

Andreas Krüger

Primeros auXilios

para niños traumatizados



Desclée De Brouwer

andreas krüger

Primeros auxilios para niños traumatizados

*Con prólogo
de Louise Reddemann*



Desclée De Brouwer

Título original:
Erste Hilfe für traumatisierte Kinder
First published in 2007 by Patmos Verlag
© 2010 Schwabenverlag AG, Patmos Verlag, Ostfildern

Traducción:
Roberto H. Bernet

© 2012, EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A.
Henao, 6 - 48009
www.edesclée.com
info@edesclée.com

ISBN: 978-84-330-3617-9

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Adquiera todos nuestros ebooks en
www.ebooks.edesclée.com

...Primero, miró hacia abajo. El pie de la escala era casi invisible, tan lejos estaba la tierra. Luego, miró hacia arriba; miles de escalones se extendían sobre su cabeza, interminablemente, perforando las nubes, horadando el mismo azul real donde yacían las estrellas. La escala ascendía verticalmente hacia la luna, una luna clavada más allá de las estrellas, infinitamente remota, pegada como un disco helado a la bóveda celeste. Augusto comenzó a llorar, luego a sollozar. Como un eco, débil, contenido al principio, dilatándose luego, gradualmente, hasta convertirse en un lamento oceánico, llegaron a sus oídos los gemidos y sollozos de la innumerable multitud que lo rodeaba. «Horrible», susurró. «Es como el nacimiento y la muerte a un mismo tiempo. Soy un prisionero en el Purgatorio»; y se desvaneció, cayendo hacia atrás en la nada.

Henry Miller, *La sonrisa al pie de la escala*,
trad. de J. C. Silvi

—Cuando mires al cielo, por la noche, como yo habitaré en una de ellas, como yo reíré en una de ellas, será para ti como si rieran todas las estrellas. ¡Tú tendrás estrellas que saben reír!

Y volvió a reír.

—Y cuando te hayas consolado (siempre se encuentra consuelo) estarás contento de haberme conocido. Serás siempre mi amigo. Tendrás deseos de reír conmigo. Y abrirás a veces tu ventana, así por placer. Y tus amigos se asombrarán al verte reír mirando el cielo. Entonces les dirás: «Sí, las estrellas siempre me hacen reír», y ellos te creerán loco. Te habré hecho una muy mala jugada...

Y volvió a reír.

—Será como si te hubiera dado en lugar de estrellas un montón de cascabelitos que saben reír.

Y volvió a reír.

Antoine de Saint-Exupéry, *El principito*,
trad. de Bonifacio del Carril

Prólogo

Debe de haber sido en los años setenta cuando Bettina Wegner cantaba: «Sind so kleine Hände...» [«Son manitas tan pequeñas...»]. Esta canción me emocionaba siempre mucho, y me estremecía el hecho de que pareciera haber no pocas personas que no dejan tocar por esta fragilidad y vulnerabilidad infantil.

Los niños son seres muy vulnerables y necesitan protección. Cuando les sucede o les ha sucedido algo malo necesitan una ayuda adecuada. De aquí parte Andreas Krüger, y muestra cómo debería encararse a los niños que han sufrido un trauma.

Es importante comprender que los traumas anímicos deben ser objeto de cuidado y que no basta con tomar conocimiento de ellos. Peor aun es pasarlos por alto. En efecto, todo niño traumatizado que no reciba los cuidados adecuados puede experimentar múltiples daños tanto de forma inmediata como posteriormente. Hoy sabemos muy bien que los traumas sufridos en edad temprana pueden tener repercusiones a lo largo de toda vida. Gracias al desarrollo actual de la investigación, hoy puede establecerse la relación directa que existe entre muchas patologías de la edad adulta y lesiones traumáticas sufridas en la fase temprana de la vida.

Pero los niños son también resistentes. Andreas Krüger describe una suerte de «principio del diente de león». Al igual que el diente de león, que se abre camino a través del grueso asfalto, incluso, también los niños pueden encontrar una y otra vez caminos de salida de una gran dificultad. A menudo los niños tienen a disposición, de forma más inmediata que los adultos, las fuerzas que se nos han dado a todos para resistir a las dificultades.

Por eso mismo es tan importante para un niño recibir una ayuda temprana y adecuada.

Este libro resume de forma comprensible los conocimientos alcanzados en la actualidad por la psicotraumatología, es decir, por la disciplina que estudia los traumas psíquicos, de tal modo que padres, educadores, docentes y otros agentes que tienen que ver con los niños, dispongan de una guía acerca de lo que pueden y deberían hacer si el niño ha sufrido un trauma anímico.

Desde mi punto de vista de psicoterapeuta que brinda tratamiento a adultos, hace ya tiempo que es hora de describir las particularidades del apoyo y tratamiento que se ha de

brindar a niños traumatizados. En efecto, los conocimientos pertinentes están ya a disposición desde hace tiempo, pero esperan aún su aplicación. Con ello se da un paso importante para evitar los daños que se siguen de los traumas, y, por eso mismo, este libro resulta significativo para la prevención. Lamentablemente sus páginas no podrán evitar que los niños sufran traumas, pero serán una ayuda para todos aquellos que quieran asistir de forma rápida y eficaz a un niño después de una experiencia traumática.

Luise Reddemann

Introducción

Este libro quiere transmitir conocimientos básicos sobre trastornos subsecuentes a traumas psíquicos y apoyar a padres y personas de diferentes grupos profesionales relacionados con los niños en la ayuda que prestan a niños y adolescentes traumatizados para la superación de sus terribles vivencias. El objetivo consiste en poner a los lectores en condiciones de ofrecer una suerte de «primeros auxilios» psíquicos de manera semejante a como también legos en medicina pueden brindar primeros auxilios en el ámbito corporal, por ejemplo, en un paro circulatorio agudo o en un infarto cardiaco, si han sido convenientemente adiestrados. Se trata de comprender mejor al niño traumatizado a fin de poder apoyarlo en la elaboración del estrés traumático.

En este contexto cabe tener siempre en cuenta sobre todo que los niños se encuentran en un estadio más temprano de desarrollo psíquico y mental que los adultos y que, además, son muy dependientes de estos últimos. Es posible que un niño de tres años que sufre un accidente de tráfico en el que se produce derramamiento de sangre pero nadie resulta gravemente herido, tenga una vivencia traumática del acontecimiento. No está aún en condiciones de emplear su entendimiento y sus conocimientos como puede hacerlo ya un niño de nueve años: ambos tienen por de pronto mucho miedo cuando oyen, por ejemplo, un estruendo al chocar dos coches. El niño de tres años tiene una estatura considerablemente menor que el de nueve: el mundo, con sus peligros, es para él de un tamaño proporcionalmente mayor. Su comprensión no es tan amplia como la del niño mayor, razón por la cual la situación traumática le afecta con mayor violencia que al otro niño. El niño de nueve años ya comprende el contexto cuando los adultos conversan entre sí: «Este tiene solo una escoriación, se curará pronto». Palabras como estas no llegan todavía a la comprensión del niño menor. Él solo ve sangre, oye el estruendo del choque y se queda en un estado de *shock* traumático, porque el entendimiento no puede acudir aún en ayuda de su alma.

La comprensión proporciona un sentimiento de seguridad, y este sentimiento es una medicina importante cuando el alma sufre una herida. ¿Cómo se reconoce que una situación ha traumatizado a un niño? ¿Cuáles son los signos de que se ha producido el

trauma? ¿Qué ayuda necesita, pues, un niño según las diferentes edades, y qué se puede hacer por él? En los primeros momentos posteriores al «horror personal», un niño no necesita forzosamente un «profesional» de la psicología. Cualquiera puede ayudarlo si conoce las medidas de primeros auxilios para el alma.

Este libro puede servir también como «bibliografía de acompañamiento» cuando, después de un serio trauma psíquico, el niño y su familia requieren ayuda profesional. Los temas que aquí se tratan pueden servir a los padres de impulso para encarar el tema: para tener un diálogo con los terapeutas o representantes de otros grupos intervinientes que tienen que ver con el niño. Aquí pueden leerse de nuevo asuntos sobre los que se ha hablado ya en el tratamiento. De ese modo, el libro puede utilizarse también como una suerte de obra de consulta. El trabajo cotidiano con niños o adolescentes traumatizados y con sus familias ha demostrado que, hasta ahora, no se ha contado con un libro que respondiese a las múltiples preguntas que se plantean los padres y los grupos profesionales implicados.

Esta publicación ha de ayudar a que, en el futuro, personas no profesionales pero informadas puedan reconocer desde el primer momento la dificultad que experimentan los niños, y brindarles así los cuidados correspondientes.

Estructura del libro

El capítulo 1 transmite una comprensión fundamental del trauma psíquico. ¿Qué es el estrés traumático? ¿Qué es el estrés postraumático? ¿Qué es un trastorno subsecuente a un trauma psíquico y cómo puedo reconocerlo? ¿Cuáles son los conocimientos relevantes que yo debería obtener en el primer contacto con un niño o adolescente? Estas son las preguntas que han de responderse en el capítulo 1. En el capítulo 2 se trata de preguntas más específicas sobre el tema: ¿Cuáles son las repercusiones del estrés traumático, por ejemplo cuando produce daños en una fase muy temprana de la vida de un ser humano? ¿Qué efectos tiene el trauma sufrido por un niño en las funciones cerebrales y en su entorno humano, en el medio social? En el capítulo 3 se explicará cómo puede prestarse ayuda a un niño después de sufrir lesiones graves y cómo pueden fomentarse sus fuerzas de autocuración. Para terminar, el capítulo 4, titulado «Perspectivas», trata acerca de la dimensión social y política del trauma psíquico grave en niños.

A lo largo del texto se habla a menudo *sobre* los padres u otras personas. Por tanto, el libro no se dirige solamente a los padres afectados que quisieran prestar a su hijo de

forma adecuada los debidos cuidados después de un acontecimiento traumático, sino que se dirige también a otras personas que entran en contacto con un niño o adolescente traumatizado: maestros, puericultores y maestros infantiles, personas de otros grupos profesionales (policía, servicios de emergencia, pedagogos juveniles, personal auxiliar no profesional de las instituciones de ayuda a las víctimas, equipos de intervención en crisis de la Cruz Roja, etc.). A menudo no son los padres y familiares sino otras personas las que están junto al niño o cerca de él cuando sucede algo. También la solidaridad y el conocimiento pertinente de las personas que se encuentran en el entorno inmediato del niño son importantes para los primeros momentos posteriores al imprevisto, a la experiencia traumática. Todo adulto puede tener que desempeñar de pronto la función de los padres y dar protección y ayuda a un niño o adolescente desconocido. Y solo podemos tener la esperanza de que, en el momento de la dificultad extrema, esté junto a nuestros propios hijos alguien que, aun siendo lego en psicología, los atienda con conocimiento de causa y, tras la catástrofe, les ayude a mitigar el trauma anímico cuando nosotros mismos, los padres, no podamos estar junto a ellos.

