

PREVENCION DE SECUELAS PSICOLOGICAS EN NIÑOS CON QUEMADURAS GRAVES

Lics. Mariana Arduino¹ y Griselda Splivalo²

RESUMEN

Con el objetivo de evaluar la incidencia del Trastorno de Estrés Agudo (T.E.A.) y el Trastorno de Estrés Postraumático (T.E.P.T.) en niños con quemaduras graves, se realizó una primera evaluación del niño en el primer mes de sucedido el evento traumático (Período 1) y dos evaluaciones más en el Período 2 (2do y 3er mes) y en el Período 3 (4to y 5to mes). Dado que no existe un instrumento validado para el estudio de T.E.A. y T.E.P.T., se diseñaron dos entrevistas psicológicas basadas en los criterios del Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV). Se estudiaron 69 niños con quemaduras graves (Grupo I, II, III y IV, según clasificación de Garces), edad de 0 a 15 años (mediana 4 años), 43% F y 57% M. Los resultados fueron los siguientes: en el Período 1, 18% de los pacientes presentaron T.E.A. y 82% Sintomatología polimorfa. En este período treinta (30) pacientes fueron no evaluables, dado que estaban en Asistencia Respiratoria Mecánica. En el Período 2: 8% de los pacientes presentaron T.E.P.T.; 92% Sintomatología polimorfa. Cinco (5) pacientes fueron no evaluables, dado que continuaban con ARM. En el Período 3: 28% presentó Sintomatología Polimorfa y el resto ningún trastorno emocional. Todos los pacientes fueron evaluados. Se realizaron intervenciones psicoeducativas, gráficas y dramatizaciones con el niño (adaptadas al estado clínico del mismo). Conclusión: Los resultados sugieren que la evaluación e intervenciones psicológicas tempranas de niños que vivieron un evento traumático podrían tener un efecto preventivo de secuelas psicológicas asociadas al evento.

Palabras clave: Niño, quemadura, impacto emocional, Trastorno de Estrés Agudo y Trastorno de Estrés Postraumático.

Medicina Infantil 2008; XV: 126 - 133.

INTRODUCCION

Toda injuria ocasionada por quemaduras graves produce un fuerte impacto emocional tanto

ABSTRACT

With the aim to assess the incidence of acute stress disorder (ASD) and post-traumatic stress disorder (PTSD) in severely burnt children, the children were first evaluated one month after the traumatic event (Period 1) and were evaluated twice in Period 2 (2nd and 3rd month) and Periodo 3 (4th and 5th month). Since no validated measurement instrument exists for the study of ASD and PTSD, two interviews with a psychologist were designed based on the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV). Sixty-nine children with severe burns were studied (Group I, II, III, and IV, according to the Garces classification), aged 0 to 15 years (median 4 years), 43% F and 57% M. The results were the following: In Period 1: 18 % of the patients were found to have ASD and 82 % polymorphic symptomatology. In this period, 30 patients could not be evaluated, as they were on mechanical respiratory assistance (MRA). In Period 2: 8% of the patients had PTSD and 92% had polymorphic symptomatology. Five patients could not be evaluated, as they were still on MRA. In Period 3: None of the patients was found to have PTSD and 28% had polymorphic symptomatology. All patients were assessed. Intervenciones included psychoeducational, graphic, and drama therapy (adapted to the clinical status of the child). Conclusion: The results of the study suggest that early evaluation and psychological interventions in children who experienced a traumatic event may prevent associated psychological sequelae.

Key words: Children, Burns, Emotional impact, Acute stress disorder, Post-traumatic stress disorder.

Medicina Infantil 2008; XV: 126 - 133.

en el niño como en su familia. No solo cuenta el estrés asociado al riesgo de vida que corre el niño, sino también el relacionado con la internación, la complejidad de los tratamientos requeridos, el largo periodo de rehabilitación y los cuidados necesarios para disminuir las secuelas.

Por ello, resulta de suma importancia evaluar tempranamente los efectos que produce el inci-

1- Psicóloga. Becaria de la Fundación Garrahan.

2- Psicóloga Principal, Directora de Beca.

Servicio de Salud Mental. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan

Correspondencia: Lic. Mariana Arduino.

