

CLAIMING CHILDREN



FEDERATION OF FAMILIES FOR CHILDREN'S MENTAL HEALTH • SPECIAL ISSUE • OTONO 2003

INSIDE

- Capa Tras Capa 1
- Mensaje de nuestra presidenta 4
- Del editor de este número especial 4
- ¿Qué es el estrés traumático en el niño? 6
- Tratamientos eficaces para el trauma en los jóvenes . . . 8
- La importancia de una comunidad 11
- Raza problemática 14
- Adopción y crianza de un niño que ha sufrido un trauma_16
- Diferentes reacciones frente a un suceso traumático según la edad 19
- Dondequiera que vayas hay estrés, estrés, estrés. . . . 23
- Ser padres de niños con serios problemas de salud mental y cuidarlos: una experiencia traumática profunda . . . 26
- Las familias, la justicia de menores y los traumas . . 28

Los Traumas Capa Tras Capa

Shannon CrossBear

Shannon es integrante de una familia de la nación Ojibwe del Lago Superior. Es hija, madre, abuela, hermana y tía. Es una mujer profundamente espiritual, cuentista y desde hace mucho tiempo defensora de grupos humanos. Se dedica principalmente a escribir, capacitar a los familiares, asesorar a sus pares y trabajar como agente de enlace entre organismos. Uno de los hijos de Shannon, el del medio, Brian, se suicidó.

Los sucesos traumáticos y trágicos que enfrentó mi familia en los últimos años tuvieron como telón de fondo una serie de traumas históricos que abarcaron varias generaciones. No se puede escapar a los antecedentes de pérdida que acompañan al indígena norteamericano. Los traumas históricos no son una abstracción: se han transmitido de generación en generación y repercuten en todo un pueblo.

Las situaciones de crisis, como muertes prematuras, pobreza y privación extremas, alcoholismo,

suicidios, altos índices de abuso físico y sexual, han ocurrido y ocurren permanentemente alrededor de una. Cuando nuestros ancestros eran niños, se los sacaba de sus casas por la fuerza para llevarlos a internados manejados por militares; allí les cortaban el pelo y les arrancaban sus prendas nativas. Si intentaban hablar su idioma o practicar sus rituales eran maltratados. Ahora hay generaciones enteras de padres que nunca fueron cuidados por los suyos. Es imposible separar el trauma familiar que marca la

continúa en la página 2



Capa Tras Capa

viene de la página 1

historia de cada familia, del trauma histórico que sufrió nuestra gente en su conjunto.

Hace cinco años, mi hijo Brian, que entonces tenía 19 años, estaba viviendo en Omaha, Nebraska, con su hermano mayor. Acababa de terminar la escuela y esperaba conseguir un nuevo trabajo para forjarse su porvenir. Estábamos en contacto permanente; nos hablábamos por teléfono como mínimo dos o tres veces por semana. Entonces, en el lapso de alrededor de dos semanas –ocurrió muy rápidamente–, comenzó a cambiar. Empezó a obsesionarse con ideas extrañas; no podía dormir ni comer. Comenzó a tener alucinaciones auditivas e ideas suicidas. Su familia lo animó y apoyó en su decisión de buscar ayuda. Confiábamos en que con la ayuda adecuada podríamos encontrar las respuestas a su desequilibrio. El acceso a los servicios era problemático debido a los inconvenientes con el seguro de salud. Brian fue a un Centro para Crisis y allí lo enviaron a la sala de salud mental para atención psiquiátrica de adultos de un hospital.

Yo me sentía muy tranquila, y estaba orgullosa de él porque había tenido el coraje de admitir lo que le sucedía. Le había enseñado que los problemas de salud mental no son diferentes de los orgánicos. Ingresó en la sala un jueves; les contó a los médicos y enfermeras que tenía tendencias suicidas y lo ubicaron bajo el sistema de vigilancia al suicida. Luego me enteré de que las normas de aplicación de ese sistema varían de una institución a otra. Ellos lo controlaban cada quince minutos,

pero no fue suficiente. Se suicidó mientras estaba bajo el sistema de “vigilancia al suicida”.

Su padre y su hermano menor llegaron al hospital en las horas de visita, inmediatamente después de que Brian se hubiera suicidado. El hospital no nos proporcionó ayuda para elaborar el trauma; no ofrecieron ningún servicio a la familia, ni siquiera nos dijeron “estamos realmente apenados por lo sucedido”. Nada. Nada. La familia quedó sola para hacer frente a eso.

La familia y la comunidad de Brian quedaron destrozados. Volvimos a nuestra comunidad, acudimos a nuestras tradiciones y nos propusimos que su espíritu se liberara como correspondía. Su familia y amigos optaron por esta manera de llorar por su pérdida y, a la vez, honrar su corta vida.

Nuestra familia lo sigue llorando, individualmente y en conjunto. Estamos aprendiendo a transitar por esta vida sin la presencia física de Brian. Ese viaje presenta, sin embargo, nuevos desafíos. Hace poco tiempo, nos enfrentamos con otra consecuencia del trauma.

Mi hijo menor vivía en otro estado, tratando de disfrutar de su independencia y realizar sus sueños. Todo eso se interrumpió cuando fue raptado y agredido. Como es un joven fuerte, la policía no reconoció el trauma que había vivido ni el miedo que sintió. No se le ofreció ningún servicio para víctimas. Comenzó a tomar metanfetaminas para estar siempre

continúa en la página 3

“Los traumas aparecen capa tras capa; nosotros aprendemos a sanar capa tras capa.”



Capa Tras Capa

viene de la página 2

despierto y protegerse. Al cabo de dos semanas su comportamiento y forma de comunicarse con los demás cambiaron. Su manera de hablar nos hizo revivir la experiencia con su hermano. Tanto amigos como familiares se dieron cuenta de que algo malo ocurría. Yo sentía miedo por él. ¿Cuánto tenía que ver la droga con lo que le pasaba y cuánto respondía a algún otro factor? El trauma nos visitaba nuevamente; el terror reaparecía con cada uno de nuestros latidos. Debíamos llevarlo al hospital, pero ¿cómo íbamos a confiar en un sistema que se había comportado con nosotros de manera tan horrorosa? Él estaba a punto de cumplir los 19 años, la misma edad que tenía Brian cuando murió. Nos preguntó: “¿Cómo me pueden llevar al hospital? ¿No saben lo que le sucedió a mi hermano?” Estaba enojado, aterrorizado y confundido.

En esta oportunidad, había otras personas dispuestas a unirse a mí en la lucha para reclamar por mi hijo. Acudí a los servicios de la Federación de Familias, a miembros de otras familias y a los conocimientos de las personas con las que estaba en contacto. Imploré a los no creyentes y a los creyentes. Esta vez, en ningún momento dejamos el hospital. En los nueve días que estuvo allí lo atendieron siete médicos. El que lo había recibido se fue de vacaciones y los otros hacían guardias. Tratamos de contarles a los médicos la historia –que su hermano había sufrido de una psicosis no determinada, que se había suicidado en el hospital y que esto ocurría menos de un mes después de la muerte del hermano–, pero no parecían estar

continúa en la página 5

Inspira

Shannon CrossBear

Inspira.

Espira.

Hazlo hasta el próximo momento.

Mi hijo Brian habría cumplido veinte años en septiembre.

Él y su novia, Melanie, iban a venir a casa para festejarlo.

Brian querría escalar la montaña para mirar desde allí las

tierras y las aguas que él llamaba su patria.

Así era Brian.

En uno de sus poemas escribió:

“Algún día voy a saber qué significa ser un ser humano, algún día no voy a aborrecer tener que usar zapatos”.

En agosto, Brian no pudo hacerlo hasta el próximo momento y mi hijo se quitó la vida.

La gente tiene miedo de mirarme a los ojos por temor a enfrentar la pérdida.

Siento esa pérdida en lo profundo de mi vientre.

Siento esa pérdida en mis dedos, que se entrelazaban con los suyos cuando nos tomábamos de las manos.

Siento esa pérdida en cada latido de mi corazón.

Así que envolví las cenizas de mi hijo en la pequeña bolsa de piel de alce

y lo llevé a lo alto de la montaña.

Llevaba la bolsa y sentía lo mismo que cuando él acababa de nacer

En la cima de la montaña dejé que mi hijo comenzara un nuevo viaje, sin zapatos.

Dicen que perder un hijo es lo más terrible que existe. Yo no lo hubiera podido imaginar.

Entonces, inspiro

y espiro,

y en ciertos momentos puedo sentirlo en el viento,

escucharlo en los árboles,

y en esos momentos,

si me miras a los ojos

verás el amor de Brian

reflejado en mí.



Barbara Sample es presidenta de la Federación de Familias para la Salud Mental de los Niños (*Federation of Families for Children's Mental Health*) y madre de cuatro niños. Vive en Montana y es fundadora y directora de la Red de Apoyo Familiar de Montana (*Montana Family Support Network*), órgano de la mencionada Federación en el estado de Montana. Se ha graduado de licenciada en educación especial.

Mensaje de nuestra presidenta, Barbara Sample

Barbara Sample

Trauma. Podría suponerse que una palabra aislada no tiene mucho poder en sí misma, pero ésta lo tiene. Trauma es, para todos nosotros, una poderosa palabra utilizada en diversas circunstancias, no precisamente buenas. Para los padres de niños con trastornos emocionales, esa palabra tiene una imperiosa presencia cotidiana. Imaginemos por un momento el efecto exponencial de este término cuando, además de sufrir un trastorno mental, nuestro hijo ha padecido el trauma causado por el abuso sexual o la violencia familiar. La irrupción del trauma puede desquiciar a la familia, acabar con el único refugio seguro que el niño conoce y destrozarles el alma a los padres.

La Federación de Familias para la Salud Mental de los Niños ha querido presentar este número de su boletín a sus miembros y amigos para abrir el debate sobre los efectos del trauma en nuestros niños y entablar con padres y profesionales una discusión mano a

mano. Con excesiva frecuencia, la respuesta al trauma pasa por la culpa, y mientras los protagonistas se adjudican culpas y responsabilidades, el niño es dejado momentáneamente de lado (aunque nadie quiera admitir que esto es lo que sucede).

Estas palabras nuestras piden un cambio de actitud. Como padres de niños que han experimentado problemas de salud mental y traumas, quisiéramos iniciar un diálogo con la comunidad profesional; nuestra intención es hacerlo con el compromiso de encarar, en primer lugar, las necesidades de nuestros niños. Reconozcamos la necesidad de investigar sobre los mejores servicios y respuestas para estos niños. Sumemos nuestras energías para lograr mejores resultados.