Para mayor legibilidad se hablará en estas páginas en contextos impersonales acerca de «los adolescentes» y «los afectados», aun cuando se trate de personas de sexo femenino. Si por claridad en algún caso se hace necesaria una visión específica para uno de los sexos, se mencionará expresamente en el texto.

Se ofrecerán en el texto con sangrado indicaciones, máximas para recordar y explicaciones importantes. Los casos de estudio se destacarán por medio de letra cursiva. Los diálogos presentados como ejemplo, se presentarán enmarcados a fin de destacarlos del resto del texto.

Los diálogos presentados en el texto como ejemplo no son más que modelos. Para protección del paciente y de los padres, los nombres y contenidos de tales diálogos y casos que se refieren a acontecimientos reales han sido alterados de modo que se preserve la esfera personal del niño, del adolescente y de sus padres. En general, los diálogos y casos propuestos como ejemplo son de carácter ficticio y han sido compuestos en correspondencia con una visión de conjunto de las experiencias realizadas con niños y adolescentes psíquicamente traumatizados.

Los ejemplos no se prestan necesariamente en cada caso para una utilización literal. Ustedes conocen mejor a su hijo o al niño de su entorno y pueden transmitirle las cosas por medio de ejemplos que resulten más apropiados a ese niño o adolescente. Las

palabras deben adaptarse al lenguaje que corresponda a la edad de cada niño. No tienen por qué utilizarse necesariamente en la sucesión indicada, ni tampoco es preciso utilizarlas todas de la forma expuesta en el ejemplo. Pueden servir como ayuda cuando se tematicen con el niño los contenidos en cuestión.

No se dejen inundar por la gran cantidad de información contenida en este libro. Escojan de acuerdo al propio interés primero un tema, después otro, etc. El libro está estructurado de tal manera que, tras la lectura del capítulo 1, muchos contenidos y temas importantes resultan accesibles también leyendo el libro de forma no secuencial.

Esta obra ha surgido del trabajo concreto con niños y adolescentes traumatizados en el marco de un proyecto modelo: el ambulatorio psicotraumatológico para niños, adolescentes y sus familias de la Clínica Universitaria de Hamburgo. Vaya, pues, mi agradecimiento a los numerosos niños, adolescentes, padres y colaboradores de las diferentes ramas profesionales que, a través de sus preguntas e impulsos, han contribuido a colocar el tema del trauma psíquico en un contexto de mayor complejidad. Quisiera invitar cordialmente a todos los lectores de estas páginas a que me hagan llegar sus sugerencias, y también sus críticas. De ese modo podrá incrementarse el nivel general del conocimiento acerca de los niños y adolescentes traumatizados, y las sugerencias podrán incorporarse en un trabajo futuro y también en ulteriores publicaciones a favor de estos jóvenes que llevan la pesada carga de sus vivencias traumáticas.

Traumas psíquicos en niños y adolescentes: aspectos técnicos básicos que habría que conocer

El trauma anímico: una realidad desconocida

¿Qué consecuencias tiene un trauma psíquico? La mayoría de las personas no tienen una idea precisa al respecto. ¿Cómo habrían de tenerla, dado que no es posible arrojar sin más una mirada al interior del alma?

Algunos piensan que ocuparse de un trauma es cosa exclusiva de psicólogos, pero tal actitud es errónea. Verdad es que el tratamiento psicoterapéutico profesional está reservado naturalmente a los especialistas y no es asunto para legos, del mismo modo como, evidentemente, en el ámbito de la medicina somática nadie espera de un lego que pueda diagnosticar y tratar con medicamentos una complicada enfermedad metabólica. Pero toda persona, aun siendo lega, debería disponer de un conocimiento médico básico. Y tal conocimiento no se transmite por vez primera en el curso de primeros auxilios que se requiere en algunos países para obtener la licencia de conductor, sino en la escuela. También como legos aprendemos a prestar atención a las principales funciones vitales – respiración, pulso –, a valorar síntomas de una amenaza para la vida, como la pérdida del conocimiento, el paro respiratorio, y a intervenir con primeras medidas de salvamento: decúbito lateral, respiración boca a nariz, etc. En última instancia, se trata de la supervivencia del herido, y no reconocer los síntomas del peligro para la vida podría tener consecuencias fatales.

Cierto conocimiento básico acerca de la atención médica de emergencia resulta ser, pues, una obviedad. Pero ¿por qué sabemos tan poco sobre las «emergencias psíquicas» y sobre sus primeros auxilios? Sobre todo para el niño traumatizado es de suma importancia entender algo del funcionamiento del propio «aparato psíquico» cuando, de pronto, la cabeza «se hace la loca» después de haber sufrido una seria lesión anímica. Interpretar correctamente los propios *síntomas*, hablar de ellos con los padres, ayuda al

niño a menudo de inmediato y mitiga el sufrimiento. A través de la explicación, los padres pueden volver a prestar ayuda: pueden recuperar la capacidad de acción que la vivencia traumática les había arrebatado. A través del diálogo, el niño puede salir de la soledad en la que quedó encerrado con las consecuencias *personales* de los acontecimientos. La razón que explica y comprende, así como la imaginación, son ayudas importantes para la elaboración del trauma. También el trato correcto con las lesiones anímicas del niño por parte de las personas que están en su entorno es una medicina eficaz contra las consecuencias del trauma para el niño.

Ignorar las lesiones de un ser humano –y especialmente de un niño– psíquicamente traumatizado tiene consecuencias tan graves como si una persona con un proceso agudo de enfermedad grave, un «caso de urgencia médica», no fuese tratado o no lo fuese en la medida suficiente. La no atención de una «urgencia psíquica» es fatal: lo es para la misma psique, para el desarrollo social y emocional, e incluso para la salud corporal. La investigación científica ha mostrado que los traumas psíquicos sufridos en la fase temprana de la vida pueden llevar también a enfermedades *del cuerpo* como patologías cardio-circulatorias, cáncer, etc. (Filetti et ál.1998). Hay algunas cosas que hoy en día sabemos con certeza: también las depresiones, los llamados trastornos de disociación, los trastornos de angustia y pánico, y las patologías de adicción guardan una relación etiológica con experiencias traumáticas del pasado. No solo el cuerpo, sino también el alma pueden sufrir lesiones graves con posteriores secuelas.

La mayoría de las personas tendrán solo una vaga idea acerca de qué acontecimientos resultan traumáticos: por ejemplo, cuando un niño tiene que ver que su madre resulta muerta o que su padre pierde la vida en un accidente de tráfico; o cuando él mismo es víctima de un delito cruel, por ejemplo, se ve envuelto en un secuestro extorsivo en el que se mata a tiros a otras personas, o es víctima de un abuso sexual. En esos casos, el alma puede correr el riesgo de resultar «desgarrada». Y está claro que un niño puede sufrir una lesión anímica también en el caso de ser meramente testigo de un acontecimiento terrible. En efecto, los seres humanos somos seres sociales: nuestra capacidad de empatía es una de nuestras más importantes capacidades sociales fundamentales. La compasión nos hace compartir el sufrimiento, y hasta tal punto que, dado el caso, el testigo de un acontecimiento cruel puede sufrir más daños psíquicos que la misma víctima. Esto último vale en particular para los niños, que, por la dependencia que tienen de sus padres, valoran a menudo de forma más dramática que los mismos padres el sufrimiento que alcanza a estos últimos. Un ejemplo:

Un padre resulta levemente herido por un golpe propinado por una persona agresiva –un hombre rubio de gran estatura– en el marco de un conflicto por un lugar de aparcamiento. Después del susto, el agredido se lleva un moratón en la cara, pero no sufre ninguna consecuencia psíquica grave. Sin embargo, su hijo Max, de seis años, desarrolla síntomas fuertes y generalizados de miedo, trastornos del sueño, y se retrae a continuación cada vez más con todas sus relaciones sociales. Sus padres, preocupados, acuden con Max a la psicoterapeuta, que le diagnostica una sintomatología de trastorno postraumático.

¿Cuándo se habla, propiamente, de una experiencia traumática?

¿Qué aspectos o factores son, propiamente, los que convierten el ataque violento contra el padre en una situación traumática para el pequeño? Para poder comprenderlo hay que saber qué es un trauma y cuáles son sus síntomas característicos.

Una situación traumática representa para un niño una amenaza extrema, existencial. En ella el niño puede experimentar una amenaza que se cierne sobre su propia persona, sobre su unidad física o psíquica, o sobre otras personas. Lo decisivo en esto es que el niño tiene un sentimiento de impotencia, de no poder hacer nada para ayudarse a sí mismo o ayudar a los demás a salir de esa situación de dificultad extrema. Esta es propiamente la «trampa del trauma»: en medio de toda esta amenaza, no hay escape. De allí brota un sentimiento de impotencia extrema y amenazante. La autoconsciencia o la confianza en sí mismo, que en el niño están apenas al inicio de su desarrollo, y la confianza en el mundo (confianza primordial) se ven sacudidas de forma persistente, o se pierden.

También acontecimientos sin importancia aparente, como perder de vista durante un tiempo relativamente prolongado a la mamá en los grandes almacenes o en el parque, o una situación en la que el niño siente miedo y no recibe ayuda durante un tiempo más o menos prolongado (por ejemplo, si se ha quedado encerrado en el sótano a oscuras), o también un tratamiento odontológico, etc., pueden ser experimentados por el niño de forma fundamentalmente traumática.

En la ilustración 1 se procura señalar circunstancias que pueden conducir a que el niño o el adolescente sufra un trauma. Las diferentes patologías mencionadas más arriba, que pueden ser expresión de un trauma persistente, fueron reunidas en la página 26 bajo el

concepto de trastornos crónicos/complejos subsecuentes a un trauma psíquico.