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan

dente vivido y desarrollar intervenciones adecuadas para abordarlos.

La persona que ha estado expuesta a un acontecimiento traumático de carácter extremo puede presentar Trastorno por Estrés Agudo (T.E.A.)¹ caracterizado esencialmente por la aparición de ansiedad y síntomas disociativos que tienen lugar durante el mes que sigue a la exposición a un acontecimiento traumático.

Se reserva el término de Trastorno por Estrés Postraumático (T.E.P.T.) cuando los síntomas se prolongan más de cuatro semanas.

Cuando se corrobora la presencia de varios síntomas pero no se completan los criterios suficientes para establecer un cuadro psicopatológico específico se considera la presencia de Sintomatología polimorfa (pesadillas, sobresaltos, flashbacks, irritabilidad, ansiedad o sentimientos de tristeza). Según establece Jonathan R. T. Davidson² puede aparecer en un primer momento un cuadro sintomático polimorfo y el T.E.P.T. puede evidenciarse varias semanas después.

Respecto a la epidemiología del T.E.A. y del T.E.P.T. debe tenerse en cuenta que los informes publicados sobre la prevalencia del trastorno son un tanto dispares, ya que provienen de estudios con notables diferencias tanto en el tipo de muestra como en los criterios diagnósticos y en los instrumentos de evaluación utilizados.

Resulta de interés estudiar el impacto del trauma en poblaciones expuestas a eventos estresantes de gran magnitud: múltiples investigaciones efectuadas en niños y jóvenes víctimas de desastres naturales o agresiones humanas (raptos, guerras, violaciones, etc.) muestran cifras de prevalencia que van desde el 30% hasta 100%³.

También resulta relevante al analizar la evolución a largo plazo de los menores que han presentado T.E.P.T; los estudios de seguimiento, algunos efectuado hasta quince años después de los eventos traumáticos, muestran una persistencia de la sintomatología de T.E.P.T. en una proporción significativa de los menores expuestos a estresores traumáticos con cifras de persistencia del diagnóstico que fluctúan entre el 24% y el 70%⁴. Esto implica que en un alto número de los casos el haber sufrido un evento traumático severo que haya desencadenado un T.E.P.T, en la niñez, puede dejar huellas psicopatológicas que se arrastren por décadas llegando incluso a la vida adulta⁵.

El presente trabajo tiene como principal objetivo hacer un aporte para conocer la prevalencia del T.E.A. y del T.E.P.T. en el período postraumático inmediato en niños que sufrieron quemaduras graves.

Se considera que los conocimientos arrojados

contribuirían a la prevención de las secuelas psicológicas, ya que con el conocimiento precoz de las respuestas emocionales de los niños y adolescentes ante la injuria sufrida, es posible brindar tratamiento precoz a los niños con T.E.A. y T.E.P.T., evitando de este modo que la respuesta se torne crónica y provoque un progresivo deterioro social.

Asimismo al conocer más exhaustivamente la causa de las quemaduras en la infancia, y las características de la población que se encuentra más expuesta a sufrirlas, se podría aportar información para campañas de prevención de esta clase de accidentes en la población general.

OBJETIVOS

1. Conocer la prevalencia de T.E.A y T.E.P.T en niños y adolescentes con quemaduras graves.
2. Comparar con la prevalencia en la población general y en poblaciones de riesgo.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio descriptivo. Para el diseño experimental de pre-prueba y pos-prueba con un solo grupo, falta tener validada la herramienta utilizada.

Se estudiaron 69 niños con quemaduras agudas internados entre Junio de 2004 y Mayo de 2006, en la Unidad de Quemados. Fueron evaluados en tres períodos luego del incidente y se intervino en cada uno de ellos: Período 1: 1er. mes, Período 2: 2do y 3er mes, Período 3: 4to y 5to mes.

Criterios de inclusión

Pacientes internados en la Unidad de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Juan P. Garrahan que sufrieron quemaduras.

Criterios de exclusión

Pacientes internados por secuelas de quemaduras, pacientes con secuela de daño neurológicos posterior a la quemadura, pacientes fallecidos durante la internación.