¿No es ésa, acaso, la forma de actuar de un padre o madre: tratar de lograr los mejores resultados para cada uno de sus hijos? ♦

Del editor de este número especial

Traumas. Para muchos de nosotros la vida parece estar colmada de traumas. ¿Qué efectos tiene esto, a largo plazo, en nuestros niños y familias? ¿Cómo podemos proteger a nuestros niños de esos efectos? La Federación de Familias para la Salud Mental de los Niños (*Federation of Families for Children's Men-*

tal Health) se complace en ofrecer este número especial de *Claiming Children* (Niños que reclaman atención), centrado en los traumas. En los artículos reunidos a tal fin están representadas diversas voces y perspectivas. Se han incluido diferentes definiciones del

continúa en la página 5



Capa Tras Capa

viene de la página 3

preparados para manejar esta situación. Lentamente, a medida que el organismo se iba liberando de las drogas, la psicosis fue cediendo. Llevamos a mi hijo a casa y comenzó el proceso de sanación.

¿Cómo se cura uno de un trauma? No tengo una respuesta en particular que sea definitiva. Hago todo lo que puedo para contribuir a mi propia sanación y la de otros. A veces, esto se traduce en trabajar para producir cambios en el sistema con el objeto de prevenir que a otros les suceda lo mismo que a mí. El acceso a los servicios asistenciales no debería requerir un esfuerzo tan descomunal. La posibilidad de incorporarse a la cultura no debería implicar pedidos ni súplicas, sino estar ya integrada al sistema y disponible.

En ocasiones, mi sanación consiste en sentarme en una montaña en mi tierra natal y permitir que el espíritu del lago se apodere de mi angustia, el espíritu de la lluvia se lleve mi dolor y el espíritu de la playa me enseñe algo más sobre el flujo y reflujo de las mareas.

La sanación es un proceso continuo. He aprendido que si bien mi gente nunca estará libre de situaciones de crisis, podemos aprender a movernos en la vida de modo de hacer honor a nuestra experiencia, llevando con nosotros lo que necesitamos para seguir adelante y desprendiéndonos de lo que debemos dejar en el camino.

Los traumas aparecen capa tras capa; nosotros aprendemos a sanar capa tras capa. ♦

“La posibilidad de incorporarse a la cultura no debería implicar pedidos ni súplicas, sino estar ya integrada al sistema y disponible.”

Del editor de este número especial

viene de la página 4

trauma y varias recomendaciones para el cuidado de los niños y la familia. El lector encontrará puntos de vista clínicos, experiencias familiares e información práctica. Sobre todo, esperamos que lo que aquí publicamos le sea de utilidad.

Este número especial de *Claiming Children* ha sido realizado con el apoyo de la Red Nacional para el Estrés Traumático en el Niño (*National Child Traumatic Stress Network, NCTSN*). Esta Red, que trabaja en favor del mejoramiento de los servicios asistenciales para niños afectados por

situaciones traumáticas, sus familias y comunidades, incluye más de cincuenta centros universitarios y comunitarios en todo el país. Cuenta con el apoyo financiero del Centro de Servicios de Salud Mental perteneciente a la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*). ♦

Shannon CrossBear
Miembro familiar
Nación Ojibwe del Lago Superior



El doctor Robert P. Franks es psicólogo de niños, especializado en el tratamiento del estrés traumático. Además, es director del Centro Nacional de Información para el Estrés Traumático en el Niño (National Resource Center for Child Traumatic Stress), entidad que colabora con el Centro Nacional para el Estrés Traumático en el Niño (National Center for Child Traumatic Stress) y con la Red Nacional para el Estrés Traumático en el Niño (National Child Traumatic Stress Network).

¿Qué es el estrés traumático en el niño?

Robert P. Franks

¿Qué es el estrés traumático en el niño, cómo se desarrolla y cuáles son los síntomas? Para responder a estas preguntas, primero debemos entender qué es el trauma.

Desde el punto de vista psicológico, el trauma aparece en un niño o niña cuando se enfrenta a un suceso grave que amenaza o daña su bienestar emocional y físico.

El trauma puede surgir como consecuencia de la exposición a una catástrofe natural, como un huracán o una inundación, o a sucesos tales como la guerra o el terrorismo. También puede ser traumático el hecho de presenciar un acto de violencia o ser víctima de él, recibir lesiones graves o ser sometido a abuso físico o sexual. Los accidentes y algunos procedimientos médicos pueden, asimismo, provocar un trauma. Lamentablemente, casi uno de cada cuatro niños pasa por una experiencia traumática antes de cumplir los dieciséis años.

Cuando los niños experimentan una situación traumática presentan reacciones de orden fisiológico y psicológico. Pueden sufrir un incremento del ritmo cardíaco, comenzar a transpirar, sentirse agitados e hiperexcitados, sentir náuseas o nerviosismo y padecer alteraciones emocionales. Estas reacciones son angustiantes, aunque normales; se trata de la manera en que nuestro cuerpo nos protege y prepara para afrontar el peligro. Sin embargo, algunos niños que han experimentado sucesos traumáticos podrán presentar reacciones más

prolongadas, que interferirán con su salud física y emocional.

Los niños que sufren estrés traumático son aquellos que han estado expuestos a uno o más traumas en el curso de su vida y desarrollan reacciones que perduran y afectan su vida cotidiana aun después de que los sucesos traumáticos han quedado atrás. Las reacciones traumáticas pueden incluir efectos variados; entre ellos, alteración emocional profunda y persistente, síntomas de depresión, ansiedad, cambios en el comportamiento, dificultades en la atención, problemas de aprendizaje, pesadillas, síntomas físicos tales como problemas con el sueño y la alimentación, y dolores de diversa índole. Los niños que sufren de estrés traumático presentan a menudo estos tipos de síntomas cuando de alguna manera rememoran el suceso traumático. Si bien cada tanto muchos de nosotros podemos experimentar reacciones como éstas, cuando un niño sufre estrés traumático ellas interfieren en su vida cotidiana y en su capacidad para funcionar e interactuar con otros.

Algunos de estos niños pueden desarrollar síntomas persistentes a los que se diagnostique como trastorno por estrés postraumático (*post-traumatic stress disorder*, PTSD). Cuando hablamos de estrés traumático en el niño nos referimos al estrés sufrido por cualquier niño o niña que ha tenido una experiencia traumática y tiene dificultades para llevar adelante su vida. Cuando hablamos de trastorno por estrés postraumático, nos referimos a

continúa en la página 7



¿Qué es el estrés traumático en el niño?

viene de la página 6

una perturbación definida por la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (*American Psychiatric Association*) que se caracteriza por la presencia de síntomas específicos: más de un mes después de la experiencia original, el niño continúa reviviendo el suceso en sus pesadillas, en *flashbacks* (imágenes mentales vívidas y recurrentes del hecho traumático experimentado) u otros síntomas; presenta asimismo los llamados síntomas de negación y de entumecimiento emocional –no quiere pensar acerca del hecho, tiene problemas para memorizar, o se siente como anestesiado con respecto a los sucesos acontecidos– o de excitación, como aumento de la irritabilidad y dificultades para conciliar el sueño, entre otros. Todos los niños a los que se les diagnostica trastorno por estrés postraumático sufren estrés traumático, pero no todos los que sufren estrés traumático presentan la totalidad de los síntomas que corresponden al trastorno por estrés postraumático.

Además, no todos los niños que experimenten un suceso traumático desarrollarán los síntomas de estrés traumático. El hecho de que los desarrolle o no dependerá de una serie de factores; entre ellos, sus antecedentes de exposición a sucesos traumáticos, ya que los niños que ya han sufrido traumas con anterioridad tienen mayor propensión a desarrollar tales síntomas luego de un suceso reciente. También tienen que ver su fortaleza o debilidad mental y emocional, así como el apoyo con que cuenten en su hogar y fuera de él. En algunas ocasiones, de dos niños

que se encuentran en una misma situación, uno presentará dificultades y el otro no. Cada niño es un individuo único, y no es aconsejable hacer suposiciones generalizadas acerca de si experimentarán problemas o no luego de un suceso traumático.

Los niños que padecen estrés traumático están expuestos a una serie de consecuencias potenciales. Además de los síntomas enumerados anteriormente, un suceso de ese tipo puede tener un efecto directo en el desarrollo intelectual y corporal de los niños. El estrés traumático puede interferir con su capacidad para la concentración, el estudio y el rendimiento en la escuela. Puede modificar la manera en que vean el mundo y su futuro, y generarles problemas laborales el día de mañana. También puede ocasionar un gran daño a la familia.

La forma en que aparece el estrés traumático varía de uno a otro niño y depende de su edad y nivel de desarrollo. Para entender mejor cómo aparece el estrés traumático en las diferentes etapas del desarrollo del niño, consúltese el artículo adjunto titulado “Diferentes reacciones frente a un suceso traumático según la edad”.

La buena noticia es que en la última década la comunidad de la salud mental desarrolló tratamientos que pueden ayudar a los niños que padecen estrés traumático. Para conocer más datos al respecto, consúltese el artículo “Tratamientos eficaces para el trauma

continúa en la página 10

“Además, no todos los niños que experimenten un suceso traumático desarrollarán los síntomas de estrés traumático.”



La doctora Lisa Amaya-Jackson es psiquiatra infantil; sus investigaciones y trabajos clínicos se relacionan con la evaluación y tratamiento de niños y familias expuestos a la violencia y otros sucesos traumáticos. Es directora asociada del Centro Nacional para el Estrés Traumático en el Niño (National Center for Child Traumatic Stress).

La doctora Charlene A. Allred es enfermera matriculada especializada en la difusión de los tratamientos centrados en el trauma para niños y familias; también es directora de los Cursos de Aprendizaje a partir de la Investigación y la Práctica (Learning from Research and Practice Core) del Centro Nacional para el Estrés Traumático en el Niño.

Tratamientos eficaces para el trauma en los jóvenes

Lisa Amaya-Jackson y Charlene Allred

Ocuparse de la experiencia traumática de un niño es desconcertante y estresante tanto para los padres como para el niño. Prudentemente, ellos buscan ayuda, pero esa búsqueda puede sumirlos en la confusión. ¿Cómo saben los padres si un determinado tratamiento propuesto tiene posibilidades de ser exitoso? ¿Su niño realmente necesita hablar de la experiencia traumática tanto como aseguran algunos expertos?

Durante varios años, los médicos clínicos han ayudado a los niños con tratamientos ampliamente aplicados y aceptados por los profesionales de la salud mental, pero sólo en los últimos tiempos se han hecho pruebas científicas con algunos de ellos para verificar su grado de eficacia. Ahora sabemos que hay tratamientos para el trauma que son adecuados desde el punto de vista clínico y verdaderamente útiles para los niños y adolescentes.