En la ilustración 1 se distingue entre factores incidentes externos al niño y la percepción totalmente personal del niño con sus consecuencias. Aquí se está mencionando realmente la dificultad del niño para valorar de forma correcta una situación: su edad influye de manera decisiva en determinar si el acontecimiento representará una experiencia traumática o el niño saldrá simplemente «con un ojo morado», es decir, que, en lo esencial, su psique no sufrirá daños. El ejemplo que sigue ilustra lo expresado en la ilustración. Entre paréntesis se remite a los trece puntos de la ilustración, que, de ese modo, son explicados por el caso de estudio. He recurrido conscientemente al caso de un niño que es testigo de una acción violenta porque la dramática situación ha tenido también para él consecuencias considerables:

Florian, de seis años es testigo del modo en que su amigo Maximilian es amenazado primero de forma verbal por tres muchachos mayores que él mientras iban juntos de camino a la escuela (2, 3). Según narra Florian, a continuación los adolescentes comenzaron a darle empujones y, una vez que Maximilian había caído al suelo, a pisotearlo. Primero, Maximilian se defiende, grita, más tarde llora, para no emitir después ya sonido alguno (4, 5, 6). Florian narra que temió por la vida de su amigo (1), que la situación suscitó en él pánico (8) y desvalimiento (9). Le hubiese gustado hacer algo por su amigo, pero no supo qué hacer (10, 11). Describe que se encontró en medio de esa situación «como pegado al suelo», que no pudo escapar ni tampoco pensar en nada más (12, 13). Afirma que, en algún momento, los perseguidores de su amigo cesaron en su accionar, probablemente sintiendo ellos mismos miedo de que pudiesen haber causado lesiones serias a Maximiliano, que dejaron al muchacho solo y, sin más, salieron corriendo. Florian relata que solo después de un tiempo estuvo nuevamente en condiciones de moverse. Que se acercó entonces a su amigo y se alegró de que estuviese todavía con vida. Solo después de un tiempo relativamente prolongado pasó una señora mayor, que, sin embargo, se apartó (6). Florian refiere que no pudo dirigirle la palabra, como tampoco pudo hacerlo Maximilian. Este lloraba una y otra vez lleno de dolor. Solo el siguiente transeúnte dirigió la palabra a los niños y acompañó a Maximilian a casa. A él, a Florian, lo envió a su casa sin más comentarios. A continuación, pudieron constatarse en el muchacho síntomas de un trastorno por estrés postraumático (1). A estos se agregaron fuertes sentimientos de culpa por no haber podido ayudar a su amigo.

Si Florian hubiese tenido ayuda en la fase crítica –fuese en la situación misma o poco después–, es posible que los síntomas de un trastorno por estrés postraumático no hubiesen aparecido o hubiesen remitido después rápidamente.

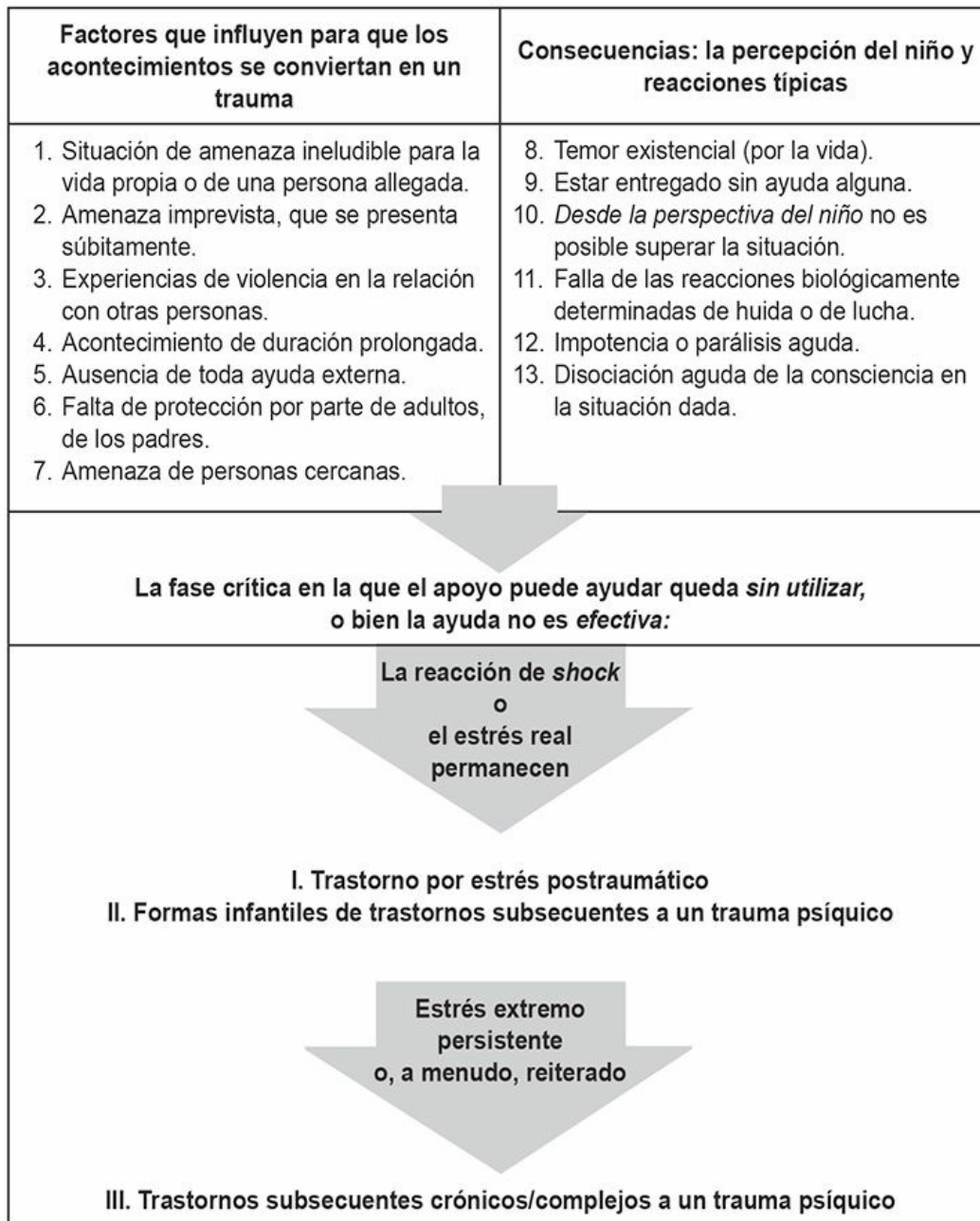


Ilustración 1: El surgimiento de trastornos subsecuentes a un trauma psíquico.

¿Qué efectos tiene un trauma psíquico?

Acabamos de conocer los factores que pueden hacer que una situación se convierta en una experiencia traumática. Ahora bien, ¿dónde se manifiestan los efectos del estrés

traumático, qué síntomas pueden desarrollarse?

Un trauma significa siempre un estrés psíquico y corporal de carácter extremo. Cuando ustedes se encuentran con un niño o adolescente que acaba de presenciar un acontecimiento extremadamente estresante, deberían tener un panorama somero de las diferencias que existen entre los distintos efectos del trauma. En la actualidad, un lego puede distinguir los signos de un infarto cardíaco y sabe cómo puede tomar el pulso a una persona que sufre una emergencia a fin de controlar su actividad cardíaca.

En relación a los traumas existen, por una parte, los signos del estrés intenso, p. ej., ánimo abatido, temeroso, y preocupación. Están después los signos de un trastorno por estrés postraumático (TEPT). Estos últimos requieren nuestra especial atención porque las formas en que se manifiesta un TEPT pueden destruir considerablemente al niño o al adolescente en su interior. La mayoría de los acontecimientos de la vida que representan un estrés son de alguna manera vivencias de pérdida: están relacionadas con el miedo a la pérdida de la propia vida, a la muerte de otra persona, a la separación, a la traición, a la pérdida de la fe en la relación humana como algo fundamentalmente firme y «bueno».

Cuando el ser humano pierde algo, es normal que comience a *entristecerse* por esa pérdida. Pero el alma traumatizada no puede hacerlo así sin más. Esta circunstancia puede explicarse al niño diciéndole que el corazón ha sufrido como un congelamiento instantáneo, y que al estar así congelado, no puede llorar. Llorar es expresión de una primera «disolución» –y, realmente, hay en el líquido lacrimal, por ejemplo, hormonas de estrés que, de alguna manera, se «derraman» en el «mar de lágrimas»–. Para que esto sea posible tenemos que estar en condiciones de *mirar lo que hemos perdido*. Poder aceptar la pérdida es la tarea que viene después. Precisamente esto mismo resulta casi imposible a alguien que sufre un trastorno subsecuente a un trauma psíquico. Dirigir la mirada a lo que se ha perdido significa para una persona traumatizada que sufre un trastorno semejante añadir otra situación de *shock*. Los especialistas hablan también de recuerdos «retraumatizantes». ¿Qué caminos debe seguir la psique para poder contemplar lo sucedido sin quebrarse por ello? Los posibles caminos de solución se señalarán más abajo.

Cuando el niño recuerda el trauma y está sufriendo un trastorno subsecuente a dicho trauma psíquico, su «aparato psíquico», con sus órganos sensoriales (ojos, oídos, nariz, etc.), confunde casi automáticamente el presente con el pasado. El cerebro hace creer a la consciencia que el niño está amenazado nuevamente aquí y ahora –por ejemplo,

cuando un coche rojo le recuerda el accidente en el que había intervenido también un coche rojo—.

A este tipo de estímulos señalizadores se los llama también *trigger* (gatillo). De ese modo, puede darse que el niño sufra de nuevo el estrés traumático —y aparentemente sin que tenga sentido sufrirlo—. Estímulos posibles de este tipo, que desencadenan una reacción de alarma, son:

- 1) imágenes
- 2) ruidos
- 3) olores
- 4) contactos corporales
- 5) estaciones del año
- 6) circunstancias climáticas
- 7) paisajes y lugares
- 8) personas que guardan semejanza con el causante del trauma
- 9) situaciones con otras personas sin signos visibles de conflicto
- 10) sentimientos de sobreexigencia relacionados con sentimientos de impotencia provenientes de la situación traumática
- 11) situaciones de conflicto en relaciones que recuerdan experiencias traumáticas
- 12) enfermedades somáticas y síntomas de enfermedades que recuerdan, p. ej., heridas en el cuerpo
- 13) experiencias de separación
- 14) nuevas experiencias traumáticas que tienen lugar después de un trauma precedente pueden hacer que se «abran» antiguas «cicatrices»

El por qué se producen reacciones de alarma a raíz de los *triggers* se explicará más abajo. La psique del hombre queda congelada de forma instantánea y el torrente de la vida queda interrumpido frente a un acontecimiento traumático.

La «frontera del trauma» se traspasa cuando, después de un acontecimiento estresante, se llega a un estado demasiado prolongado de *shock* psicosomático que imposibilita el duelo u otras formas de reacción durante el tiempo inmediatamente subsiguiente. El estado general tanto físico como psíquico del niño antes del acontecimiento influye en la vehemencia con la que el niño (o el adolescente) reacciona a la situación, así como en su vulnerabilidad.