Instrumentos

Dado que no existe instrumento validado para la evaluación de T.E.A. y T.E.P.T., se diseñaron dos Entrevistas:

1. Entrevista para evaluación psicológica de niños mayores de 5 años y adolescentes con quemaduras graves durante su etapa aguda. (Anexo 1)
2. Entrevista de evaluación psicológica para padres de niños menores de 5 años con quemaduras graves durante su etapa aguda. (Anexo 2).

Los instrumentos fueron diseñados para eva-

luar la presencia o ausencia de la sintomatología referida al T.E.A y el T.E.P.T

Están basadas en:

- Los Criterios diagnósticos del DSM IV.
- La entrevista CAPS-CA; de Blake, D. D. que evalúa la presencia de sintomatología perteneciente al Trastorno de Estrés Postraumático en niños a partir de los 6 años de edad⁶.
- Clasificación diagnóstica de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana. *Nat. Center for Clinical Infant Programs* para la evaluación diagnóstica de niños entre 0 y 3 años⁷.

Para recabar datos sociodemográficos, nivel de instrucción de los padres y características y tipo de quemadura se utilizaron las Historias clínicas.

En base a la estimación conjunta de extensión y profundidad de la quemadura, se categorizó la severidad de un paciente quemado según grupo de riesgo, utilizando el índice de Garcés, en Grupo 1 (leve), Grupo 2 (moderado), Grupo 3 (grave) y Grupo 4 (crítico)⁸.

Dado que la media de días de internación fue de 48 días, algunos pacientes fueron evaluados durante la internación y otros externados.

METODO

Los niños y adolescentes con T.E.P.T reexperimentan el suceso traumático de modo intrusivo a través de pensamientos, recuerdos o sueños desagradables. Estas reviviscencias ocurren de manera espontánea o en respuesta a recuerdos directamente relacionados con algún aspecto concreto del trauma y pueden consistir en imágenes, sonidos, olores o impresiones que se centran en los momentos de extremo terror o desesperanza vividos durante el suceso. Estas reexperimentaciones se las conoce con el nombre de Flashbacks, sensación de estar reviviendo el suceso o aparición de malestar al exponerse a estímulos que recuerdan el trauma. También los sueños pueden incluir la repetición de aspectos concretos del suceso o representar temores más generales.

Normalmente el niño utiliza el juego como modo de expresión, de conocimiento del mundo, de descarga de ansiedades y tensiones así como un modo de elaboración de situaciones estresantes.

El niño que ha experimentado situaciones traumáticas puede expresar en el juego escenas de las experiencias traumáticas vividas como un modo de elaboración de dicha situación y de descarga emocional.

En ocasiones, esta incorporación de los elementos del trauma puede impedir el desarrollo del juego normal. Cuando el juego se interrumpe o se presenta estereotipado y aparece sintomatología asociada al trauma es necesaria una intervención psicoterapéutica.

Como respuesta al trauma el niño puede elaborar estrategias cognitivas y comportamentales evitativas que a menudo pueden afectar otras áreas de su desarrollo, disminuyendo su interés por las actividades en general, o queriendo interrumpir la concurrencia a la escuela para mitigar su temor y ansiedad. Algunos autores como Eth S, Pynoos⁹ sostienen que en el caso de adolescentes y niños mayores es frecuente que sufran cambios en sus expectativas de vida, éstas se hacen negativas, sintiéndose inseguros respecto del futuro.

El elemento nuclear de este trastorno es la percepción de amenaza incontrolable por parte de la víctima de su integridad física y/o psicológica¹⁰.

En nuestra propuesta las técnicas psicoterapéuticas tempranas implementadas tienen como objetivo evitar la instalación de modo crónica de los cuadros y sintomatología asociada a la vivencia de situaciones traumatogénicas.

Las técnicas implementadas (psicoeducativas, gráficas y dramatizaciones) se eligieron en función de la edad, los síntomas nucleares y las posibilidades clínicas de cada niño.

Se implementaron intervenciones que favorecen la descarga emocional que el suceso produce y permiten otorgarle nuevas significaciones al evento, a la vez que intentan restituir cierto sentimiento de dominio y control sobre el entorno y sobre los propios sentimientos.