Terapias cognitivo-conductuales

Varios estudios han demostrado la eficacia de algunos tratamientos para el estrés traumático basados en los que los psicólogos denominan enfoques “cognitivo-conductuales”. Estos enfoques incluyen los siguientes aspectos:

- Enseñar a los niños técnicas de manejo del estrés y de relajación para ayudarlos a sobrellevar la aparición de sentimientos y sensaciones físicas desagradables relacionados con el trauma.
- Utilizar lo que los terapeutas

denominan “estrategias de exposición”, que consisten en hablar sobre el suceso traumático y los sentimientos vinculados a él a un ritmo tal que no provoque angustia al niño.

- Crear una “narración” o relato coherente de lo sucedido. A veces, no es fácil para el niño ser capaz de relatar el suceso traumático, pero cuando está listo para ello, la narración le permite dominar sentimientos dolorosos sobre lo ocurrido y resolver los efectos nocivos que el hecho ha tenido en su vida.
- Corregir ideas erróneas o distorsionadas sobre lo ocurrido y los motivos por los cuales sucedió. A veces los niños piensan que la causa del trauma fue algo que ellos hicieron o no hicieron, o que si hubieran actuado de determinada manera la experiencia traumática se habría resuelto de manera diferente. Rara vez esto es así, y darle a la historia el marco correcto ayuda al niño o niña a dejar de prolongar el estrés traumático autoculpándose por lo acontecido.
- Modificar las ideas equivocadas y malsanas provocadas por el trauma. En ocasiones, los niños necesitan ayuda para superar ideas tales como “Si él me hizo esto tan malo, debe de ser porque soy malo” o “Los chicos como yo nunca pueden volver a tener una vida normal”.

continúa en la página 9



Tratamientos eficaces para el trauma en los jóvenes

viene de la página 8

- Hacer participar a los padres. Nadie tiene más influencia en la vida de un niño que un padre o una madre. Ellos pueden desempeñar un papel fundamental en el tratamiento, a veces interviniendo junto con el terapeuta y ayudando al niño a que “practique” en casa las nuevas estrategias terapéuticas. Para desarrollar un tratamiento y ponerlo en práctica, los terapeutas necesitan la valiosa información que los padres tienen sobre el niño. Y, lo que es más importante, los padres pueden crear un entorno estable, duradero y cariñoso en el que el niño reaprenda que no hay ningún motivo para que una experiencia traumática domine la vida.

¿Ayuda la medicación?

Debido a que la gente responde al estrés tanto en el plano biológico como en el psicológico, a veces se prescriben medicamentos para ayudar a mitigar síntomas tales como pesadillas, dificultades para dormir y angustia. Es importante que los padres sepan que las investigaciones sobre el uso de esos medicamentos en gente joven no están tan avanzadas como las que se hacen en relación con su uso en adultos. Los medicamentos pueden ser útiles para el tratamiento de síntomas específicos, pero no existe un tratamiento definitivo con medicamentos que “cure” el estrés traumático en los niños.

¿Ayuda el hecho de hablar con otros?

Algunos padres, cuando buscan ayuda para su hijo, afirman: “Mi hijo necesita alguien con quien poder hablar de lo sucedido”; otros, en cambio, suelen preguntar: “¿Es realmente necesario

hablar sobre la experiencia? ¿No sería mejor que usted ayudara al niño a olvidarla, en lugar de remover lo ocurrido?”

El tratamiento de cada niño depende de la naturaleza del trauma, de la oportunidad en que éste se produjo y del grado de exposición a él. Algunos niños tal vez no estén preparados para hablar sobre el trauma inmediatamente, y los terapeutas deben avanzar a un ritmo que el niño sea capaz de tolerar. Sin embargo, en los tratamientos estudiados científicamente y de eficacia comprobada se puso de manifiesto que el hecho de hablar sobre el trauma con un terapeuta hábil había sido un componente importantísimo. En realidad, algunos estudios realizados con víctimas de violaciones demostraron que aprender a contar la historia del trauma es una parte fundamental del tratamiento, y que la manera en que el paciente organiza el relato y el grado de su compromiso emocional al contarlo son, a menudo, claros indicadores del éxito del tratamiento.

Cuando el trauma se combina con otros problemas

Para algunos niños, la experiencia de un suceso traumático específico, como un acto de violencia comunitaria o familiar, abuso o negligencia, se combina tristemente con otras situaciones adversas, tanto en el plano social como psicológico. Al ocuparse de un trauma, el terapeuta y las entidades comunitarias relacionadas con la vida del niño deben considerar la existencia de factores tales como depresión,

continúa en la página 10

“El tratamiento de cada niño depende de la naturaleza del trauma, de la oportunidad en que éste se produjo y del grado de exposición a él. Algunos niños tal vez no estén preparados para hablar sobre el trauma inmediatamente, y los terapeutas deben avanzar a un ritmo que el niño sea capaz de tolerar. Sin embargo, en los tratamientos estudiados científicamente y de eficacia comprobada se puso de manifiesto que el hecho de hablar sobre el trauma con un terapeuta hábil había sido un componente importantísimo.”



“Muchos niños y jóvenes –en especial, los adolescentes– que conviven con situaciones adversas tienen problemas para ordenar sus emociones, lo cual dificulta el comienzo de la terapia para el trauma.”

Tratamientos eficaces para el trauma en los jóvenes

viene de la página 9

sufrimiento emocional, problemas de conducta y de aprendizaje, pobreza o consumo de sustancias tóxicas.

Muchos niños y jóvenes –en especial, los adolescentes– que conviven con situaciones adversas tienen problemas para ordenar sus emociones, lo cual dificulta el comienzo de la terapia para el trauma. A muchos de estos jóvenes les resulta eficaz la terapia, individual o en grupo, que los psicólogos denominan “terapia dialéctica de la conducta”; esta clase de terapia ha sido pensada para ayudar a los jóvenes a aprender a manejarse eficientemente con sus propios sentimientos y hacer elecciones más acertadas con respecto a su conducta. Numerosos estudios han demostrado que resulta eficaz y puede ser empleada como un útil elemento previo al tratamiento cognitivo-conductual descrito anteriormente.

También se ha demostrado que las intervenciones adaptadas a cada individuo, con la participación de las familias y que tienen lugar en comunidades en lugar de lugares aislados, son eficaces en los casos de niños y familias que sufren exposición permanente al trauma y al estrés. Estas intervenciones pueden incluir servicios

de administración del caso y servicios intensivos en el domicilio; ellas integran un sistema de cuidado o de contención general utilizado por los centros locales de salud mental y otros organismos que coordinan los servicios comunitarios destinados a los niños.

Referencias bibliográficas y lecturas complementarias

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (1998). “Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(9), 997-1001.

Deblinger, E. y Heflin, A.H. (1996). *Treatment for sexually abused children and their non-offending parents: A cognitive-behavioral approach*, Thousand Oaks, CA: Sage.

Donnelly, C., Amaya-Jackson, L. y March, J. (1999) “Psychopharmacology of pediatric posttraumatic stress disorder”, *Journal of Child Adolescent Psychopharmacology*, 9:203-220.

Saunders, B.E. y Hanson, R.F. (eds). (2002) *Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment*, Charleston, SC: edición de los autores. ♦

¿Qué es el estrés traumático en el niño?

viene de la página 7

en menores”. Si se necesita información sobre cómo auxiliar a los hijos, se encontrarán sugerencias en “Consejos prácticos para encontrar ayuda: recomendaciones del NCTSN”. Es importante buscar la ayuda de alguien experimentado en el trabajo con niños y que sepa cómo acceder a los recursos que brinda la comunidad a la que se pertenece.

Aunque no todos los niños padecerán estrés traumático, es poco probable que alguien sea totalmente inmune a la exposición al trauma. Para conocer algo más sobre el estrés traumático, visítense el sitio web del Centro Nacional para el Estrés Traumático en el Niño (*National Center for Child Traumatic Stress*) en la siguiente dirección: www.nctsn.org. ♦



La importancia de una comunidad

Carolyn Nava, según el relato de Delilah Ramirez

Mi madre no me podía cuidar; no sabía cómo ocuparse de una niña enferma y no disponía de ayuda. Mi caso fue diferente del de mi hermano, Daniel; era un año menor y estaba sano. Ella se sentía agobiada por mis necesidades y su escape era el alcohol. Me decía que lo necesitaba “para calmar los nervios”. La situación se descontroló por completo y debí ser trasladada desde Montana hasta un hospital en Denver, Colorado, en el que había especialistas en niños con problemas renales. Mi madre no tenía dinero para viajar tan lejos. Más adelante, un amigo la llevó a Denver. Mi hermano y yo viviríamos allí con ella para que yo pudiera recibir tratamiento. Pero comenzó a beber cada vez más. Un día, la persona que me trasladaba me encontró escondida debajo de la cama; en el hospital, la enfermera vio que tenía algunos signos de haber sido golpeada y llamó a la asistencia social. Yo sabía que mi madre estaba en problemas y que yo era la causante. Perder a mi madre fue terrible, pero la pérdida de mi hermano fue la más importante de mi vida. Yo tenía cuatro años.

Ahora tengo 27 años y vivo con mi pareja en una pequeña casa de un barrio hispano, en donde nos sentimos a gusto. De vez en cuando visito a mi mamá y mis hermanos en Wyoming. Tengo cuatro hermanos por parte de mi familia biológica; mamá sigue necesitando ayuda y todavía no la tiene. No he conocido a mi padre y cada uno de mis hermanos tiene un padre diferente. El padre de Daniel se suicidó. Ahora sé lo que es sentirse marginado. Lo sé porque lo he sentido, igual que mi madre. Ella

se sentía aterrada por mi situación y cuando yo estaba bajo custodia en un hogar de crianza, supe que Nana, mi primera madre sustituta, también estaba atemorizada. Era una mujer afroamericana adorable pero estaba muy asustada por mí. Cuando los otros niños que estaban bajo su custodia y sus nietos jugaban de manera brusca, yo debía quedarme sentada en la galería y mirarlos. Nana me decía que si jugaba con ellos, sufriría una peritonitis y me tendrían que llevar al hospital. Cada día me enfermaba más físicamente. Carecía de voluntad y la depresión me abatía. Cada día que pasaba la depresión era más profunda. Dejé de comer y bajé de peso.

Un día Nana me dijo que Carolyn quería llevarme a vivir con ella. Nana tenía diabetes y su enfermedad empeoraba. Me sentí más atemorizada; no quería mudarme. Carolyn vivía sola. Yo la conocía porque trabajaba en el hospital psiquiátrico de día en el que yo estaba. Sus hijos eran adultos y yo no iba a tener amigos. Eso era lo que yo suponía. Estaba equivocada.