Ante un trauma, el mundo *queda detenido* en algunas partes del ámbito emocional de la

persona afectada. El estado de *shock* persistente se refleja después en la formación de un trastorno subsecuente al trauma psíquico.

Por lo regular, después del trauma se inicia (de forma inconsciente) una nueva cronología: las personas traumatizadas refieren siempre de nuevo que dividen su vida (de forma permanente) en una vida *antes* y otra *después* del trauma.

Ya hemos señalado que el modo en que se elabora una situación depende de la vivencia personal: el padre del ejemplo del aparcamiento sale en gran medida indemne del suceso, pero su hijo resulta traumatizado. Cuando el cerebro recibe de los órganos sensoriales informaciones que corresponden a los criterios de situación traumática que hemos expuesto más arriba, se inicia en el cerebro, por decirlo de forma simplificada, algo así como un programa de emergencia. Si normalmente los responsables primarios de nuestro actuar son el «cerebro del entendimiento», su célebre «materia gris», y el «cerebro del sentimiento», la posición de conducción es asumida ahora por nuestro cerebro filogenéticamente más antiguo, el tronco encefálico. Así, no todas las reacciones típicas al estrés traumático son desde un principio accesibles a la consciencia. La liberación de hormonas y otros mecanismos biológicos predisponen el organismo entero para la «lucha» y la «huida», y lo mantendrán bajo un estrés permanente y agotador si es que todo esfuerzo por «una huida o una lucha victoriosa» ha sido infructuoso. ¿Cuáles son los signos de que se ha iniciado el «programa de emergencia» y de que el organismo se encuentra en estado de *shock*?

¿Cuáles son los signos visibles de *shock* en el niño?

- El niño tiene un miedo que, visiblemente, no puede articular con palabras.
- El niño no reacciona cuando se le dirige la palabra.
- El niño da la impresión de estar como pasmado, parece inexpresivo y ausente.
- El niño se desmaya.
- El niño está sentado hecho un ovillo.
- El niño tiembla.
- El niño gime de forma inexpresiva.
- El niño realiza movimientos estereotipados, reiterativos, o hace exteriorizaciones que no corresponden a la situación actual, p. ej., se tira de los cabellos.
- El niño se cierra frente a todo acercamiento o lo rechaza con temor.
- Los ojos del niño pueden reflejar miedo y estar fijos en el vacío.
- El niño está pálido, tiene los miembros fríos.
- El niño se ha orinado y ensuciado.
- El niño vomita.

- El pulso del niño está extremadamente acelerado.
- Los lactantes lloran y no se los puede tranquilizar, o bien se quedan pasmados.

Los signos mencionados no tienen que presentarse en su totalidad. Son signos externos característicos que pueden remitir a la presencia de un *shock* traumático. Aparte de ello, es posible que, posteriormente, el niño relate que sus reacciones se dieron también en su *interior* de forma aguda y prolongada. Estas son también expresión de la función alterada de estructuras cerebrales primitivas en el tronco encefálico y en el mesencéfalo, que se explican con más detalle en el apartado titulado «Sobre las funciones cerebrales y corporales alteradas tras situaciones de estrés extremo». Por regla general, para estos signos tendrán que encontrar ustedes primeramente junto con el niño un lenguaje y preguntarle ustedes mismos por ellos. (Este particular será tratado en el capítulo 3).

Si el niño tiene la posibilidad de dialogar con ustedes sobre los signos anímicos y corporales de la grave lesión que ha sufrido, se darán oportunidades para que los mecanismos de autocuración produzcan sus efectos. Estos mecanismos serán explicados con más detalle sobre la base de la interesante investigación actual en el apartado titulado «Sobre las funciones cerebrales y corporales alteradas tras situaciones de estrés extremo». Los mecanismos de reacción descritos no pueden ser sometidos sin más a una influencia consciente, en especial cuando, al no recibir tratamiento o primeros cuidados, ya se han grabado en el niño. A menudo son solo las medidas terapéuticas las que pueden introducir modificaciones de estos ciclos reguladores. Excitabilidad, trastornos del sueño, asalto de imágenes de los acontecimientos, etc., son algunas de las reacciones que un niño o un adolescente puede desarrollar después de una situación percibida como extremadamente amenazadora.

En el apartado titulado «Estrés constante, películas de terror, episodios de *black out*: el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y los síntomas típicos...» se describirán los diferentes síntomas de la lesión anímica grave que pueden aparecer en el curso posterior, pasadas las primeras horas y días después de la catástrofe. Se trata primordialmente de las repercusiones más graves de un trauma, que pueden llevar a modificaciones psíquicas y también a modificaciones biológicas «visibles» en el cerebro, que, entretanto, se pueden ver parcialmente por medio de los llamados procedimientos funcionales por imágenes que se han desarrollado en la medicina¹.

No todo niño traumatizado reacciona de esta forma extremadamente grave: tras

experiencias de estrés extremo algunos desarrollan síntomas más leves o solo una parte de tales síntomas. Por ejemplo, se retraen, se vuelven agresivos o sufren trastornos del sueño. Para que se desencadene una cascada de síntomas descrita como trastorno por estrés postraumático (TEPT) tiene que cambiar de posición de alguna manera una especie de «interruptor» en el cerebro. La aparición de este trastorno puede demostrarse aproximadamente en dos tercios de los adultos que han vivido una situación traumática. La experiencia sugiere que, en el caso agudo, los niños reaccionan de forma mucho más frecuente con síntomas de TEPT. En un tercio de los pacientes adultos los síntomas desaparecen espontáneamente dentro de las primeras semanas posteriores al trauma; otro tercio desarrolla síntomas crónicos no tratados, y el tercio restante no muestra síntoma alguno en el sentido de un trastorno subsecuente a un trauma psíquico. Para los niños carecemos hasta ahora de los datos correspondientes en la investigación. Desde el punto de vista estadístico rige que aproximadamente el diez por ciento de las personas sufren en el curso de su vida un trastorno por estrés postraumático.

Entender los síntomas y su sentido, factores que pueden contribuir a la aparición de un trastorno subsecuente a un trauma psíquico

En cierta medida, los síntomas de una enfermedad (psíquica) pueden «conferir sentido». Por eso, antes de exponer los síntomas de un trastorno por estrés postraumático trataremos primeramente este tema.

Ante todo: un trauma significa para muchas personas el no poder ver más el sentido de su vida. Para los padres, para las personas del entorno y, sobre todo, para el niño, reconocer un *sentido* puede significar retomar el «hilo de la vida», perdido a causa del trauma. A tal fin puede ser importante entender por lo menos las reacciones agudas del organismo frente a los acontecimientos. De este modo, el niño entra nuevamente en relación consigo mismo y con las personas del entorno. Por eso explicamos al niño o al adolescente nuestra comprensión de los procesos interiores que se desarrollan después del trauma. Una vez que hemos explicado al niño o adolescente el sentido de los síntomas, podemos abrirle la posibilidad de hacer algo para superarlos. Surge así un sentimiento de *control* sobre los procesos que se están viviendo interior y exteriormente. Control es para la persona traumatizada otra buena medicina, pues la situación traumática se caracteriza por un estar entregado a la *impotencia*. Control significa tener poder sobre

el propio yo y sobre el entorno. El siguiente caso de estudio pretende poner en claro qué importancia tan saludable puede tener el saber acerca de uno mismo y de la experiencia compartida con una persona del entorno.

Carla, de 15 años de edad, fue tres años atrás víctima de abuso sexual por parte de un desconocido. Se la presenta en el ambulatorio psicotraumatológico después de haber tenido varios intentos de suicidio, el último y más reciente de carácter serio. La paciente experimenta una ayuda inmediata cuando, después de la conversación, el terapeuta que la atiende le diagnostica un grave trastorno por estrés postraumático. Carla se siente por primera vez comprendida en su sufrimiento, desencadenado sobre todo por intensos flashbacks (véase más abajo), que son asimismo los que la llevaron a los intentos de suicidio. También los padres se sienten aliviados y pueden comprender por fin de nuevo a su hija después de mucho tiempo. El hecho de poder finalmente entender y tener una expectativa de ayuda para la superación de los síntomas del trastorno hace respirar aliviados a todos los afectados. Ya tras la primera sesión de terapia se alcanza una mejoría espontánea de la sintomatología. No se trata de una «curación milagrosa», sino de que Carla se siente por primera vez comprendida y su dolor se toma en serio.

El mero saber que había desarrollado síntomas normales de enfermedad como consecuencia de una situación traumática y la información de que tales síntomas podían superarse, fueron ya una gran ayuda para Carla. Si los padres u otras personas le hubiesen transmitido esa información inmediatamente después de los acontecimientos traumáticos, no se hubiese llegado a la formación de una sintomatología tan estresante y amenazadora.

También a los terapeutas psicotraumatólogos nos ayuda entender, investigar el *trasfondo* a fin de encontrar un fundamento para nuestro actuar profesional. Mientras exista la humanidad, los hombres buscarán razones; también para soportar las cargas de la vida. La filosofía funda toda su existencia en este centro de atención del ser humano: ¿por qué somos los que somos?

Pero los síntomas de enfermedad tienen también un sentido directo: la fiebre mata las bacterias a partir de cierta temperatura. Los dolores de una herida purulenta tienen el sentido de que nos preocupemos por encontrar medidas curativas, por tratar la lesión. Si no lo hacemos, una pequeña infección en la pierna puede convertirse dado el caso en una septicemia que amenaza la propia vida. La concepción de nuestra medicina occidental

indica en ocasiones de forma precipitada que los síntomas de enfermedad deben considerarse como algo hostil que hay que combatir. Pero los síntomas nos advierten de que algo no está en orden. Además, siempre que sea posible y resulte sensato, como primera medida deberíamos reconocer como tales las fuerzas de autocuración, y utilizarlas después para el proceso de curación.

Hay diferentes factores que revisten importancia en el desarrollo de un trastorno postraumático: por ejemplo, una «tendencia» corporal a la formación de determinados síntomas, es decir, puntos débiles hereditarios o adquiridos. También para el resto de la naturaleza vale el axioma de que una rama sometida a una cierta carga se quiebra. Pero se quebrará justamente en el lugar donde es más delgada o donde había un corte previo. Aplicándolo a nosotros, los hombres: si en un determinado momento estamos excesivamente estresados por el trabajo, nos «pescaremos» con más facilidad una gripe de otoño que si estamos de vacaciones, disfrutando distendidos en el mar.

Este ejemplo puede trasladarse a la psique: la investigación ha demostrado que las personas más introvertidas, encerradas en sí mismas, reaccionan en mayor medida al estrés extremo con trastornos postraumáticos. También los niños que, por otras circunstancias, se encuentran en un momento determinado sometidos a grandes exigencias o frente a algún hito de su desarrollo –por ejemplo, cuando alcanzan la edad escolar y comienzan a estar escolarizados– pueden reaccionar a un determinado acontecimiento con un trastorno postraumático: sufren un estrés incrementado y tienen menos capacidad de resistencia.