El método de trabajo psicoterapéutico se realizó de la siguiente manera: una vez que las condiciones clínicas lo permitieran a cada niño se lo evaluó con las entrevistas diseñadas especialmente para el presente trabajo (Anexo 1 y 2).

Luego se realizaron diferentes tipos de intervenciones:

1. Psicoeducativas

Se trabaja mediante la lectura de un folleto explicativo (Me Quemé, estoy internado en la Unidad de Quemados¹¹). Este incluye información mediante gráficos y textos simples acerca del estado clínico y los procedimientos que requiere el niño para tratamiento de las secuelas de la quemadura. Se fomenta que el niño exprese sus temores e interrogantes además de brindar la posibilidad de que coloree los gráficos.

2. Gráficas

Se brinda al niño la posibilidad de que el niño pueda expresar mediante dibujos momentos de las escenas vividas. Se le ofrece al niño elementos para dibujar y se fomenta que narre lo que recuerda del suceso vivido, también puede graficar a personas queridas o mascotas implicadas en el evento traumático.

Teniendo en cuenta la escasa movilidad de algunos de los niños debido a su estado crítico, se implementó el dibujo dictado: si el niño manifiesta

ta deseos de dibujar pero su estado clínico no lo permite se le ofrece que él relate la escena del evento traumático o diga lo que desearía dibujar, pero el grafismo lo ejecuta el psicólogo.

3. Dramatizaciones

Otro modo de recrear las escenas es mediante el juego con dramatizaciones o representaciones lúdicas. En ésta técnica se le ofrece al niño diferentes muñecos y objetos para jugar, y se procede favoreciendo las escenificaciones de lo sucedido. Si el niño no pudiera manipularlos el psicólogo lo haría por él según lo manifieste el niño.

En síntesis, los objetivos de las Intervenciones fueron:

- Tranquilizar y brindar un espacio de seguridad integral.
- Informar acerca del estado clínico y procedimientos quirúrgicos.
- Estimular la elaboración de la situación potencialmente traumática.
- Psicoprofilaxis pre y post quirúrgica
- Favorecer la integración de lo vivido mediante un relato verbal, gráfico o lúdico para la elaboración de pesadillas, flashbacks y pensamientos intrusivos.
- Favorecer un proceso de duelo normal en aquellos niños que sufrieron la muerte de seres queridos en el incidente.
- Evitar el autoremordimiento y el autocastigo, trabajando en relación a las circunstancias del hecho, la significación negativa asignada a los sucesos vividos, las responsabilidades, los imprevistos, lo no deseado y lo inevitable.

RESULTADOS

Fueron incluidos 69 niños, de 0 a 15 años de edad, con una mediana de 4 años; sexo femenino 43% y masculino 57%. Tablas 1, 2, 3, 4, 5.

TABLA 1: ETIOPATOGENIA.

	n	%
Fuego no especificado	21	31
Contacto con líquidos calientes	18	27
Inflamación de líquidos	8	13
Explosión	7	10
Contacto con sólidos calientes	4	6
Fogonazo eléctrico	3	4
Inflamación de la vestimenta	3	4
Contacto con sólidos fríos	1	1
Contacto con cáusticos	1	1
Descarga eléctrica	1	1
Exposición a radiación infrarroja	1	1
Abrasión	1	1
Total	69	100

TABLA 2: GRAVEDAD DE LA QUEMADURA.

	n	%
Grupo I	14	20
Grupo II	9	13
Grupo III	17	25
Grupo IV	25	36
Sin datos	4	6
Total	69	100

TABLA 3: PERIODO 1. TRASTORNOS EMOCIONALES DURANTE EL 1^{ER} MES DE SUCEDIDO EL EVENTO TRAUMÁTICO.

	n	%
No evaluables (con ARM)	30	
Evaluables	39	100
Trastorno emocional		
- T.E.A.	7	18
- Sintomatología polimorfa	32	82
• Pesadillas	5	13
• Sobresaltos	7	18
• Flashbacks	3	8
• Ansiedad de separación	8	20
• Tristeza	9	23
T.E.A.: Trastorno de Estrés Agudo.		