Comenzaría a aprender a vivir en una comunidad. Carolyn y sus amigos crearon una comunidad a la que llamábamos Golden Buckets; ella iba a los hospitales de Denver a buscar niños que, como yo, necesitaban aparatos para poder vivir. En esa comunidad a la que llamaron Golden Buckets, por primera vez en mi vida yo no era diferente de los demás. Algunos chicos tenían enfermedades mentales que nadie notaba, otros

continúa en la página 12

Carolyn Nava, consejera sénior de la Federación de Familias para la Salud Mental de los Niños (Federation of Families for Children's Mental Health) y la Asociación de Asistencia Técnica (Technical Assistance Partnership) es hija, madre y abuela con experiencia en problemas familiares intergeneracionales relacionados con la salud mental. Delilah Ramirez, de 27 años, es sobreviviente del sistema de asistencia social para niños y otros traumas. En este artículo se relata parte de su historia. Vive en Denver, Colorado.



La importancia de una comunidad

viene de la página 11

“Comenzaría a aprender a vivir en una comunidad. Carolyn y sus amigos crearon una comunidad a la que llamábamos Golden Buckets; ella iba a los hospitales de Denver a buscar niños que, como yo, necesitaban aparatos para poder vivir. En esa comunidad a la que llamaron Golden Buckets, por primera vez en mi vida yo no era diferente de los demás.”

necesitaban un respirador artificial. Yo necesitaba un aparato para diálisis. Por primera vez en mi vida nadie se burlaba de mí. Antes, lo hacían permanentemente, y aún hoy me pongo muy sensible si eso ocurre. Para mí significó un gran alivio saber que había

otros chicos que eran como yo. Deseaba que mi familia estuviera conmigo en la comunidad. Mi madre ocultaba todo: su bebida, mi enfermedad, los hombres con los que se juntaba todo el tiempo. En la

generación de ella, los chicos no eran escuchados. Debíamos estar siempre quietos. Nosotros éramos pobres, tanto que mi madre debió recurrir a Medicaid para salvarme la vida. Mi primer hogar fuera de aquél fue el hospital en el que llegué a permanecer dos años.

Carolyn puso punto final a esa situación. Cuando llegué a ella, yo estaba enojada, triste, deprimida y confundida. No sabía qué me iba a suceder. Ella me preguntó: “¿Qué quieres para tu vida?” Al principio grité una y otra vez con furia, pero ella no se inmutó. Tuve un nuevo aparato y ella aprendió a ponerlo en funcionamiento. Me hicieron 27 operaciones y ella no bebía alcohol para emborracharse. Cuando cumplí los 13 años, me dijo: “Ahora aprenderás a cuidarte a ti misma. Vas a tomar tu

aparato, lo pondrás en funcionamiento y lo conectarás a ti sin mi ayuda”. Le aseguré que no podría hacerlo y me contestó: “Me dijiste que querías ser una persona normal. Bien, pruébalo. Ya eres adolescente. Compórtate como tal”.



Años más tarde, cuando yo tenía 25 años, Carolyn, que había pasado a ser mi mamá, otra vez me obligó, por más que yo gritara, a ser adulta. Se había mudado a la ciudad de Washington, pero cada vez

que la necesitaba no tenía más que llamarla por teléfono. Me iban a operar de nuevo y voló a Denver. La primera noche que pasé en rehabilitación se puso de pie y me dijo que se iría al hotel a pasar la noche. La miré fijamente. Siempre había pasado las noches conmigo en el hospital; nunca me había dejado sola. Pensé: “No podré hacer esto”. Sentía que no tenía los conocimientos necesarios para obtener lo que necesitaba. Les aseguro que me sorprendió mucho lo que ocurrió. Lo logré. Hice las preguntas que le había escuchado hacer a ella.

“¿Qué es este medicamento? ¿Por qué lo tengo que tomar? ¿Qué efecto causa?”

Si no entendía algo, decía lo que pensaba

continúa en la página 13



La importancia de una comunidad

viene de la página 13

y luego preguntaba: “¿Entendí bien?”. El personal contestaba: “Sí, así es”.

Cuando volvió a la mañana siguiente para visitarme yo estaba muy enojada, pero ella sabía que había llegado el momento. Me quejé; ella me dijo que yo ya era una mujer y que hacía muchos años le había confesado que lo que más deseaba era vivir como mi hermano y mi hermana, tener una pareja y vivir en mi casa. Me aseguró que yo había dado el primer paso hacia el logro de lo que quería: ser independiente.

Cuando me pidieron que escribiera este artículo, mi mamá me preguntó cómo es vivir pensando en el momento en que uno se va a morir.

No pienso más en eso. Me cuido a mí misma. Si creo que algo es incorrecto, pregunto. Vivo mi vida día a día, doy un paso por vez. He recorrido todo este camino. Estuve por morir a los cinco años. Sé que Dios tenía un plan para mí. Tengo amigos; entre ellos, Ángela. Ella no tiene una familia y a veces es maleducada y agresiva con otras personas, pero cuando está conmigo y con mi pareja es respetuosa. Como no tiene dinero para hacer terapia, hablamos. Soy un desahogo para ella, le digo que las cosas van a salir bien. Cuando mi terapeuta me pregunta cómo van mis cosas, me siento tranquila. Sé que soy afortunada. Mucha gente que se encuentra en tratamiento por diálisis se siente muy mal todo el tiempo. Mi terapeuta me pide que hable con ellos porque he estado haciendo el mismo tratamiento desde hace mucho y me siento optimista. Estoy agradecida a

estos amigos y a todo lo que aprendí sobre mi situación. Aprendí lo suficiente como para poder estar sana.

De vez en cuando mi compañero y yo visitamos a mi mamá biológica y mis hermanos en Wyoming. A veces me peleo con ella por lo que ocurrió cuando yo era niña. Todavía bebe. Para mí ha sido muy difícil aceptar su enfermedad mental. Todavía necesita ayuda y no la tiene.

Lo más importante que me ha sucedido es mi mamá y Golden Buckets. La autoestima que adquirí me ha hecho sentir bien conmigo misma y estar agradecida por todo lo que tengo. Eso me permitió pensar que podía ayudar a otros chicos y, al hacerlo, aprendí cómo ayudarme a mí misma. Y créanme que el trauma también me ha ayudado. Me ha ayudado a vivir mi vida con más cuidado. El trauma hace que los problemas cotidianos me parezcan un poco más pequeños. Ahora veo mis operaciones sólo como una molestia en lugar de una amenaza para mi vida. Son sólo un tratamiento para ayudarme a estar mejor. Cuando pienso en todo lo que progresé, me sorprende. Sé que cuando llegue el momento en que esté realmente enferma podré manejar la situación, al igual que quienes me rodean. Todo lo que sucede hoy es preparación para el futuro.

¿Qué es el trauma? Una posibilidad para hacer una pausa y sentarse en silencio. Desconectar el teléfono. Llorar. Luego, hacerse un té. Una posibilidad de tomar ciertas decisiones y encontrar soluciones. Hasta la próxima oportunidad en que suceda nuevamente. ¿Qué les parece? ♦

“¿Qué es el trauma? Una posibilidad para hacer una pausa y sentarse en silencio. Desconectar el teléfono. Llorar. Luego, hacerse un té. Una posibilidad de tomar ciertas decisiones y encontrar soluciones. Hasta la próxima oportunidad en que suceda nuevamente.”



Shari D. Morris es coordinadora de entrenamiento, asistencia técnica, márketing social y comunicaciones de Relaciones Comunitarias para Familias (*Community Connections for Families*) y de Asociaciones para la Transición de los Jóvenes (*Partnerships for Youth Transition*), dos proyectos de sistemas de atención financiados por la Administración de Servicios para Abuso de Sustancias y Salud Mental (*The Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA*), en el condado de

(continúa en la página 15)

Raza problemática

Shari D. Morris

Nota: Ésta es una versión resumida de un elocuente ensayo que puede ser leído en su totalidad en el sitio web de la Federación de Familias: www.ffcmh.org. El ensayo completo incluye estrategias dirigidas a adultos que interactúan con niños y jóvenes a fin de iniciar diálogos saludables relacionados con la “xenofobia”, o sea, el temor o la profunda aversión a lo que es diferente.

En Estados Unidos, a menudo, el racismo y la violencia traumatizan a los niños. El impacto sistémico de la injusticia social y sus previsibles consecuencias –la pobreza, la violencia familiar y comunitaria, así como la creciente brecha socioeconómica y cultural entre las personas– ponen en peligro a nuestra sociedad en su conjunto. Estos factores estresantes producen efectos significativos en diversas áreas del desarrollo de los niños y pueden afectar su comportamiento y bienestar.¹

El racismo está profundamente arraigado en la vida e historia del país, y todos los norteamericanos han sufrido sus consecuencias, aunque algunos más directamente que otros.

En una amplia muestra de 5.000 niños de familias inmigrantes asiáticas, latinoamericanas y caribeñas (Rumbaut, 1994), la percepción de sentirse discriminado fue vinculada con síntomas de depresión. Dos estudios recientes han demostrado que entre adultos de origen mexicano (Finch y otros, 2000) y entre asiáticos (Noh y otros, 1999), dicha percepción tenía una alta correlación con síntomas depresivos.

En resumen, los estudios indican claramente que el racismo y la discriminación son sucesos estresantes (ver también Clark y otros, 1999). El racismo y la discriminación afectan negativamente la salud física y mental y ponen a los grupos étnicos minoritarios en riesgo de sufrir trastornos mentales como depresión y ansiedad.²

Sin embargo, todos somos rotulados de acuerdo con la denominada clasificación racial. Estas clasificaciones nos son asignadas en el momento mismo de nacer. En lo personal, no recuerdo la primera vez que me llamaron “niña/mujer de color” o “negra”, pero los cambios paulatinos ocurridos en el curso de mi vida en cuanto a las palabras utilizadas para describir mi ascendencia africana no implicaron diferencia alguna respecto de cómo era y soy tratada fuera del entorno de mis amigos y familia. Esas palabras forman parte de la percepción que los otros tienen de mí, de la misma manera que “niña” o “mujer”. La inteligencia y belleza que supuestamente yo tuviera estaba determinada por esos rótulos, ya que el objetivo de esa clasificación era que yo supiera cuál era mi lugar en la escala jerárquica de la sociedad. A pesar de mis manifestaciones de protesta y de mi lucha en favor de que se reconocieran mis diferencias como individuo, a menudo mis intercambios sociales cotidianos se ven afectados por esta situación mía en la vida como persona de raza negra de ascendencia africana. Mi imposibilidad de modificar esta

continúa en la página 15



Raza problemática

viene de la página 14

situación mía en la vida hizo que experimentara cierto grado de frustración y resentimiento.