También deben tenerse en cuenta las circunstancias que no tienen nada que ver con el desarrollo del niño en cuanto tal, p. ej., que la abuela haya sido recientemente ingresada, que se haya muerto el perro o que la familia se haya mudado. Además, un niño puede mostrar peculiaridades de comportamiento ya antes del estrés extremo que conduce a un trastorno postraumático. El niño sufre tal vez patologías psíquicas o somáticas, o el conjunto de las circunstancias de vida del niño y de la familia pueden estar sufriendo bajo una grave carga.

Especialmente opresivo puede ser para el niño que uno de los padres haya experimentado algo semejante y los traumas subsecuentes no se hayan superado suficientemente. De modo que, en el trato con su hijo, examínense acerca de si el trauma del niño no guarda también relación con viejos traumas de ustedes mismos. El recuerdo de traumas propios puede agobiar de nuevo al adulto y hacer que no esté suficientemente disponible para el

niño o tenga incluso una influencia perjudicial en él: por ejemplo, si la madre ha sido víctima en el pasado –como ahora la hija– de abuso sexual por parte de un desconocido y sufre también ella de un trastorno no tratado que prorrumpe ahora de nuevo con violencia (como una tuberculosis no curada, que aparece de nuevo frente a una sobrecarga). En estos casos, tanto el niño como ustedes mismos o los padres necesitan asistencia profesional o incluso terapia psicotraumatológica.

En la exposición que sigue se reúnen factores estresantes y protectores que pueden influir en la formación de un trastorno subsecuente a un trauma psíquico.

Los siguientes factores hacen más probable la formación de un trastorno postraumático
<ul style="list-style-type: none"> • Fases de consecución de autonomía, cuando hay que elaborar realidades nuevas (aprender a caminar, adaptación al jardín de infancia, escolarización, cambio de escuela, formación profesional, primera pareja, partida de la casa paterna); • la circunstancia de estar superando estadios de desarrollo psíquico y corporal (edad del gateo, fase de la rebeldía, pubertad, etc.); • carácter introvertido, falta de autoestima; • bajo nivel de inteligencia en el niño; • acontecimientos (actuales) de separación (mudanza, pérdida de una buena amistad, partida de un hermano mayor, separación de los padres); • preexistencia de una enfermedad psíquica o somática propia; • enfermedad psíquica o somática de los padres o hermanos; • conflictos importantes en el seno de la familia (entre el niño y sus hermanos o hermanas, entre padres e hijos, entre el padre y la madre, etc.); • la propia historia traumática no superada de los padres (puede resultar de ayuda que el padre o la madre afectados hayan elaborado bien el trauma); • casos actuales de fallecimiento (uno de los padres, hermanos, abuelos, mascota querida, personas allegadas, hijos); • estrés de la familia por desocupación, pobreza, estrechez de espacio, separación geográfica por trabajo; • coincidencia de varios factores de estrés.

Algunos factores que, con su influencia, pueden proteger de un trastorno postraumático
<ul style="list-style-type: none"> • Buenas relaciones (con los padres, hermanos, docentes, educadores y otros niños de la misma edad); • relaciones familiares que ofrezcan contención; • alto nivel de inteligencia del niño; • carácter extrovertido; autoestima; • experiencias de éxito en la escuela, la formación profesional, el tiempo libre, etc.; • medida elevada de creatividad, alegría en el aprendizaje y en la práctica de herramientas culturales; • entorno social extrafamiliar favorable;

- buena dotación material de la familia;
- padres y hermanos hasta el momento felices;
- padres y personas de referencia emocionalmente competentes, p. ej., en el ámbito escolar;
- abundante repertorio de estrategias de superación en el niño y en las personas de referencia;
- coincidencia de varios factores de protección.

A menudo no nos es posible comprender el mundo de los niños tan bien como sería necesario en el contexto de un trauma potencial. Aun cuando todos hemos sido niños, la mirada retrospectiva a ese mundo nos está a menudo vedada.

Las personas que registran conscientemente a sus propios hijos o a los hijos ajenos podrán compenetrarse más fácilmente con el mundo de los niños, pues ese mundo sigue siendo siempre al mismo tiempo parte de nuestra propia hominización. Si bien nuestra sociedad está altamente civilizada, suele a menudo ignorar a quienes son lo que nosotros mismos hemos sido –a los niños– y descuida al mismo tiempo al «niño en nosotros». Esto hace que, demasiado a menudo, el mundo sea frío.

Tenemos conocimiento de los estados y las necesidades de los niños, solo que tendríamos que intentar con más frecuencia «hacernos pequeños», contemplar el mundo desde una estatura de un metro, pensarnos a nosotros mismos como niños, prestar oídos a nuestro interior. Entonces, todo se haría más claro y podríamos tener más consideración con los pequeños.

Hay que distinguir los síntomas que aparecen de pronto como mecanismos de protección del cuerpo que señalan un estrés extremo, respecto de reacciones a más largo plazo con un claro carácter patológico. Estas últimas aparecen cuando los síntomas de un trastorno por estrés postraumático perduran por un tiempo superior a un mes después de los acontecimientos que produjeron el trauma. El trastorno por estrés postraumático está relacionado con determinados procesos en el cerebro o con reacciones del cerebro a las situaciones de estrés. Saber acerca de estos procesos ayuda a entender el «ciclón interior», como en una ocasión denominó un niño a estos síntomas.

El cerebro funciona conforme a determinadas «leyes». Es la «central de conexiones» de nuestro sentir, pensar y actuar. Si está «programado para trauma», esto tiene que ver con que el tronco encefálico está dominando todas las otras áreas cerebrales. Podemos intentar comprender todo esto desde la perspectiva filogenética.

La base consiste en que se trata ante todo simplemente de una estrategia de supervivencia en una naturaleza amenazante en la que el hombre ha estado una vez ante

la alternativa de sobrevivir o ser devorado. Cuando el cerebro registraba una sobrecarga de miedo impotente, regía en la selva el principio de hacer todo lo que fuese para sobrevivir. De este modo se han probado filogenéticamente que, sobre todo en situaciones de crisis, las llamadas estructuras primitivas del cerebro, que también en la civilización occidental actual, siguen asumiendo todavía funciones de mando en el organismo. Lo que se ha probado filogenéticamente a lo largo de milenios ha de ayudar también hoy al individuo en situaciones de peligro: en ello, el cerebro, equipado con experiencias milenarias, no asume «ningún riesgo». Primero se ejecutan trabajos de corrección y reparación por parte de la «vieja» central de conexiones. Después, las áreas cerebrales más jóvenes –del pensamiento y sentimiento–, que reaccionan mucho más lentamente, pueden subsanar todavía «reparaciones agudas» que fueron deficientes.

Es decir, que el «cerebro primitivo» asume el mando, las áreas cerebrales «inteligentes», típicas del ser humano, «enmudecen» frente al trauma o subordinan sus funciones al viejo «gestor de situaciones de crisis» en el centro cerebral.

En la doctrina de las enfermedades psíquicas hablamos en el caso de determinadas reacciones psíquicas de «regresión», de un regreso a estadios más tempranos del desarrollo: niños que están sufriendo estrés –por ejemplo, cuando nace un hermanito y no saben enfrentar esta «competencia»–, vuelven a orinarse a pesar de que hace ya tiempo que han recibido la educación de higiene correspondiente, vuelven a chuparse el pulgar o a tener miedo de separarse de la madre. El niño se retira a «terreno seguro», como un general acosado en la batalla. Así, cuando su «autocracia» parece estar amenazada en sus padres a causa del nuevo hermano, busca algo de la seguridad de tiempos pasados. Al «volverse pequeño» de nuevo, espera despertar nuevamente en sus padres intensos instintos de mimo parental. No raras veces los primogénitos tienen en tales casos fantasías como: «Anita puede irse con el tren a visitar a la abuela, y entonces yo me quedo solo/sola con mamá y papá».

De forma semejante experimenta su «regresión» el cerebro: el tronco encefálico nos vincula, en cuanto a la evolución, con las víboras y los sapos, de los que en definitiva podríamos descender, como también con sus estrategias de supervivencia, razón por la cual esta región del cerebro se designa a veces como «cerebro reptiliano» o «cerebro reptil».

¿Qué repercusiones tiene en concreto un trauma en el cerebro?, ¿qué modificaciones se perfilan y qué efectos tienen estas en la vida (social) del niño? Estas preguntas serán

objeto de una posterior explicación, donde también se expondrán de forma algo más detallada los impresionantes resultados de la investigación sobre el cerebro acerca del tema del trauma. En lo que sigue se describirán los síntomas que no solo pueden desarrollar niños y adolescentes, sino también, en la mayoría de los puntos, los adultos, cuando un estrés extremo ha sometido a sobreexigencia el aparato psíquico.

«Estrés constante, películas de terror, episodios de *black out*»: el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y los síntomas típicos en niños después de la catástrofe

Hay que distinguir entre los síntomas agudos de *shock* descritos y los síntomas a más largo plazo de una lesión anímica grave. Al presentarse una amenaza aguda se produce ante todo una razonable reacción de alarma a nivel psicosomático, reacción que puede conducir después a un trastorno psíquico subsecuente al trauma si es que no se llega a resolver la amenaza y los mecanismos de reacción llevan a una sobreexigencia crónica del organismo, tanto de la psique como del cuerpo.

En principio corresponde a una solución de la situación existencialmente amenazante una huida exitosa o una «lucha victoriosa». La liberación de hormonas de estrés en la vía sanguínea potencia la disposición a la lucha y a la huida. Cuando los niños se ensucian en los pantalones a causa del miedo se están «aliviando» —como el pájaro que, cuando experimenta la amenaza aguda de un gato, antes de volar arroja de nuevo excrementos y, de ese modo, se torna más liviano y rápido—: una reacción que está al servicio de una disposición óptima para la lucha o la huida. Los procesos de digestión se minimizan, el rendimiento cardiaco se maximiza de forma aguda, todos los sentidos son agudizados para rechazar el peligro. La musculatura está óptimamente dispuesta a entrar en acción. Mecanismos biológicos de millones de años de antigüedad sirven a un único fin: la conservación de la vida del ser amenazado. Por tanto, el cerebro activa el «programa de emergencia».