TABLA 4: PERIODO 2. TRASTORNOS EMOCIONALES DURANTE EL 2^{DO} Y 3^{ER} MES DE SUCEDIDO EL EVENTO TRAUMÁTICO.

	n	%
No evaluables (con ARM)	5	
Evaluables	64	100
Trastorno emocional		
- T.E.P.T.*	5	8
- Sintomatología polimorfa **	59	92
• Pesadillas	17	26.5
• Sobresaltos	15	23
• Flashbacks	8	12.5
• Ansiedad de separación	22	34
• Tristeza	17	26.5
* T.E.P.T. Trastorno de Estrés Postraumático. ** Algunos de los niños presentaron más de un síntoma de Sintomatología polimorfa.		

TABLA 5: PERIODO 3. TRASTORNOS EMOCIONALES DURANTE EL 4^{TO} Y 5^{TO} MES DE SUCEDIDO EL EVENTO TRAUMÁTICO.

	n	%
Evaluables	69	100
Trastorno emocional		
- Sintomatología polimorfa	19	28
• Pesadillas	2	3
• Sobresaltos	4	6
• Flashbacks	0	0
• Ansiedad de separación	0	0
• Tristeza	13	19
Sin trastornos	50	72

DISCUSION

El Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV menciona que los estudios basados en la comunidad revelan que la prevalencia global del trastorno por estrés postraumático oscila entre el 1 y el 14%, explicándose esta variabilidad por los criterios diagnósticos empleados y el tipo de población objeto a estudio. En estudios sobre individuos de riesgo (por ej. veteranos de guerra, víctimas de erupciones volcánicas o atentados terroristas) pueden encontrarse cifras de prevalencia que van del 3 al 58%².

Son numerosas las publicaciones que describen la prevalencia del Trastorno de Estrés Agudo y del Trastorno de Estrés Postraumático en niños y adolescentes que han vivido eventos traumáticos pero son escasas las publicaciones que describen estos trastornos psicopatológicos en niños con quemaduras graves durante la etapa aguda.

En Argentina no contamos con información acerca de la prevalencia de T.E.P.T en nuestra población infantil.

La mayoría de los trabajos publicados hacen referencia a la evaluación del niño o adolescente muchos años después del acontecimiento traumático habiendo padecido el T.E.P.T. desde larga data y describen el tratamiento brindado al paciente ya siendo adulto.

A nivel nacional, en el incendio ocurrido en la discoteca República de Cromañón en el año 2006 de 396 consultantes a un Servicio de Psiquiatría de un hospital público, promedio etario 20,2 años (Rango 6-71), 67% mujeres y 32% hombres, 17% presentaron T.E.A. y 16% presentaron T.E.P.T. (Mosca, D. 2007, trabajo inédito).

Si bien nuestro estudio presenta sus limitaciones respecto a que no contamos con herramientas de evaluación estandarizadas y validadas para aplicarlas en los niños de la muestra; consideramos que el mismo brinda una aproximación exploratoria al conocimiento del estado emocional que presentan los niños con quemaduras graves en el período postraumático inmediato.

CONCLUSIONES

Pensamos que el bajo porcentaje de niños con trastornos emocionales en el período 3 podría relacionarse con el abordaje psicológico temprano del niño expuesto al evento traumático. En el Hospital Garrahan el psicólogo es miembro del equipo interdisciplinario que atiende a niños y adolescentes con quemaduras graves, tiene la oportunidad de un abordaje psicológico precoz al niño y su familia favoreciendo la elaboración del incidente.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de todos los profesionales de la Unidad de Quemados y Cirugía Plástica y en particular a la Dra. Mabel Villasboas dado que sin la participación de ellos este trabajo no hubiera sido posible.