Yo no pude recurrir a la integración al medio o a estrategias de autopromoción para diferenciarme de lo que, según se suponía, yo debía ser; tampoco pude recurrir a mis virtudes o talentos, con los que pudiera mostrar que era una excepción y, por lo tanto, aceptable. Al igual que muchos afroamericanos, me acostumbé a emplear en mi vida cotidiana estrategias basadas en un concepto llamado raza, que es producto de una construcción social. Por lo menos, los niños de hoy tienen la fortuna de que el debate esté dirigido a eliminar la clasificación de algo que en realidad no existe. El término “afroamericano” refleja una herencia cultural pero no lo protege a uno de los preconceptos o de las experiencias de vida antes mencionadas. Las ingenuas ilusiones respecto de la denominada “armonía racial” son derribadas sistemáticamente por las experiencias vividas, presenciadas o relatadas.

Recuerdo mi propia ingenuidad, cuando habiendo sido criada en una escuela católica esperaba ser tratada como yo quería que lo hicieran los demás. En más de una ocasión fui sancionada por “comportarme como un varón” o “por bravuconear”. En una oportunidad una monja, que según se suponía debía ser mi orientadora, me dijo que yo estaba tratando de ser más de lo que era; pero resulté menos afectada que otros, ya que a la mayoría de los alumnos afroamericanos les había dicho que “no eran material apto para la universidad”.

Cuando ya fui mayor, en varias oportunidades me detuvo la policía mientras conducía mi auto. Esta situación es tan común que se le ha puesto un nombre: “*Driving While Black*” (Manejar siendo negro). La apelación ante los magistrados locales en busca de justicia a veces no produce otra cosa que mayor frustración. En cada experiencia de este tipo hablo cada vez con menos detalle sobre lo sucedido. Amargada y enojada, a veces no sé cómo abordar el tema, excepto con arranques de furia; presumo que la mayoría de quienes no comparten mis antecedentes o experiencias étnicas de discriminación no entenderán estos arranques míos o, peor aún, los justificarán y racionalizarán. Hago llamados telefónicos a larga distancia para hablar con mi madre y mi hermana y, según las circunstancias, con otros amigos y familiares. Ellos conforman mi equipo de contención cuando debo enfrentarme con estas cuestiones del racismo cotidiano. Quisiera dejar atrás estos episodios para seguir adelante, para comenzar a olvidar, pero no puedo. Cada vez necesito más tiempo para recobrar mi dignidad.

En gran parte de los sectores más ortodoxos de Estados Unidos todavía hay una tendencia a asociar el enojo expresado o reprimido de los afroamericanos con una conducta patológica e impulsiva, en lugar de verlo como un sentimiento o estado emocional justificado por las experiencias que hemos vivido. La ira y pasión de gente como yo, dolida por los casos de traumas debidos al racismo

continúa en la página 17

Allegheny, Pennsylvania. También es alumna del Programa de Ciencias de la Conducta y de Salud Comunitaria (*The Behavioral and Community Health Sciences Program*) perteneciente a la Escuela Superior de Salud Pública de la Universidad de Pittsburgh (*University of Pittsburgh's Graduate School of Public Health*). Su trabajo se centra en las diferencias que presentan los grupos étnicos minoritarios en materia de salud.



La trabajadora social Joyce Kennedy y el doctor Frank Bennett son la coordinadora clínica y el director de proyecto, respectivamente, del Centro de Salud Mental de Aurora (Aurora Mental Health Center), perteneciente a la Red Nacional para el Estrés Traumático en el Niño (National Child Traumatic Stress Network). Ellos han sido padres de crianza o adoptivos de niños con antecedentes traumáticos y atendieron, en su condición de terapeutas, a muchos otros.

Adopción y crianza de un niño que ha sufrido un trauma

Joyce Kennedy and Frank Bennett

Criar a un niño cambia la vida de uno, ya se trate de un hijo propio, adoptado o atendido a través del sistema de hogares de crianza. El cuidado de un niño que ha sufrido un trauma implica todo un desafío. Si bien no tenemos respuestas para todos los problemas que se presentan en cada familia, a continuación ofrecemos una serie de pautas que, en nuestra opinión, ayudarán a mejorar la calidad de vida de muchas familias que han emprendido este camino.

Lo prioritario es que el niño se sienta seguro

Debe brindársele al niño amor y seguridad de manera constante, y procurar que se sienta siempre seguro, cualquiera sea su conducta. En una oportunidad, el hijo de Joyce anunció que se iba a ir de la casa. Al ratito, ella apareció en el cuarto de él con una maleta y comenzó a empacar. Él la miró y le preguntó: “¿Qué estás haciendo?”. Ella le respondió: “Me voy a ir contigo”. Esta actitud inesperada le demostró que su madre estaba dispuesta a hacer lo que fuera necesario para que él se sintiera seguro, y no se fue.

Entender el punto de vista del niño

Puede ocurrir que los niños que han sido adoptados o entregados a una familia por medio del sistema de hogares de crianza, especialmente aquellos que han sufrido un trauma, no compartan con sus padres ciertos códigos básicos en otros niños. Quizá fueron trasladados de una

casa a otra, sufrieron abuso físico o sexual, o se les mintió tantas veces que ya no confían en los adultos. Pero, fundamentalmente, el trauma puede interferir en el aprendizaje del niño. Cuando una determinada situación les hace recordar un hecho traumático que han sufrido, esos niños pueden tornarse tan ansiosos que no les sea posible organizar su pensamiento, asimilar nueva información o tolerar una determinada situación para ver cómo evoluciona. Y es muy posible que no sean capaces de describir en palabras lo que les sucede.

Lo que sirve para otros niños no necesariamente puede servir para el suyo

En una ocasión, el hijo de Joyce le manifestó cuán importante era para él que no lo defraudara. Por otra parte, cuando la hija biológica de Frank tomaba clases de tenis, con frecuencia sus padres se olvidaban de ir a buscarla en el horario convenido; pero si bien eso les valió algunas actitudes de evidente disgusto de la niña —y los padres entendieron que lo tenían merecido—, la relación no se vio amenazada. Los niños que han sufrido un trauma no tienen la misma confianza de otros niños en la relación con sus padres, y si se los defrauda pueden llegar a sentir tal ansiedad que no distinguen un suceso simplemente molesto de otro capaz de poner en peligro su vida.

continúa en la página 17



Adopción y crianza de un niño que ha sufrido un trauma

viene de la página 16

Entender qué significa el castigo

Para los niños que mantienen un vínculo afectivo muy estrecho con sus padres, el hecho de que éstos puedan sentirse disgustados con ellos es probablemente el factor más importante para evitar una conducta inapropiada. Sin embargo, cuando un niño que ha sufrido un trauma ha sido adoptado, ese factor puede no existir. Tal vez los castigos corporales les hagan recordar situaciones de abuso y desencadenen su miedo y enojo. Si se los priva de sus permisos o privilegios, puede generarse una lucha sin fin por el poder.

En buena medida, el mal comportamiento de los niños traumatizados tiene que ver con la falta de autocontrol, la incapacidad de tranquilizarse por sí solos y la carencia

de estrategias de superación necesarias para desenvolverse en su vida cotidiana. Deberán enseñárseles estas aptitudes antes de que incurran en conductas que les causen problemas. Para estos niños, las reglas deben ser muy claras y congruentes. A medida que aumenta su sensación de seguridad y su capacidad para cuidarse a sí mismos, podrán volverse más flexibles; sin embargo, serán necesarias una gran paciencia y una práctica permanente antes de que un niño pueda sentirse seguro con su autocontrol.

Adecuar las expectativas

Es posible que un niño que ha sufrido un trauma sea incapaz de hacer lo mismo que otros niños o le lleve mucho

continúa en la página 18

“Entender qué significa el castigo.”

Challenging Race

viene de la página 15

que se repiten cotidianamente, son a veces fuente de fortaleza y una vía para canalizar un cambio productivo. El desafío consiste en eliminar, o por lo menos reducir, la cantidad de hechos que generan esta furia, especialmente entre los jóvenes.

(Footnotes)

¹ Foro público sobre color y trauma, realizado en el encuentro de otoño de 1977 de la Asociación Psicoanalítica Norteamericana (American Psychoanalytic Association) y auspiciado en conjunto con la Fundación Psicoanalítica Norteamericana (American Psychoanalytic Foundation).

La información fue extraída del temario para una presentación del foro en video, a cargo de los doctores Leon Hoffman y Sandra C. Walker, presidente y vicepresidenta del Comité de Información Pública de la Asociación Psicoanalítica Norteamericana.

² Capítulo 2 (“La cultura incide: la influencia de la cultura y la sociedad en la salud mental; enfermedad mental. Racismo, discriminación y salud mental”) del suplemento del informe emitido por el jefe del Servicio Federal de Sanidad y publicado en 1999 (Número de inventario SMA-01-3613). El título de dicho suplemento es “Salud mental: cultura, raza y etnia”. ♦



Adopción y crianza de un niño que ha sufrido un trauma

viene de la página 17

más tiempo aprenderlo. Un niño pequeño que había sido llevado a un nuevo hogar solía quedarse en un rincón de la habitación cuando veía caras que no conocía. Después de dos años de instrucción y práctica aprendió a dar la mano y a presentarse cuando se encontraba con gente que veía por primera vez. No se habría logrado introducir este cambio sin una relación afectuosa y enorme paciencia.

Obtener ayuda

Criar niños con antecedentes de traumas es una tarea ardua. Uno puede hacerlo solo, pero no es lo recomendable. La ayuda puede provenir de grupos de apoyo, de un terapeuta, de los familiares, amigos y colegas, de la lectura de libros y otros materiales, o de una combinación de todos estos elementos. Si los padres dedican un tiempo a hablar con otros padres que han pasado por experiencias similares, se darán cuenta de que no están solos en esta tarea.

A veces, otros niños de la familia se ven cometidos a tensiones y puestos a prueba por la conducta de un hermano o hermana. Necesitarán contención y ayuda; puede ocurrir que se resistan a concurrir a una terapia, pero hay que insistir. De alguna manera deben comprender lo que le sucede a su hermano y lo que puede lograr la familia si trabaja en conjunto.

Saber que uno no hará todo a la perfección

Uno nunca podrá seguir todos los valiosos consejos que recibe. No hay

duda de que más de una vez perderá los estribos o hará cosas de las que más tarde se podrá arrepentir. En esos casos lo mejor es relajarse, perdonarse y prepararse para enfrentar en forma positiva cada nuevo día.

No darse por vencido jamás

Tal vez los niños que han sufrido un trauma no hagan las cosas en el tiempo que uno imaginó. Quizá demoren más que otros en finalizar la escuela, encontrar trabajo, entablar buenas relaciones con la familia y amigos y aprender a adaptarse a las expectativas de la sociedad. Cuando el hijo de Frank tenía 21 años, dormía en la calle y estaba sumamente involucrado en el consumo de alcohol y drogas. Cuatro años después, llevaba tres años en el mismo trabajo, tenía un auto propio y pagaba el alquiler puntualmente. Nunca se sabe en qué momento dará frutos el amor y la atención que se brindan a un niño.

