987).

Sin embargo encontramos que otra de las respuestas al tratamiento fue la aparición de síntomas, aunque en menor proporción, pero que no estaban presentes al inicio de la intervención. Síntomas como la agresión, la tristeza, sueño intranquilo y hablar dormido brotaron durante el desarrollo del taller. Es probable que este hecho esté relacionado con un levantamiento de defensas y de represión que promueve el tratamiento. Al buscar que los niños expresaran más sus sentimientos, indirectamente se provocó que aparezcan actitudes agresivas (rebeldía, desobediencia) o sentimientos de pena porque aparecieron recuerdos y nostalgia por lo que han perdido. El niño traumatizado por guerra es un niño que aparece como “congelado”, muy reprimido, inhibido, poco expresivo (Alarcón 1994, CEDAPP 1996) que empezó, a partir de la intervención, a encontrar canales de expresión a todo su mundo interno., y parte de esta expresión lo constituyó la manifestación de conductas agresivas y de sentimientos dolorosos.

Vemos en las familias de desplazados la tendencia a evitar hablar de la experiencia traumática. Los padres buscan olvidar lo que pasó recurriendo a diferentes medios de mantener alejada de su conciencia todo lo que se relacione al trauma. Es común encontrar que la familia completa evita hablar de lo que sucedió (Elmore 1986, Metraux y Spomenka 1994). Sin embargo los síntomas que remitieron con mayor significación son la evitación de los estímulos asociados al trauma y el evitar hablar sobre el trauma, ya que la metodología del taller buscó, a través de diversos modos, que el niño exprese los sentimientos que se relacionan con lo traumático. Mientras no se hable de lo que pasó no habrá duelo ni cura (Segal, 1988). Esto lo apreciamos hacia la segunda mitad del taller cuando los niños hablaron del trauma, se preguntaban por los que han dejado, incluso traen sueños donde recuerdan sus pueblos, sus juegos, sus animales y casas. El tema de la violencia permaneció contenido hasta que en aquel momento empezó a ser verbalizado.

Pareciera como si el tratamiento siguió una secuencia que va del levantamiento de defensas, con la expresión afectiva y la aparición de recuerdos, a la elaboración del trauma en sí. En este proceso aparecieron y remitieron síntomas. Todo ello facilitado por un espacio de apoyo, confianza y contención. Sin embargo no todos los niños atravesaron estas etapas. Creemos que no todos los niños llegaron a elaborar el trauma debido al corto tiempo de la intervención. Es por ello que al finalizar el taller había una proporción de síntomas que aparecieron y otros que no remitieron. Si bien se consiguió una mejoría, la experiencia terapéutica no ha terminado. Podemos formular dos hipótesis en relación. Por un lado es probable que algunos niños necesiten un tratamiento de mayor duración ya que se ha visto que los estragos psicológicos de la guerra pueden perdurar por mucho tiempo en las víctimas, incluso hasta toda una vida (Kleinman 1989, Nielsen 1994, Zahava 1989). Por otro lado hay posibilidades de que el proceso elaborativo no se interrumpa con la finalización del taller, sino que, como dice Braier (1980), este puede continuar posterior

a la intervención. Para su comprobación necesitaríamos de una evaluación mediata o de seguimiento.