REFERENCIAS

1. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson, 1995. Pichot, Pierre; Lopez Ibor Aliño, Juan; Valdés Miyar, Manuel.
2. Davidson J. R. T. Kaplan, MD: Trastorno por estrés postraumático y trastorno por estrés agudo. Tratado de psiquiatría; Intermedica Ed. 1997. Vol 2: Cap: 17.4:1155-1176.
3. Terr, J. Acute responses to external events and posttraumatic stress disorder. In: Lewis, M. (editor) Child and Adolescent Psychiatry: a Comprehensive Text book. 2nd. Ed. Baltimore, Williams and Wilkins, 1996 p 753 -63.
4. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. J. Am. Acad. Child Adolesc Psychiatry 1998; 37 suppl: 4s-26s.
5. Pfefferbaum, B. Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 1503 - 11.
6. Blake y cols, 1990 Escala para el TEPT administrada por el Clínico (CAPAS).
7. Diagnostic Clasification: 0-3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. México. Paidós 1998.
8. Benaim, A.; Linares, Hugo; Benaim, F. Tratado de quemaduras. Editorial interamericana. 1993. Cap 9. Piel normal y piel quemada: clasificación.
9. Eth S, Pynoos RS. Posttraumatic Stress Disorder in Children. Washington. American Psychiatric Press, 1985.
10. Echeburúa E, Corral P, Amor PJ. Evaluación del trastorno de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales y de maltrato doméstico. En: Hombrados MI, ed. Estrés y salud. Valencia: Promolibro, 1997.
11. Splivalo G, Villasboas M, Di Stabile L. Et al. " Me quemé, estoy internado en la Unidad de Quemados del Hospital J. P. Garrahan" Realizado por el Servicio de Salud Mental y Servicio de Cirugía plástica y quemados del Hospital de Pediatría Juan. P. Garrahan.

ANEXO 1: ENTREVISTA PARA EVALUACION PSICOLOGICA DE NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS Y ADOLESCENTES CON QUEMADURAS, DURANTE LA ETAPA AGUDA, INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O INTERMEDIOS DE LA UNIDAD DE QUEMADOS¹.

Nombre del paciente: Fecha:
Edad: Sexo: F M

1er momento

Presentación del psicólogo:

Mi nombre es....., soy psicóloga/o. ¿Sabés qué hace un/a psicólogo/a?

Yo no te voy a revisar, ni te voy a pinchar². Trabajo con los niños conversando, dibujando o jugando para saber cómo están y poder ayudarlos con lo que les pasó. ¿Creo que lo que te pasó debe de haber sido el susto más grande que tuviste? ¿No es así?

2do momento:

Establecimiento de una alianza terapéutica positiva. Conocimiento del estado de conciencia que presenta el niño³. Primeras intervenciones: confirmaciones, rectificaciones, esclarecimientos.

- Te voy a hacer algunas preguntas para saber cómo estás.
 - Yo no te voy a retar, ni gritar, ni pegar⁴, trabajo con todos los niños que se quemaron o les pasó algo parecido. Hablo con ellos para que se les pase el gran susto que tuvieron.
1. ¿Cuántos años tenés?
 - 2.- ¿Vas a la escuela? ¿A qué grado vas?
 - 3.- ¿Sabés cómo se llama el lugar donde estás? ¿Es una escuela... un hospital?
(si el niño dice no saber o responde otra cosa que un hospital, se le aclara que está internado en un Hospital para niños llamado "Hospital Garrahan").
 4. ¿Sabés porqué los nenes están internados en este hospital?
(si el niño responde diciendo que no sabe se le explica que aquí se internan los niños enfermos o a los que les pasó un accidente para ayudarlos y curarlos).
 5. Y a vos, ¿qué te pasó?
 6. ¿Te acordás qué fue lo que te pasó?
(si el niño dice que sí se acuerda, se continúa con la siguiente pregunta)
 7. ¿Qué te sucedió?, ¿Me querés contar?
(si el niño dice no querer contar lo que le pasó se le pregunta ¿Por qué no me querés contar? (en este punto a veces se hace necesario volver a repetirle que uno no le va a retar ni gritar ni pegar por lo que sucedió, si no que la intención es ayudarlo).
 8. ¿Querés que te cuente lo que me dijeron tu mamá o papá o los médicos de lo que te sucedió?
(se le ofrece al niño que uno le narre lo que el psicólogo sabe acerca de lo sucedido según lo que la familia informó y lo que los médicos saben)
 9. ¿Qué partes del cuerpo te lastimaste?
(solicito al niño que identifique las partes sanas y las partes lesionadas⁵, las partes con vendajes y las descubiertas).
 10. ¿Sabés para qué son las vendas?
¿Querés que te cuente?
(ratifico o rectifico las partes que el niño tiene vendadas y le doy una pequeña explicación de la función de la piel y su proceso de curación)
 11. ¿Sabés para qué son estos aparatos que están en la habitación? ¿Querés que te cuente?
(le doy una simple explicación de la función que tienen los monitores, sondas, etc)

3er momento:

Evaluación del cuadro de Estrés Agudo o Estrés Post traumático.