Lecturas complementarias

Los siguientes libros nos han resultado útiles:

Delaney, Richard (2003) *Small feats: Unsung accomplishments & everyday heroics of foster and adoptive parents*. Oklahoma City, Oklahoma: Wood 'N' Barnes.

Loux, Ann Kimble (1997) *The limits of hope: An adoptive mother's story*. Charlottesville, Virginia: University of Virginia Press. ♦

“No darse por vencido jamás.”



Diferentes reacciones frente a un suceso traumático según la edad

Alessia de Paola Gottlieb

Uno de los objetivos primordiales de la crianza es ayudar a los niños a crecer y desarrollarse para que puedan alcanzar su plena realización. Los padres hacen todo lo posible por proteger a sus hijos del peligro. Sin embargo, a veces se presentan situaciones de peligro grave, producto de acciones humanas unas – un tiroteo en la escuela o violencia familiar– o de origen natural otras – inundación o terremoto–. Cuando el suceso implica riesgo de vida o de daño importante, pasa a ser potencialmente traumático para los niños.

Si los padres, las comunidades y las escuelas entienden cómo los niños viven el suceso traumático y de qué manera expresan su persistente angustia por la experiencia sufrida, podrán responder a sus requerimientos y ayudarlos a transitar esta etapa tan dificultosa. El propósito es que la vida de los niños y sus familias recupere el equilibrio.

Cómo pueden reaccionar los niños

La manera en que los niños experimentan los sucesos traumáticos y en que manifiestan su persistente angustia depende, en gran medida, de su edad y grado de desarrollo.

Los niños en edad preescolar y en los primeros años escolares expuestos a un suceso traumático pueden experimentar sentimientos de indefensión, incertidumbre sobre si el peligro continuará, temor general –que va más allá del suceso traumático en sí mismo

y avanza sobre otros aspectos de su vida–, y dificultad para describir con palabras qué los preocupa o qué sienten en el plano emocional.

Este sentimiento de indefensión y de angustia a menudo se manifiesta con la pérdida de capacidades evolutivas ya adquiridas. Los niños que sufren experiencias traumáticas pueden tener problemas para conciliar el sueño o no querer separarse de sus padres cuando van a la escuela. Aquellos que antes del suceso traumático jugaban en el jardín de la casa, luego de una experiencia de esa índole pueden no estar dispuestos a hacerlo sin la presencia de algún familiar. A menudo pierden la capacidad de hablar y el control de esfínteres, tienen pesadillas, terrores nocturnos o miedo de ir a dormir. En muchos casos, recurren al “juego traumático”, una forma de juego repetitiva y poco imaginativa, con la cual dirigen su atención al suceso traumático una y otra vez o intentan modificar las consecuencias negativas que ha provocado.

Para los niños en edad escolar, una experiencia traumática puede dar lugar a sentimientos de constante preocupación sobre su seguridad y la de otros, en la escuela o en el entorno familiar. A estos niños puede llegar a obsesionarlos su forma de actuar durante el suceso. Con frecuencia sienten culpa o vergüenza sobre lo que hicieron

continúa en la página 20

La doctora Alessia de Paola Gottlieb es psiquiatra infantojuvenil; desempeña el cargo de directora médica asociada del Servicio de Traumas Psiquiátricos de Niños de la Universidad de California (UCLA Child Psychiatry Trauma Service) y es miembro del Centro Nacional para el Estrés Traumático en el Niño (National Center for Child Traumatic Stress) y de la Red Nacional para el Estrés Traumático en el Niño (National Child Traumatic Stress Network).



Diferentes reacciones frente a un suceso traumático según la edad

viene de la página 19

“Los adolescentes expuestos a sucesos traumáticos se sienten cohibidos por su reacción emocional frente a los hechos. Sus sentimientos de miedo y vulnerabilidad, así como el temor de ser tildados de “anormales” o de ser diferentes de sus compañeros pueden hacer que se alejen de su familia y amigos.”

o dejaron de hacer mientras transcurría el hecho. Es probable que narren el suceso traumático en forma reiterada y que se sientan sobrepasados por el miedo o la tristeza.

Una experiencia traumática también puede llegar a comprometer las tareas evolutivas propias de los escolares. Quizá tengan trastornos relacionados con el sueño, incluyendo dificultad para dormirse, temor a dormir solos o pesadillas frecuentes. Es habitual que los maestros mencionen que esos niños presentan mayores dificultades que antes para concentrarse y aprender cuando están en la escuela. Posiblemente, luego de un suceso traumático, los niños de esta edad se quejarán de dolor de cabeza y de estómago sin motivo aparente y algunos de ellos se comportarán de manera inusualmente atolondrada o agresiva.

Los adolescentes expuestos a sucesos traumáticos se sienten cohibidos por su reacción emocional frente a los hechos. Sus sentimientos de miedo y vulnerabilidad, así como el temor de ser tildados de “anormales” o de ser diferentes de sus compañeros pueden hacer que se alejen de su familia y amigos. A menudo sienten vergüenza y culpa por el suceso traumático y pueden llegar a manifestar fantasías de



venganza y de castigo. El suceso traumático puede significar un cambio radical en cuanto a su forma de ver el mundo. Algunos pueden caer en conductas autodestructivas o proclives a los accidentes.

Cómo ayudar

La participación de la familia, la escuela y la comunidad es fundamental para ayudar a los niños a enfrentar los problemas orgánicos y emocionales que surgen luego de la exposición a un acontecimiento traumático.

En el caso de los niños pequeños, los padres pueden ofrecer un apoyo invaluable brindándoles consuelo, contención y la posibilidad de jugar o dibujar. Con su presencia, los padres inculcan en el niño confianza en que el suceso traumático ha quedado atrás y que ahora él está a buen resguardo. Es

continúa en la página 21



Diferentes reacciones frente a un suceso traumático según la edad

viene de la página 20

bueno que los padres, familiares y docentes ayuden al niño a que exprese sus sentimientos verbalmente, de manera que sepa que no está solo con sus emociones sino que, por el contrario, puede compartirlas. Una actitud de cuidado permanente, que asegure al niño que lo irán a buscar a la escuela en el horario acordado y le permita saber dónde se encuentran sus padres en todo momento, aporta a los niños que recientemente han experimentado un suceso traumático una sensación de seguridad. Luego de éste, durante un tiempo pueden aparecer regresiones en las tareas evolutivas, y tanto los padres como los familiares, las personas que están a cargo de su cuidado y los docentes deben estar preparados para ello.

Los niños más grandes también necesitarán ayuda para expresar su miedo, tristeza y rabia en el entorno de contención de la familia. Es muy probable que estos niños necesiten ser estimulados a hablar con los familiares sobre los temas que los preocupan. Es importante hacerles saber que sus sentimientos son normales y corregir cualquier distorsión que manifiesten en relación con el suceso traumático. Los padres pueden prestar una ayuda inestimable si alientan a sus hijos a que informen a los docentes cuando adviertan que sus pensamientos y sentimientos obstaculizan su concentración y aprendizaje.

A **los adolescentes** que han experimentado un suceso traumático, la

familia puede alentarlos a hablar sobre él, sobre los sentimientos que le ha provocado y sobre lo que se podría haber hecho para impedirlo. Los padres pueden hablar con ellos sobre las eventuales tensiones que probablemente surgirán en las relaciones con su familia y compañeros, y brindar el apoyo que esa situación requiera. Es importante ayudar a los adolescentes a comprender que sus “actuaciones” surgen de la necesidad de expresar de alguna manera el disgusto que les provocó el suceso traumático. También es fundamental hablar del sentimiento de venganza que sucede a un hecho de violencia, señalar las consecuencias reales que podrían tener determinadas reacciones y ayudar a formular alternativas constructivas que disminuyan la sensación de indefensión del adolescente.

Cuando los niños viven un suceso traumático, resulta afectada toda la familia. A menudo, los familiares tienen diferentes experiencias acerca del suceso y respuestas emocionales distintas con respecto a él. Un elemento fundamental para la recuperación del equilibrio emocional de la familia es que cada miembro conozca la experiencia que cada uno de los demás vivió sobre el suceso, y que se ayuden unos a otros a sobrellevar los posibles sentimientos de miedo, impotencia, rabia e incluso culpa por no haber podido proteger al niño de la experiencia traumática.

continúa en la página 22

“Cuando los niños viven un suceso traumático, resulta afectada toda la familia.”



Consejos prácticos para encontrar ayuda:

recomendaciones de la Red Nacional para el Estrés Traumático en los Niños

Información

Dado que los niños y adolescentes experimentan numerosos cambios normales en su desarrollo hasta que llegan a ser adultos jóvenes, no siempre es fácil determinar si el estado en que se hallan se debe a estrés postraumático, tristeza o reacciones depresivas. Las familias pueden ser de gran ayuda si aprenden todo lo que les sea posible sobre el estrés traumático en el niño. Algunas fuentes útiles de información son las siguientes:

www.nctsnet.org	Red Nacional de Estrés Traumático en el Niño (<i>The National Child Traumatic Stress Network</i>)
www.aboutourkids.org	Centro de Estudios del Niño de la Ciudad de Nueva York (<i>The New York Child Study Center</i>)
www.nccev.org	Centro Nacional para Niños Expuestos a la Violencia, del Centro de Estudios del Niño de Yale (<i>The National Center for Children Exposed to Violence at the Yale Child Study Center</i>)
www.ncptsd.org	Centro Nacional para el Trastorno de Estrés Postraumático (<i>The National Center for PTSD</i>)
www.ojp.usdoj.gov/ovc	Oficina para las Víctimas del Crimen, Departamento de Justicia de lo Estados Unidos (<i>The Office for Victims of Crime at the U.S. Department of Justice</i>)
www.istss.org	Sociedad Internacional para Estudios sobre el Estrés Traumático (<i>The International Society for Traumatic Stress Studies</i>)
www.ncvc.org	Centro Nacional para las Víctimas del Crimen (<i>National Center for Victims of Crime</i>)

Ayuda profesional

Existen muchas vías por las que se puede encontrar un profesional de la salud mental competente. Las familias disponen de las siguientes posibilidades:

- Visitar el sitio web de la Red Nacional de Estrés Traumático en el Niño para ver si existe en su ciudad o estado algún centro que sea miembro de dicha Red.
- Pedir al pediatra, médico de familia, consejero escolar o clérigo que lo derive a algún profesional competente en estrés traumático.
- Solicitar consejo a parientes y amigos cercanos, sobre todo si los niños o hijos adolescentes de aquellos han tenido experiencias satisfactorias con respecto a la psicoterapia.
- Contactarse con algún hospital comunitario, asociación médica o de psicólogos del estado o el condado, o con la división de psiquiatría infantojuvenil o el departamento de psicología de cualquier facultad de medicina o universidad.
- Contactarse con organismos de la comunidad que se especialicen en el trauma y/o la victimización.