Solo la situación desesperada en la que toda *acción* frente a la catástrofe se ha hecho imposible, indica al tronco encefálico que proceda a una «clausura». Los últimos reflejos de protección son después, por ejemplo, una suerte de congelamiento de todos los procesos de sentimiento y pensamiento, que va acompañado también de manifestaciones corporales: algunas personas hablan de una incapacidad de moverse, de que se quedaron «como pasmadas». Las glándulas endócrinas liberan entonces sustancias químicas que

actúan como anestésicos. Los profesionales de la materia denominan este estado de estupor con la palabra *freezing*.

Justamente aquí es importante ofrecer ayuda al niño afectado. El cuerpo tiene un lenguaje propio para estos estados, lenguaje que tenemos que tener en cuenta si queremos ayudar al niño en su dificultad. Este lenguaje corporal se emplea inconscientemente una y otra vez en nuestra vida cotidiana: solo tenemos que hacerlo nuevamente consciente y, de ese modo, establecer un acceso al cuerpo atormentado. En estas circunstancias el niño necesita urgentemente nuestra ayuda. Más tarde se hablará acerca del modo en que pueden ustedes aprovechar este conocimiento de nuestra «sabia lengua», para sí mismos y para el niño.

Especial atención necesitan sobre todo los niños que no disponen (aún) de habilidades lingüísticas para poder utilizar las palabras como buena medicina para la «autocomprensión».

En lo que sigue se señalarán los signos típicos que desarrollan el cuerpo y el alma si la tensión y el estupor que se han producido en la situación traumática no han podido resolverse. Más tarde se señalará cómo puede lograrse una «solución» en ambos planos, el del cuerpo y el de la psique, y cómo pueden ustedes ayudar al niño en este proceso de solución.

Los tres primeros de los cuatro grupos de síntomas que siguen forman juntos el llamado trastorno por estrés postraumático.

<p>La respuesta típica que puede esperarse a un trauma está dada por los siguientes <i>cuatro</i> grupos de síntomas</p>
<ol style="list-style-type: none">1. Signos de sobreexcitación;2. recuerdos abrumadores recurrentes como tormentas de imágenes: intrusiones;3. comportamientos de evitación y estados alterados de consciencia;4. síntomas infantiles de un trastorno postraumático.

Signos de sobreexcitación

Un ejemplo resulta apropiado para explicar los síntomas de la patología: en el sentido de la conservación de la especie, un animal «traumatizado» –como el hombre– se encuentra en un estado persistente de sobreexcitación. Está como en una alerta constante a fin de rechazar, dado el caso, el peligro de forma inmediata y poder huir a tiempo. Esta forma

«automatizada» de reaccionar está mediada por las estructuras cerebrales primitivas, filogenéticamente antiguas, que ya hemos descrito.

Aplicándolo al ser humano, un niño que ha sufrido un trauma grave presenta los siguientes síntomas: inquietud generalizada, hiperactividad motora, trastornos para conciliar y mantener el sueño, estallidos impulsivos de agresión que llegan hasta la acción violenta. Los niños sufren bajo estos síntomas, pues influyen en sus relaciones con los demás. Llamen la atención en la escuela, sus trastornos de concentración se traducen en una baja de su rendimiento escolar. El comportamiento agresivo e impredecible saca de quicio a la familia, a sus compañeros de escuela y a sus maestros o educadores. El niño o adolescente se retrae avergonzado y es marginado socialmente, hecho que agrega un estrés adicional y agudiza más la situación.

Recuerdos apabullantes (intrusiones)

Las personas que sufren un TEPT desarrollan recuerdos recurrentes, llamados *flashbacks*, que se asemejan a las sucesiones de imágenes de una película de terror y que no deben confundirse con simples recuerdos, porque, por regla general, son percibidos como extremadamente estresantes, o sea, como retraumatizantes, y ello a pesar de que la situación traumática ha quedado lejos en el pasado. Tales imágenes pueden aparecer todavía décadas después del acontecimiento, y solo se dejan «desactivar» con dificultad. Estos recuerdos pueden tener un sentido como mecanismos de conservación de la especie, como una suerte de «advertencia» para protegerse en el futuro de una reiteración de la situación, peligrosa para la propia vida.

Los *flashbacks* descritos con frecuencia por los adolescentes están asociados a menudo con sentimientos extremos de pánico o de desconsuelo, con taquicardia y estallidos de sudoración. No raras veces conducen a crisis con intentos de suicidio a raíz de la enorme presión del sufrimiento que estos recuerdos desatan. Por estos motivos, la reiteración, a través del *flashback*, de la experiencia traumática no integrada es designada como «re-traumatización».

Estos *flashbacks* son desencadenados por los estímulos señalizadores arriba descritos, llamados *triggers* o gatillos. El pequeño Max, cuyo padre es golpeado por un hombre rubio y de gran estatura, puede desarrollar un *flashback* cada vez que ve a un hombre rubio y alto. Estos recuerdos recurrentes pueden ser desencadenados por diferentes *triggers*, que no siempre tienen que percibirse conscientemente. Además, los *flashbacks* pueden involucrar todos los sentidos: la percepción visual, el oído, el sentido del gusto, el

tacto, el olfato.

El cerebro traumatizado actúa a menudo con un funcionamiento alterado de la memoria: las percepciones sensoriales son separadas, «fraccionadas», almacenadas en diferentes «cajones» y «ofrecidas» a la consciencia no raras veces fraccionadamente. Por ejemplo, una adolescente traumatizada en su temprana infancia por una experiencia de violencia sexual, tiene recurrentes dolores de vientre asociados con sentimientos de pánico, sin que pueda recordar el acto de abuso con imágenes conscientes. Es posible que, en el curso de una terapia, estos contenidos «escondidos» de la memoria sean liberados, a menudo cuando tal liberación es permitida por primera vez por la psique con el apoyo de la terapia, cuando el aparato psíquico puede «permitirse» arrojar una mirada a los acontecimientos porque está suficientemente afianzado para una integración de las experiencias traumáticas.

Además, las intrusiones, que a menudo se presentan de forma concreta, ocasionalmente también como pesadillas con contenidos simbólicos en clave, tienen un significado ulterior: así como el dolor corporal tiene un «efecto de señal» en cuanto suscita el recurso a medidas de ayuda, también el dolor psíquico trae consigo que el individuo preste atención a la lesión anímica y procure su curación.

En los niños y adolescentes sucede no raras veces que repiten, «escenifican» sus experiencias en el intercambio con otros niños y, a la manera como un *régisseur* de teatro pone en escena un drama, colocan el tema del trauma de nuevo en el «escenario de la vida». Al respecto un caso de estudio:

Manuela, de 16 años de edad, fue objeto de reiterado abuso sexual por parte de un tío hasta hace cuatro años. Los padres relataron que, en los últimos años, la adolescente se había colocado repetidas veces en situaciones de desprotección y, a través de su apariencia exterior y de sus palabras, había intentado de forma provocativa «ligar» con hombres. Se encontraba con jóvenes, siempre distintos y de edad claramente mayor, en el marco de una escena propicia para la violencia. Había sido molestada sexualmente varias veces, pero, a pesar de ello, no se había apartado del grupo. Finalmente, se había confiado a una docente después de haber sido objeto de abuso sexual por varios adolescentes de ese grupo. En esa circunstancia había contado también por primera vez, en medio de lágrimas, el abuso sexual sufrido por parte de su tío.

Manuela no tenía consciencia de la relación existente entre su comportamiento

provocativo, la «búsqueda» de situaciones peligrosas y su anterior vivencia de abuso. Solo más tarde, en una terapia, pudo establecer la relación del abuso con el hecho de que, ocasionalmente, en situaciones de tensión, se había infligido en secreto a sí misma rasguños superficiales con una hoja de afeitar (en lo que se denomina *comportamiento autolesivo*).

La función de advertencia de los *flashbacks* ya se ha perdido en tales «reescenificaciones», y la adolescente se ha identificado ya firmemente con un *papel de víctima*. Manuela pudo relatar que, en el tiempo en que se habían producido los abusos por parte de su tío, había sufrido siempre de nuevo típicos *flashbacks* y pesadillas. Después se dio el comportamiento peligroso que hemos descrito, que resultaba incomprensible, tanto para los padres como para los amigos y maestros. Los *flashbacks* se hicieron menos frecuentes, pero habían reaparecido después del nuevo trauma y, ahora, abarcaban tanto el nuevo abuso como también el anterior.

Poner nuevamente en escena el trauma en la vida actual corresponde de nuevo, en el fondo, a una solución psíquica de emergencia: el carácter de petición de ayuda sigue en parte en pie, y también el entorno entra entonces en acción para la muchacha. En la mayoría de los casos, las víctimas de abuso son también amenazadas y, durante la comisión del delito, humilladas con manifestaciones verbales por el autor. Si, en correspondencia con las humillaciones verbales, la adolescente se identifica ahora con el supuesto hecho de ser «mala», con que «no merece otra cosa», ese papel de víctima abre un coladero para escapar de la trampa de la impotencia propia del trauma: «Si yo fuese una chica buena, todo estaría bajo control y no hubiese merecido un trato tan malo». De ese modo surge después en muchas víctimas de violencia una imagen distorsionada de sí mismas. (Existe también una serie de aspectos que pueden explicar tal reiteración de acciones. Explicarlos sería interesante sobre todo para los colegas de la profesión, pero excede el marco de este libro).

Niños más pequeños reiteran a menudo las situaciones traumáticas de forma simbólica con sus juguetes. También para esto presentamos un caso de estudio sobre el tema del abuso sexual:

Francisca, de cuatro años de edad, fue en una ocasión objeto de abuso sexual por parte de un desconocido durante unas vacaciones con la familia. En el jardín de infancia llamó la atención de las educadoras y educadores durante las semanas subsiguientes el hecho de que Francisca reproducía reiteradamente escenas de

copulación con un peluche y una muñeca. En esas situaciones, Francisca parecía estar ausente, inexpresiva y de alguna manera perdida. Según los educadores, cuando se la abordaba parecía como regresar «de otro mundo».

Sobre todo en niños pequeños y hasta promediar la escolaridad primaria así como en niños mayores con minusvalía mental, encontramos una mayor presencia de los síntomas descritos (tendencia a la reiteración de escenas traumáticas con juguetes o en la vida cotidiana con otros niños), que pueden compararse totalmente con los *flashbacks* que se dan en niños mayores y adolescentes. También son típicas las descripciones de ausencia, estupor y mirada fija en el vacío en estos niños. En el apartado siguiente se explicará el significado de estos fenómenos.