(C.1) - ¿Te acordás cómo te quemaste? (o lo que le haya pasado)

(C.1) - ¿Me querés contar cómo fue?

(C.3) - ¿Hay alguna parte de lo sucedido que no recuerdes?

(D.1) - ¿Cómo estás durmiendo?

(D.1) - ¿Soñas durante la noche?, ¿Te despertás?

(B.2) - ¿Te acordás lo que soñas?

(B.2) - ¿Tenés pesadillas?

(B.2) - ¿Todas las noches, a veces o nunca?

(si dice tener pesadillas) ¿Antes también las tenías?

(B.2) - ¿Cómo te sentís después de que te despertás de una pesadilla?, ¿Con miedo o susto?

-¿Querés contarme algún sueño que hayas tenido?

(D.1) - ¿Te cuesta dormir? ¿Por qué?

-Por la mañana te despertás cansada/o o descansada/o?

(B.1) - ¿Pensás mucho en lo que te pasó?

(B.1) - ¿Cuántas veces en el día?

(C.1) - ¿Tratás de evitarlo? ¿Cómo? Algunos chicos para no pensar en eso leen, hablan con alguien o se duermen.

¿Hacés alguna de esas cosas u otras para no pensar en lo que te pasó?

(B.5) - ¿Cuando te acordás de lo que te sucedió, sentís que el corazón te late más rápido, sudás, transpirás o temblás?

(B.3) - Estando despierta/o ¿Hubo algún momento en el que sentiste que te pasaba de nuevo, como si lo estuvieses viviendo de nuevo?

(B.3) - ¿Ves imágenes de lo sucedido como si estuviese pasando de nuevo?

(B.3) - ¿Ves cosas que los demás no ven?

(B.3) - ¿Sentís olor a quemado?

(D.5) - ¿Sentís miedo por algo?

¿A qué le tenés miedo?

- ¿Cómo te calmás?
- ¿Antes de lo que te pasó, tenías esos mismos miedos?
- (D.5) - ¿Durante el día los ruidos te asustan?
- (D.2) - ¿Estas más nervioso?
- ¿Qué cosas te ponen nervioso?
- (D.2) - ¿Te enojás con facilidad?
- (C.4) - ¿Cómo te sentís durante el día, entretenido, aburrido?
- (D3) -¿Si te leen un cuento podés entenderlo? ¿Podés prestar atención, concentrarte?
- (C.4) -¿Qué cosas te gustan hacer? ¿Leer, escribir, dibujar, jugar con algo?

4to momento:

Cierre de la entrevista.

- Mañana (o se establece el momento) voy a venir a verte y vamos a trabajar con distintos elementos. Contame qué cosas te gusta hacer, ¿dibujar, leer, jugar?

Se deja establecido con el paciente que habrá próximas entrevistas donde se trabajará con diferentes materiales según sus preferencias, necesidades y posibilidades.

REFERENCIAS

- 1 Basada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastorno Mentales DSM IV.
2. Intervención necesaria para que el niño pueda diferenciarnos de la función médica o de enfermería.
3. Los niños en Terapia intensiva suelen recibir medicación analgésica que puede afectar su estado de conciencia.
4. Establecimiento de una Alianza Terapéutica positiva; Si el niño participó activamente de las circunstancias del incidente esta intervención hace posible un diálogo en confianza donde pueda narrar cómo se produjo el suceso.
5. Es probable que el niño, por su estado clínico, no pueda verse a sí mismo y/o no tenga total conciencia del estado general en el que se encuentra su cuerpo.

ANEXO 2: ENTREVISTA DE EVALUACION PSICOLOGICA PARA PADRES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON QUEMADURAS, DURANTE SU ETAPA AGUDA, INTERNADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O INTERMEDIOS DE LA UNIDAD DE QUEMADOS.