Pueden ser programas relativos al acoso sexual o violación, organismos defensores de las víctimas, la filial local del Programa de Compensación a las Víctimas de Crímenes, el centro de defensa de los niños o programas locales relativos a la violencia familiar.

- Contactarse con centros comunitarios locales de salud mental, asociaciones de salud mental y grupos de apoyo tales como las filiales de la Federación de Familias (<http://www.ffcmh.org/>) y la Alianza Nacional para los Enfermos Mentales (*National Alliance for the Mentally Ill*) (<http://www.nami.org/>), que a menudo tienen listas de profesionales de la salud mental dispuestos a recibir nuevos clientes o pacientes.
- Comunicarse con la Asociación Psicológica Norteamericana (*American Psychological Association*) (<http://www.apa.org/>) por medio de la línea de llamadas telefónicas gratuitas, para establecer contacto con el servicio de derivaciones del estado o de la zona a la que uno pertenece. El número es 1-800-964-2000.



Dondequiera que vayas hay estrés, estrés, estrés

Jerome H. Hanley

Los sucesos negativos que ocurren una y otra vez terminan produciendo su efecto, de la misma manera que la lluvia sobre las rocas dio origen al Gran Cañón. Generalmente se considera que el trauma es una situación muy negativa a la que se ve sometido un niño cuando experimenta o presencia un acontecimiento significativo, como una muerte violenta o inesperada, una amenaza de muerte, lesiones graves o alguna catástrofe natural o provocada. **Pero el estrés y el trauma pueden ser el resultado de hechos cotidianos que con el tiempo se van acumulando y producen un impacto negativo en el niño.**

Esos niños que resultan involucrados en el sistema —o corren riesgo de serlo— sufren estrés en algunas ocasiones cuando se encuentran al cuidado, precisamente, de los organismos encargados de ayudar a los niños. (X) Los sistemas de asistencia social, educación y justicia relacionados con los menores están colmados de políticas y prácticas que, si bien no de manera intencional, les provocan estrés y, en algunos casos, traumas.



Los niños que reciben atención en hogares de crianza o sustitutos, o en servicios de protección al menor, como parte del sistema de asistencia social a menudo se hallan estresados y traumatizados debido a la sensación de culpa y de pérdida por haber sido sacados de sus casas. Por eso, cada niño que es sacado de su casa debería tener la oportunidad de recibir una explicación y de participar de cualquier investigación que consecuentemente se realice. Además, los niños que han sido sacados de sus casas y ubicados en un hogar de crianza deberían ser sometidos a un control para establecer el grado y magnitud de estrés que sufren e instrumentar los servicios que correspondieran.

En la mayoría de las escuelas el plan

continúa en la página 24

El doctor Jerome H. Hanley es director de la División de Políticas del Niño y Competencia Cultural (*Office of Child Policy and Cultural Competence*) perteneciente al Centro de Carolina del Sur para la Innovación en Salud Mental Pública (*South Carolina Center for Innovation in Public Mental Health*); además, es profesor en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Carolina del Sur.



*“Pero
“dondequiera
que vayas hay
estrés, estrés” es
realmente el
mantra de
muchos niños
que viven en
barrios muy
tenebrosos.”*

Dondequiera que vayas hay estrés, estrés, estrés

viene de la página 23

de trabajo de los maestros se centra en el material que, según ellos suponen, formará parte del examen estandarizado. Este sistema puede funcionar bien para la mayoría de los estudiantes, pero para muchos, especialmente los que presentan problemas escolares, el resultado es miedo, ansiedad y depresión. Otros estudiantes sencillamente desisten y se resignan al fracaso.

El sistema de justicia criminal de menores también genera problemas a los niños. Lamentablemente, para algunos niños y niñas de diversas comunidades, el hecho de ser encarcelados ha pasado a ser un signo de madurez o un derecho que se paga para llegar a ésta. Pero a los niños de esas comunidades que no quieren caer en el delito, la presión para que lo hagan les causa estrés. Muchos se sienten presionados a cometer delitos y desean seguir adelante con el plan para que sus compañeros no les hagan un vacío. En aquellos niños que se ven envueltos en actividades criminales o son testigos presenciales de ellas, las experiencias posteriores pueden dejar marcas. El estrés postraumático es común cuando los niños presencian o son partícipes de las siguientes situaciones: un crimen frustrado cuya consecuencia son lesiones o la muerte, represión policial, arresto ilegal, y el temor a una eventual acción violenta por parte de la policía (el llamado “efecto Rodney King”).

Pero “dondequiera que vayas hay estrés,

estrés” es realmente el mantra de muchos niños que viven en barrios muy tenebrosos. Estos niños y sus familias padecen estrés las veinticuatro horas del día y los siete días de la semana. En estos barrios no hay salida y es difícil encontrar aspectos positivos; suele prevalecer una sensación de desconsuelo profundo. Para estos niños, experiencias cotidianas tales como jugar de manera segura fuera de la casa, caminar ileso hasta la tienda de comestibles, obtener buenas calificaciones en la escuela y no ser ridiculizado o aislado por los compañeros, disfrutar de juguetes o prendas de vestir nuevas sin amenaza de robo o daños personales, son desafíos permanentes.

Si bien hay poca gente joven y las circunstancias que se presentan no son muchas, los efectos acumulativos y generalizados de un entorno estresante, ya sea “impuesto por el sistema” o propio de un barrio determinado, (X) son reales. Y aunque los consejos que figuran a continuación no constituyen una solución segura y eficaz para todos los niños que padecen estrés y/o trauma en las circunstancias mencionadas, vale la pena que sean tenidos en cuenta:

1. Conozca el grado de resiliencia de su hijo y refuércela desde la infancia. Comuníquese con él tanto como le sea posible, y trátelo con afecto. Así como a un lactante o un niño pequeño nunca se lo malcriará si se le brinda amor, los niños mayores también necesitan

continúa en la página 25



Dondequiera que vayas hay estrés, estrés, estrés

viene de la página 24

contacto y contención.

2. Visite la escuela de su hijo regularmente y trate de que esas visitas no impliquen problemas. Si por algún motivo no puede hacerlas, llame por teléfono a la escuela en forma periódica.

En cualquier caso, proceda sin anunciarlo previamente y mantenga contacto con los maestros de su hijo, el consejero escolar y el director de la escuela.

3. Léale a su hijo cuando todavía se encuentra en el vientre de la madre. Si por algún motivo más adelante no puede hacerlo, lleve al niño a la biblioteca pública. Organice círculos de lectura con dos o tres familias de su comunidad.

4. A pesar de lo aislado que se pueda sentir usted como miembro de la familia, empéñese en desarrollar un sistema de



contención para su o sus niños. Puede ocurrir que ellos no se sientan cómodos para hablar con usted a solas, pero quizá lo hagan si disponen de un sistema de apoyo en el que participan miembros de la iglesia, actividades y personal escolares, vecinos (sé que es difícil en estos tiempos, pero vale la pena intentarlo) y programas para jóvenes

5. Observe lo que ocurre en su comunidad; para ello, el mejor recurso puede ser su niño. Abra temprano las líneas de comunicación con él y trabaje fuertemente para mantenerlas abiertas.

Entender todo esto en el contexto de sus efectos acumulativos demostrados y potenciales es de suma importancia para identificar tempranamente un grado de estrés significativo, y esa manera mejorar las posibilidades de que los niños y sus familias obtengan resultados satisfactorios en su vida. ♦

“Entender todo esto en el contexto de sus efectos acumulativos demostrados y potenciales es de suma importancia para identificar tempranamente un grado de estrés significativo, y esa manera mejorar las posibilidades de que los niños y sus familias obtengan resultados satisfactorios en su vida.”

Firma

Enviar por correo a:
Federation of Families for Children’s Mental Health
 1101 King Street, Suite 420
 Alexandria, VA 22314
 E-mail: ffcmh@ffcmh.org • Sitio web: www.ffcmmh.org
 Llamar al 703-684-7710 • Fax 703-836-1040



Eloise Boterf es madre de dos niños. Actualmente trabaja como evaluadora en el Instituto de Salud Mental de Florida, perteneciente a la Universidad de Florida del Sur, en Tampa; cuenta con la experiencia y la perspectiva que da haber criado un niño con necesidades importantes en lo que a salud mental se refiere. Elaine Slaton tiene dos hijos varones, ahora adultos; trabaja para la Federación Nacional de Familias para la Salud Mental de los Niños (*Federation of Families for Children's Mental Health*), como entrenadora y directora de proyecto. También posee la perspectiva de quien ha criado un niño con graves necesidades en el plano de la salud mental.

• Ser padres de niños con serios • problemas de salud mental y • cuidarlos: una experiencia traumática • profunda

• **Eloise Boterf y Elaine Slaton**

• La crianza de un niño que presenta serios
• problemas de salud mental puede dejarlo
• a uno en carne viva, estresado y hasta
• traumatizado. Las noches en vela debidas
• a la preocupación por no saber si uno está
• en el camino correcto, pensando en
• diferentes estrategias para obtener ayuda,
• van minando nuestra resistencia. El
• estigma y el aislamiento nos dejan sin
• apoyo social y emocional, tornándonos
• más vulnerables a los efectos del trauma.
• Muchísimos de nosotros, como padres,
• nos encontramos con familiares y amigos
• que no quieren hablar de salud mental, que
• no creen en la existencia de trastornos
• mentales o, a medida que va pasando el
• tiempo, no tienen ganas de hablar más del
• tema. Nuestro dolor puede llegar a
• sobrepasarnos en la medida en que los
• demás no se den cuenta de nuestro
• sufrimiento por las expectativas frustradas
• y los temores en relación con el futuro.
• Situaciones de gran vulnerabilidad, dolor,
• aislamiento y estrés se van acumulando a
• manera de capas, unas sobre otras, hasta
• constituir un trauma grave. A menudo,
• cada nuevo suceso o emoción
• traumatizante se presenta antes de que
• hayamos podido reponernos del anterior.
• A veces, especialmente cuando se produce
• una nueva situación de crisis, los efectos
• del trauma se incrementan hasta hacernos
• perder el control mientras tratamos
• desesperadamente de ocuparnos de las
• necesidades de nuestros niños.