Comportamientos de evitación y estados alterados de consciencia

Los síntomas que describiremos a continuación pueden considerarse como un contrapeso de los otros dos grupos de síntomas de estrés que se acaban de exponer. Los siguientes signos de un trastorno por estrés postraumático sirven al «alivio» del niño. Cuando toda la persona se encuentra bajo un estrés permanente por un estado persistente de excitación y por tormentas de imágenes, el sistema biológico busca entonces descanso. Esta búsqueda está representada, por una parte, por síntomas en el plano conductual: el niño de cinco años que ha presenciado la muerte de un transeúnte en un accidente de tráfico se resiste con todas sus fuerzas a exponerse con su madre al tráfico vehicular, pues las impresiones de los sentidos representan estímulos señalizadores que disparan *flashbacks* del accidente que originó el trauma.

Por la otra parte, sin embargo, existen también funciones especiales del cerebro que pueden constituir algo así como un alivio del organismo. La consecuencia son estados alterados de consciencia (los llamados *estados disociativos*) que pueden ser suscitados por traumas de forma directa durante el acontecimiento, pero también producidos una y otra vez con posterioridad en situaciones de estrés. En la mayoría de los casos, las personas del entorno relatan que el niño afectado miraba a su alrededor «fijamente, con la mirada ausente», y que había que empujarlo porque de otro modo no reaccionaba. Niños mayores pueden describir que sentían el mundo o se sentían a sí mismos como ajenos, extraños.

Utilizando una imagen, podría decirse que en el cerebro se ha quemado por unos momentos el fusible principal para los sentimientos o también los recuerdos y los

pensamientos, para recuperar momentos después un «contacto» con los acontecimientos. Cuando estos mecanismos se instalan durante la traumatización puede suceder que algunos aspectos del acontecimiento o la situación en su conjunto dejen de ser accesibles para la memoria del niño. Tales mecanismos ayudan a la supervivencia psíquica del niño en el estrés extremo. Víctimas de tortura relatan también haber abandonado su cuerpo durante las torturas, quedando suspendidas sobre él. También la sensación de dolor se puede desactivar durante un tiempo a través de «analgésicos» propios del cuerpo. Los yogui logran este efecto por medio de la voluntad a través de años de meditación y pueden de ese modo soportar procesos dolorosos como pinchazos, etc., sin sentir dolor.

Otros síntomas típicos en niños

No raras veces, los niños se «salvan» en situaciones extremas de estrés y con posterioridad a ellas refugiándose en las islas seguras de experiencias más tempranas, transformándose nuevamente en niños pequeños: vuelven a orinarse, se chupan el pulgar y experimentan muchísimo temor a la separación, olvidan cosas que han aprendido, hablan en el lenguaje de los bebés, etc. También aparecen en ocasiones comportamientos agresivos, por una parte a raíz de la sobreexcitación y, por la otra, respondiendo a la consigna de que la defensa más segura en la vida es el ataque. Los lactantes y niños pequeños en edad anterior al aprendizaje del habla sufren de manera especial: la razón, la explicación y la comprensión a través del entendimiento quedan excluidas. La amenaza no puede delimitarse en el tiempo porque el concepto de tiempo no se ha formado todavía. El visible estupor puede conducir en estos niños a un aislamiento completo del exterior. Dejan de percibir a las personas que los rodean, fijan como muertos la mirada en el vacío –un estado que los médicos llaman «marasmo» y que, por la negativa a tomar alimentos, puede llevar a la muerte–. Felizmente, estos estados se han hecho hoy infrecuentes en nuestras latitudes. Semejantes estados, condicionados a menudo por un descuido total y por experiencias de violencia, aparecen ocasionalmente en la prensa. A menudo la responsabilidad de estos trágicos destinos infantiles está en padres que sufren a su vez de trastornos psíquicos graves.

También detrás de los síntomas de algunos niños «hiperactivos» hay experiencias traumáticas. Un terapeuta o psiquiatra formado en psicotraumatología infantil o juvenil puede establecer un diagnóstico preciso en tales casos.

Puede decirse que los síntomas traumáticos descritos son la cara psicósomática de las consecuencias. Especialmente negativos para el estado anímico del niño son también los

síntomas subordinados o de segundo rango. Estos tienen que ver con la actitud del niño hacia sí mismo, hacia las personas del entorno y hacia los acontecimientos del mundo en general. Todo el desarrollo puede verse perturbado por las «gafas negativas» por las que el niño contempla ahora las cosas.

En la tabla que sigue se resumen síntomas frecuentes de tipo más bien *manifiesto*:

Edad en años	Síntomas típicos
I: 0-1	Llanto, incremento de la predisposición al miedo, reducción de la capacidad de serenarse, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, trastornos del crecimiento
II: 1-3	véase I +: oscilaciones emocionales, hiperactividad, estados de inquietud, apatía, angustia, alerta tensa y temerosa, mutismo, búsqueda de aferramiento, regresiones en el desarrollo, desconfianza de las relaciones humanas en general
III: 3-6	véase II +: repetición de las vivencias traumáticas con juguetes, eventuales manifestaciones sobre <i>flashbacks</i> cuando se les pregunta. Mirada fija en el vacío, molestias corporales sin diagnóstico de enfermedad por parte del médico, retracción social, retroceso en el desarrollo lingüístico, pérdida de capacidades sociales ya adquiridas, comportamiento agresivo
IV: 6-10	véase II + III +: cada vez más síntomas de trastorno por estrés postraumático, continuación o reanudación de la enuresis, encopresis, trastornos del rendimiento escolar, trastornos de la concentración, visión alterada, pesimista del mundo, sentimientos torturadores de culpabilidad, ánimo deprimido, comportamiento de riesgo, comportamiento autolesivo, tendencia al suicidio, comportamiento obsesivo-compulsivo, todo ello en ocasiones también escondido detrás de una fachada «completamente normal»
V: 10-14	véase IV +: cada vez más síntomas de un clásico trastorno por estrés postraumático, en el caso de experiencias de violencia una «reproducción» de situaciones traumáticas en diferentes relaciones (con niños de su edad, con adultos, etc.), trastornos de la alimentación, comportamiento autolesivo, tendencia incrementada al suicidio, consumo de drogas, otros síntomas psiquiátricos
VI: 14-18	véase V +: <i>círculo vicioso del fracaso</i> : mala percepción de sí mismo, fracaso social y escolar, fracaso (condicionado por los síntomas) de las primeras relaciones íntimas, consumo incrementado de drogas, perversiones, miedos existenciales de gran alcance frente al futuro

Tabla 1: posibles síntomas, clasificados según la edad del niño (citados según Krüger 2006)

La tabla presenta de forma simplificada y esquemática las complicadas reacciones de un niño o adolescente ante experiencias traumáticas de la vida. El hecho de que su hijo muestre algunos de estos síntomas no significa todavía que haya sufrido un trauma. Hay que fijarse siempre primero si se constata en el niño o el adolescente algún indicio de traumatización. Entonces es posible que puedan ustedes comprender mejor signos llamativos, hablar del tema con su hijo –o con el niño de su entorno– y, dado el caso,

requerir ayuda.

Reacciones emocionales mediatas

Aparte de los síntomas más bien *manifiestos* del trastorno por estrés postraumático y de las reacciones infantiles típicas, el niño afectado por un trastorno por estrés postraumático sufre a menudo las siguientes reacciones emocionales mediatas: fieros *sentimientos de culpa* en el sentido de no haber evitado los acontecimientos lo conducen a dramáticas modificaciones psíquicas y sociales. Una pérdida de la típica confianza natural e incontaminada del niño en la vida (*confianza primordial*) inhibe los procesos de crecimiento (psíquico), con consecuencias fatales. Para el niño, esto significa que la *desconfianza* generalizada que se suscita en él se dirige en general hacia el mundo de los adultos, que ha sido cruel o –en catástrofes tecnológicas o naturales– no ha correspondido con el derecho a la seguridad y la incolumidad del niño. También la confianza de ustedes como padres puede verse afectada si no pueden proteger a su hijo. El siguiente caso de estudio muestra cómo pueden estresar a niños y adolescentes afectados por trastornos de estrés postraumático los *sentimientos de culpa*:

Kevin, de tres años de edad, creía ser responsable de la grave lesión sufrida por su hermano de un año, que en un accidente durante el juego se hirió con peligro para su vida. Los profundos sentimientos de culpa y de miedo transformaron al pequeño alborotador de jardín de infancia en un niño tímido, retraído, temeroso. Kevin se retrajo del juego con otros niños, su lenguaje volvió a asemejarse más bien al de un bebé y daba a veces la impresión de torpeza en sus movimientos, se preocupaba excesivamente por su hermano convaleciente, se autolesionaba golpeándose la cabeza contra la pared y diciendo: «Kevin tiene la culpa». No fue fácil explicar este tema al niño y a los padres, que no querían asumir su propia responsabilidad del accidente. Justamente porque el tema de la culpa estaba «escondido» y los padres mismos sufrían a causa de él, y porque Kevin solo disponía de una capacidad limitada para articularse en el lenguaje, no fue fácil hablar del tema. No obstante, ya el solo hecho de hablar es una ayuda en estos casos. Una vez que, primero con los padres aparte, se había elaborado el tema de la culpa, pudimos hablar también con el niño sobre el tema en el marco del juego, inmediatamente, el niño se repuso, comenzó a jugar de nuevo con otros niños y podía reír nuevamente.

Kevin es un niño del que podemos suponer que los sentimientos de culpa le causaron un deterioro de *todo su sentimiento de autoestima*. Este efecto se encuentra en muchas

víctimas de experiencias traumáticas, que las conduce a una reducción de la motivación para el juego, el placer de aprender, la alegría de los contactos con otros niños, etc. Niños y adolescentes de todas las edades desarrollan a veces terribles sentimientos de culpa y *enfermedades somáticas* preexistentes pueden agravarse o reaparecer, en especial cuando el alma no recibe ayuda alguna.

El siguiente caso de estudio describe posibles *secuelas somáticas* de los acontecimientos:

Carla, de doce años de edad, presenció el accidente mortal de su hermana menor. La niña desarrolló un trastorno por estrés postraumático. Una neurodermitis (enfermedad crónica de la piel acompañada de picazón y modificaciones de la piel) de la que sufre Carla desde hace años se declaró de nuevo de forma extrema con posterioridad al acontecimiento, después de que ella hubiese permanecido durante largo tiempo casi asintomática.

Como hemos señalado más arriba, los reflejos psico-biológicos indicados surgen a partir de estructuras cerebrales filogenéticamente antiguas. Es difícil interrumpirlos. Estas estructuras no corresponden a la parte del cerebro en la que pueden introducirse *modificaciones* a través de procedimientos de comprensión. Por el contrario, se trata de procesos que nos han fortalecido en la lucha por la supervivencia en una tierra inhóspita y contra poderes de la naturaleza, etc. La labor de corrección de estos «reflejos toscos» ha de ser asumida por estructuras cerebrales «superiores» en un tenaz y minucioso trabajo a través de un reiterado esfuerzo de aprendizaje, antes de que las modificaciones puedan surtir efecto en las «estructuras inferiores». Este proceso de modificación exige técnicas especiales a fin de superar las estructuras mencionadas y de reprogramar la «computadora principal», la central de conexiones de la cabeza, una vez que el peligro real ha pasado. Más abajo se explicará cómo pueden iniciarse con éxito estos procesos, antes de proceder a las medidas terapéuticas.