Nombre del paciente: Fecha:

Otros niños han pasado por situaciones similares a la de su/s hijos y han presentado las siguientes conductas. Nos sería de gran utilidad saber si su hijo las presenta para poder ayudarlo y también poder mejorar la atención de todos los niños internados en la Unidad.

1.(A1): El niño ha experimentado o presenciado algún acontecimiento caracterizado por muertes o amenazas para su integridad física

SI.....NO.....

¿Cuál?

2.(A2): El niño ha respondido con terror, susto u horror intensos o a presentado comportamiento agitado? SI.....NO.....

¿Cómo ha reaccionado el niño?

1.(B1): ¿Ha observado Ud. que el niño juega reiteradamente repitiendo partes del accidente? SI.....NO.....

¿Juega el niño? ¿A qué juega el niño?

2.(B2):¿Cree Ud. que su niño tiene pesadillas? ¿Por qué lo cree? SI.....NO.....

¿Cómo duerme el niño, se despierta con sobresaltos o llorando?

3.(B3): ¿Le parece que el niño por momentos actúa como si el incidente estuviese pasando de nuevo? SI.....NO.....

¿Por qué lo cree?

4.(B4): ¿Si algo le recuerda al niño lo sucedido, personas, objetos, sonidos, cómo reacciona? ¿Qué hace el niño? SI.....NO.....

¿Se muestra molesto, llora

5.(B5): Al hablarle sobre lo sucedido, o al enfrentarse a cosas o situaciones que se lo recuerdan, ¿Cómo reacciona el niño?

SI.....NO.....

¿Presenta sudores, temblores, taquicardia, náuseas, ahogos?

6.(C1): ¿Cree que el niño realiza algún tipo de esfuerzo o actividad para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre lo sucedido? SI.....NO.....

¿Por qué lo cree?

7.(C2): ¿Cree Ud. que el niño intenta evitar lugares o personas que le recuerdan lo sucedido? SI.....NO.....

¿Por qué lo cree?

8.(C3): ¿El niño cuenta lo que sucedió? SI.....NO.....

¿Qué cuenta?

¿Cree Ud. que el niño recuerda todo lo sucedido? SI.....NO.....

Si alguna parte de lo sucedido no recuerda ¿Cuál es?

9.(C4): ¿El niño no hace alguna de las cosas que antes le gustaba hacer? SI.....NO.....

¿Qué cosas hace?

10.(C5): ¿Cómo es su comportamiento frente a las personas más conocidas o queridas por él?

.....

¿Se comporta con ellos igual? SI.....NO.....

o distinto a como lo hacía antes?

11.(C6): ¿Expresa el niño estos sentimientos?:

alegría SI.....NO.....

tristeza SI.....NO.....

miedo SI.....NO.....

susto SI.....NO.....

¿Otros? ¿Cuáles?

12.(D1): ¿Presenta el niño dificultades para dormir? SI.....NO.....

¿Cómo se comporta al momento de ir a dormir?

13.(D2): ¿El niño se muestra por momentos:

enojado SI.....NO.....

con rabia SI.....NO.....

nervioso SI.....NO.....

¿Con qué frecuencia?

¿Más que antes de que sucediera el accidente? SI.....NO.....

¿Cómo demuestra ese sentimiento?

14.(D3): ¿Se concentra el niño en alguna actividad que le guste hacer, algún juego, que le lean cuentos, mirar televisión, etc?

SI.....NO.....

15.(D4): ¿El niño se muestra muy atento, expectante, pendiente, vigilante o tenso por lo que pasa a su alrededor? SI.....NO.....

¿Cómo lo demuestra?

16.(D5): ¿El niño se asusta o sobresalta ante pequeños ruidos? SI.....NO.....

Conductas regresivas:

¿Usa pañales? SI.....NO.....

¿Antes los usaba? SI.....NO.....

¿Toma el pecho? SI.....NO.....

¿Antes lo tomaba? SI.....NO.....

¿Duerme solo? SI.....NO.....

¿Antes lo hacía? SI.....NO.....

¿Come solo? SI.....NO.....

¿Antes lo hacía? SI.....NO.....

¿Está mas demandante que antes?

¿Llora más que antes?

¿Hay algo respecto de su hijo/a que no le haya preguntado y que le preocupa o considera de importancia para contarme?