• El trauma continúa desgastándonos, a la
• vez que nuestros recursos económicos se

esfuman debido al costo de los servicios
requeridos por nuestros niños. A muchos
de nosotros nos es imposible trabajar en
razón del tiempo que nos demanda la
atención y resolución de sus necesidades
durante todo el día. Nos sentimos más
desorientados y completamente
impotentes para evitar un nuevo desastre,
como la bancarrota económica o la
pérdida de la custodia del niño. Así que
con el quebranto de la salud mental de
nuestro niño, la pérdida de apoyo y de
seguridad económica –o, peor aun, la
pérdida de la custodia– colapsa la
confianza en nosotros mismos para llevar
adelante la tarea de criar a nuestro hijo.
Las capas de trauma se acumulan unas
sobre otras, pero aun así seguimos
luchando para atender a sus
requerimientos.

Es desgarrador ver cómo el hijo de uno
se sume en una depresión profunda o
presenciar cómo va perdiendo cada vez
más control sobre su comportamiento. La
desesperación y la impotencia pasan a
formar parte de nuestra realidad diaria,
ya que, sin importar lo que hagamos,
somos incapaces de modificar lo que le
ocurre. Algunos de nosotros
experimentamos el máximo horror
cuando nuestro hijo se abandona al
suicidio. Más dolor. Un profundo dolor.
Un dolor inenarrable. Nadie nos apoya.
Se nos acumulan las culpas. Podemos
comenzar a sentirnos víctimas.

Para algunos de nosotros llegará
continúa en la página 27



Ser padres de niños con serios problemas de salud mental y cuidarlos: una experiencia traumática profunda

viene de la página 26

finalmente un momento y lugar en que las necesidades de nuestro hijo comiencen a retroceder y él o ella empiece a transitar el camino de la cura y la recuperación. Sentimos alivio y un profundo reconocimiento, pero ¿cómo alcanzar nuestra propia recuperación?

¿Cómo hacemos para liberarnos de las deudas? ¿Cómo recomponemos las relaciones sociales perdidas? Y lo más importante, ¿cómo nos curamos de la desesperación por el sufrimiento de nuestro hijo? ¿Cómo seguimos adelante? Algunos tenemos la suerte de hallar otros padres que han recorrido un camino similar. En ellos encontramos compañeros que no juzgan, no nos culpan ni nos abandonan. Finalmente, a partir del caos, el rechazo, la culpa y el aislamiento, surge un refugio seguro.

Y algunos de nosotros elegimos continuar transitando ese camino de salud a través del movimiento familiar, trabajando con esmero para ayudar a otras familias, cambiando las políticas públicas o mejorando los sistemas. Sin embargo, ese trabajo va acompañado del riesgo de ampliar nuestras capas de trauma. Quienes participamos del movimiento familiar podemos llegar a sentirnos desprotegidos al revelar nuestras propias historias familiares y el dolor que ha pasado a formar parte de nuestro ser. Entonces, aparece el enojo. Yo **ESTOY** en lo cierto. Yo **CONOZCO** el camino que hemos atravesado y **CONOZCO** cuáles fueron nuestras necesidades. Aquí es cuando uno comienza a recuperar el ánimo.

El trabajo que hacemos en el movimiento familiar implica, con mucha frecuencia, que cuando entramos a un lugar, seamos

vistos como el enemigo número uno. Cualquier sensación de estabilidad y seguridad que podamos haber tenido mucho antes de que los niños ingresaran en nuestra vida sigue eludiéndonos. Hablamos cuando la gente no nos quiere oír. Nos mostramos cuando la gente no nos quiere ver. Nosotros –nuestros hijos y nuestras familias– ponemos al descubierto los aspectos más vulnerables de nuestra sociedad (X). Ponemos en evidencia las fallas que tiene nuestro país en materia de atención a los niños. De esta manera, aun cuando estamos junto a nuestros nuevos camaradas, el estigma y el aislamiento continúan.

A veces, el dolor es lacerante. Cuando eso ocurre debo recordar aquello que mi hijo, ahora adulto, compartió conmigo. Él es uno de los verdaderamente afortunados que encontró el camino de la cura y la recuperación. Es músico, entre otras cosas. Se dedica a un nuevo género musical denominado “Noise” (Ruido). Me explicó que se trata de una expresión de emoción compartida y espontánea, en la que los músicos se responden unos a otros. Le pregunté: “¿Qué se siente cuando al público no le gusta la música?” Me respondió sonriendo en forma socarrona: “Eso no importa. La música tiene que ver con mis sentimientos y nadie puede cuestionar lo que siento. Sólo pueden cuestionar lo que hago con mi vida”. Éste ha sido mi mantra en mi singular camino de curación.

El sufrimiento se ha establecido en muchísimos de nosotros, acumulando capa sobre capa de estrés, dolor y rechazo. En la medida en que los padres

continúa en la página 28

“Y algunos de nosotros elegimos continuar transitando ese camino de salud a través del movimiento familiar, trabajando con esmero para ayudar a otras familias, cambiando las políticas públicas o mejorando los sistemas. Sin embargo, ese trabajo va acompañado del riesgo de ampliar nuestras capas de trauma. Quienes participamos del movimiento familiar podemos llegar a sentirnos desprotegidos al revelar nuestras propias historias familiares y el dolor que ha pasado a formar parte de nuestro ser.”



Las familias, la justicia de menores y los traumas

Red Nacional de Estrés Traumático en el Niño (National Child Traumatic Stress Network)

Nota: En el sitio web de la Red Nacional de Estrés Traumático en el Niño (NCTSN) es posible leer un ensayo completo sobre este tema, que incluye referencias bibliográficas y lecturas recomendadas. La dirección del sitio es www.nctsn.org

Cada año, más de dos millones de jóvenes entran en contacto con el sistema de tribunales de menores, y cientos de miles de ellos son enviados a establecimientos correccionales. Antes de ingresar en el sistema judicial, muchos de esos jóvenes enfrentaban problemas emocionales, de conducta o mentales, que continuaron cuando aquél pasó a ser parte de su vida. Ingresar en el sistema y vivir en él puede constituir un suceso traumático para una persona joven. En estas circunstancias difíciles, la colaboración de la familia con el sistema judicial y su compromiso con respecto a la vida de su hijo son esenciales para que éste alcance un posible bienestar.

Cada vez es mayor la cantidad de sistemas de atención de menores y de la

salud mental que reclutan y capacitan a miembros de las familias para que presten colaboración como administradores de casos, defensores, intermediarios de servicios y consejeros. Uno de esos programas es el Proyecto Esperanza, asociado a la Escuela de Capacitación de Rhode Island. Para conocer más detalles acerca de este programa, que fue destacado en una serie de emisiones de la Radio Pública Nacional relativas a jóvenes detenidos, se puede visitar el siguiente sitio web: <http://www.brown.edu/Departments/IESE/Projects/RITS/>.

En la versión completa de este ensayo se citan varios de los numerosos estudios que han documentado la preponderancia de las experiencias traumáticas entre los jóvenes que se encuentran detenidos. Tales pruebas científicas pueden ser fundamentales para los esfuerzos realizados por las familias, defensores y funcionarios de la justicia de menores que comprenden la necesidad de ocuparse de los problemas de salud mental que afectan a los jóvenes. ♦

Ser padres de niños con serios problemas de salud mental y cuidarlos: una experiencia traumática profunda

viene de la página 27

participamos en el movimiento familiar, debemos estar al tanto de los efectos acumulativos de todas estas tensiones. Debemos tener cuidado de no quedar sometidos a nuestra sensación de ser víctimas, a nuestro enojo o nuestra desesperanza. También nosotros debemos

seguir un camino de recuperación al mismo tiempo que seguimos (X) luchando por nuestros hijos; tenemos que poner de manifiesto las debilidades de nuestro país y bregar por que haya cambios en el sistema. ¡Nuestros hijos, nuestras familias y nuestras vidas dependen de eso! ♦

“Cada vez es mayor la cantidad de sistemas de atención de menores y de la salud mental que reclutan y capacitan a miembros de las familias para que presten colaboración como administradores de casos, defensores, intermediarios de servicios y consejeros.”



Federation of Families for Children's Mental Health Solicitud de admisión

Escoger UNA categoría de socio

Particulares

- Individual (\$20/cuota anual) Familiar (\$30/ cuota anual)
 Jóvenes (\$10/ cuota anual) Sin posibilidad de pagar (Sólo familias)

Entidades asociadas

- Presupuesto menor de \$500,000 (\$150/cuota anual)
 Presupuesto mayor de \$500,000 (\$250/ cuota anual)
 Deseo hacer una donación para ayudar a la Federación en los esfuerzos que realiza. Adjunto mi donación de \$_____ deducible de impuestos.

Si se desea ser filial de la Federación u organización de nivel estatal,
contactarse con las oficinas de la Federación para recibir un conjunto de solicitudes.

Nombre _____

Nombre de la entidad (si corresponde) _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono (hogar) _____

(trabajo) _____ (fax) _____

E-mail _____

Pago

Adjunto mi cheque a nombre de la Federación de Familias para la Salud Mental de los Niños
(*Federation of Families for Children's Mental Health*)

VISA o MasterCard N° _____

Fecha de vencimiento _____

Nombre que figura en la tarjeta _____

Firma

Enviar por correo a: Federation of Families for Children's Mental Health

1101 King Street, Suite 420

Alexandria, VA 22314

E-mail: ffcmh@ffcmh.org • Sitio web: www.ffcmh.org

Llamar al 703-684-7710 • Fax 703-836-1040



Federación de Familias para la Salud Mental de los Niños

(Federation of Families for Children's Mental Health)

1101 King Street, Suite 420
Alexandria, VA 22314
703-684-7710
fax 703-836-1040
www.ffcmh.org
email ffcmh@ffcmh.org

Personal de la oficina nacional

Barbara Huff, directora ejecutiva
Marion Robinson, especialista en información
Tony Wiggins, director financiero
Roberta Culver, directora de desarrollo
Gail Daniels, directora de relaciones con las filiales
Elaine Slaton, directora de programa

Personal externo

Carolyn Nava, consejera familiar sénior (DC)
Emmett Dennis, coordinadora de asistencia técnica (DC)
Trina Osher, coordinadora de políticas e investigación (MD)
Mary Telesford, directora de programa (DC)

Pat Hunt, asesora de políticas sénior (ME)

Sandra Spencer, coordinadora de conferencias (NC)

Lisa Conlan, coordinadora de participación de las familias (VT)

Shannon CrossBear, directora de proyecto (MN)

Directorio

Barbara Sample, presidenta (MT)

Jane Adams, vicepresidenta (KS)

Martha Kaufman, secretaria (NC)

Gene Karp, tesorero (AZ)

Rene Anderson (FL)

Frances Blackburn (WY)

Kathy Dennis (IL)

David Fassler (VT)

Angela Lee (MD)

Wendy Luckenbill (PA)

Michael Marcus (IL)

Bert Pepper (NY)

Barbara Shaw (PA)

Melissa Toothman (WV)

Asesores del directorio

Sue Smith (GA)

Ira Lourie (MD)