Las repercusiones de traumas en el desarrollo temprano

Las modificaciones que ocurren son particularmente profundas, sobre todo en el desarrollo cerebral, cuando un niño se traumatiza en edad temprana, en especial antes de la adquisición de una capacidad lingüística avanzada (antes de alcanzar los tres años de edad, aproximadamente).

Las consideraciones expuestas más arriba han mostrado cuáles son los efectos del estrés

traumático en los ciclos reguladores biológicos. Los golpes que caen sobre la persona humana en los primeros años de su vida tienen un efecto fundamental en todas las tareas de desarrollo del niño (Van der Kolk 2000, 2005). Además, nuestro cerebro no permite que podamos recordar acontecimientos del tiempo que antecede, aproximadamente, a la edad de tres años. Solo el recuerdo corporal puede conservar, por ejemplo, lesiones corporales, que en ocasiones podrán resultar una carga adicional para el niño en su desarrollo ulterior a través de dolores sin fundamento aparente.

La angustia existencial que se sufre bajo condiciones traumáticas de vida parece dejar en el niño una huella de transformaciones profundas en el cerebro y, consecuentemente, también en las estructuras de los órganos conformadas por la central de mandos de la cabeza. Se trata de múltiples interacciones entre los sistemas hormonales, los sistemas de sustancias transmisoras, el sistema inmunológico, etc.

A menudo, las personas que, por su profesión, entran en contacto con niños en la primera infancia no tienen consciencia de que los pequeños pueden sufrir graves lesiones psíquicas. Esto sucede a menudo en situaciones que no nos parecen potencialmente traumáticas: por ejemplo, en un proceso de alumbramiento con complicaciones. Lo único que experimentamos del bebé es, por ejemplo, una frecuencia cardíaca extremadamente alta cuando queda atascado en el canal de alumbramiento.

(¿Por qué la mayoría de las mujeres superan casi siempre sin daño las penalidades del parto? Los sentimientos de alegría, de éxito y de orgullo por dar a luz, que han sido largamente preparados y que acompañan en la mayoría de los casos el nacimiento de un niño, así como el esfuerzo del parto, esperado durante tanto tiempo, deben de modificar la experiencia de dolor a través de los efectos hormonales intervinientes. Según parece, sin embargo, las mujeres olvidan las vivencias traumáticas de dolor sufridas durante el alumbramiento también a raíz de que una hormona (oxitocina) que se forma en mayor cantidad durante el embarazo, actúa directamente sobre las funciones de la memoria y puede ayudar a impedir un recuerdo traumático; véase Van der Kolk 2000).

Niños que son separados de su madre o de su persona de referencia primaria en la edad de la lactancia pueden, en el caso extremo, morir a consecuencia de este «trauma de privación». Una vez que los niños han abandonado la lucha desesperada por la atención de su madre a través del llanto, caen primeramente en movimientos estereotipados de balanceo que se describen como signo de hospitalismo. A continuación, se aíslan más en sí mismos, rechazan el alimento, fijan la mirada en el vacío y, finalmente, mueren, a

pesar de que se les brinda una cuna tibia y alimento suficiente. En niños que superan semejante «terror» puede destruirse, en el caso extremo, su capacidad de vincularse a otras personas, de construir relaciones sólidas y de vivirlas de forma satisfactoria. Por lo demás, en otros primates, en los monos, el fenómeno es semejante. Los investigadores han encontrado a través de un método probatorio modificaciones análogas en las crías de macacos Rhesus separadas de sus madres.

¿Qué otras experiencias de estrés extremo pueden darse en la fase temprana de la vida? En lo que sigue se enumeran algunos ejemplos de experiencias que pueden conducir a un daño persistente del desarrollo a causa de estrés.

Posibles experiencias extremas en el seno materno y en el desarrollo prelingüístico
<ul style="list-style-type: none"> • Experiencias de estrés extremo de la madre embarazada perjudican al bebé en el seno materno y pueden conducir incluso a un aborto espontáneo; • traumas de nacimiento (falta extrema de oxígeno, lesiones corporales, separación de la madre, experiencias de dolor); • violencia física directa sobre la madre y sobre el vientre embarazado (accidente o, peor aún, violencia humana); • sobreexigencia extrema de la madre y ulterior insuficiencia de atención al lactante a causa de los traumas infantiles tempranos de la madre en su propia relación de hija con su madre; • impresiones sensoriales abrumadoras (que pueden afectar a todas las cualidades sensoriales tanto en el seno materno como durante el período de lactancia: dolor corporal, violencia de hecho, estímulos físicos extremos: frío, calor, ruido, más tarde también impresiones visuales –por ejemplo, estímulos extremos de luz, oscuridad total–, sensaciones olfativas extremas, etc.); • falta total de respuesta a intentos de comunicación del niño: al contacto con la mirada, a sonidos proferidos por el niño, contacto físico, etc.; • situación constante de intranquilidad; • separación de las personas de referencia (especialmente cuando suceden sin el acompañamiento de cuidados apropiados, después de adopciones, en tutelas, expulsión, huida, guerra); • coincidencia de varios factores de estrés.

El presupuesto y, al mismo tiempo, el dilema de la poderosa posición del hombre en el reino animal es su dependencia de personas de referencia. En ningún otro ámbito del reino animal dura el proceso de autonomía de la cría tanto tiempo como en el hombre: en muchos países de Occidente, el adolescente alcanza la mayoría de edad aproximadamente a los veinte años. El lagarto sale del huevo y posee capacidad inmediata de supervivencia.

La dependencia de los padres en todo el desarrollo psíquico, social y corporal es nuestra

oportunidad como género humano: podemos adaptarnos a todas partes. En el Ártico tenemos exactamente la misma capacidad de supervivencia que en el desierto. Pero esta capacidad humana de adaptación nos hace vulnerables. El pequeño ser humano necesita la relación humana como necesita el agua y el pan. Si no se satisfacen las necesidades primarias del niño en cuanto a intercambio, a un reflejo del propio yo «en el brillo de los ojos de la madre» —como dijera en una ocasión un célebre investigador de la edad de la lactancia—, los sistemas de regulación del desarrollo temprano se derrumban con facilidad. En el caso extremo, el organismo deja de ser capaz de sobrevivir. Las investigaciones sobre los lactantes han mostrado que las madres que han tenido a su vez una madre que no pudo comunicarse con ellas de forma correcta y que hasta posiblemente las golpeó cuando eran lactantes, pueden tener ellas mismas considerables problemas en la atención del propio hijo. Este fenómeno se designa como «trastorno vincular grave», que en el fondo es expresión de un trauma relacional temprano. De ese modo, un trauma puede de alguna manera «heredarse».

También es dramático en el trauma psíquico temprano de carácter grave el hecho de que las consecuencias visibles que llevan a los profesionales asistenciales a intervenir solo pueden reconocerse mucho más tarde: los niños llaman primero la atención de la propia familia. Los pediatras se ven a menudo sobreexigidos cuando los padres acuden a ellos en busca de ayuda y los informan de que es difícil tranquilizar al niño, de que muestra trastornos de alimentación y digestión, y de que tampoco puede tranquilizarse a sí mismo. La madre y el niño «sobreviven» de alguna manera los problemas, casi nadie piensa en la causalidad de un «trauma». Cada vez se acude menos a consulta en los centros de orientación para madres con lactantes. Y también en tales centros se pone a menudo el acento sobre todo en los *trastornos relacionales* entre los padres y el bebé. La mayoría de las veces, estos trastornos se reconocen acertadamente como una causa importante de los trastornos en el bebé o en el niño pequeño.

Pero, según mi parecer, con frecuencia se subestima la importancia de (otras) vivencias traumáticas: las historias clínicas de mis pacientes sugieren que también acontecimientos como un accidente automovilístico de los padres en el que se haya producido un «estruendo mayúsculo» pero cuyas consecuencias se limitaron a daños del vehículo y en el que tanto los padres como el niño no sufrieron más que un susto, pueden tener consecuencias considerables para el bebé. En un caso los padres relataron que su bebé permaneció mucho tiempo atrapado en su silla infantil dentro del vehículo y que daba la impresión de estar apático, que después lloró, y que fue casi imposible calmarlo. Las

noches subsiguientes fueron agotadoras: por la noche, el bebé no hacía más que llorar. Además, ya no podía «conservar nada en el estómago», etc.

Fácilmente puede suceder que, en un caso así, solo consideremos la relación entre el niño y los padres, y la consideremos perturbada, pero que en el intento de atribuir el síntoma a su causa se deje fuera de consideración la vivencia de estrés extremo tenida por el niño en el accidente. Es importante que también los padres sepan que un «estruendo mayúsculo» puede tener repercusiones a largo plazo en el bienestar del bebé o del niño pequeño. Naturalmente, las consecuencias del accidente en el niño perjudicarán *también* la relación entre el niño y los padres. Los padres están sobreexigidos por las noches sin descanso, riñen, tal vez, durante la noche en voz alta acerca de a quién le corresponde calmar al bebé, y el estrés «echa leña al fuego» de los conflictos entre el padre y la madre. Esto tiene a su vez repercusiones en el bebé. Hay que afirmar, pues, que atribuciones expresas o tácitas por parte del terapeuta que no tengan en consideración también aspectos como accidentes, etc., pueden, dado el caso, afectar injustamente a las relaciones de los padres y debilitar así su sentimiento de competencia como personas encargadas del cuidado del niño. Un círculo vicioso de experiencias y atribuciones negativas puede hacer que todo se vuelva incluso mucho peor.

¿Cuántos bebés y niños pequeños que sufrieron las noches de bombardeo en Alemania y en otras partes de Europa durante la Segunda Guerra Mundial fueron tratados más tarde psicoterapéuticamente por un trastorno postraumático, por trastornos de pánico o de angustia, sin que se hayan tenido en cuenta en la historia clínica y para la comprensión de los síntomas situaciones extremas de estrés por ruido, inquietud, frío, separaciones de la madre en situaciones de huida, etc.? Desde la perspectiva del pequeño no solo resultan traumáticos un acontecimiento catastrófico como el Holocausto y la confrontación con la muerte. En la visión de la psicotraumatología hay también otras cosas que son importantes para el niño: para un bebé, la caída de una bomba junto al refugio es probablemente una situación traumática: el niño se vuelve inconsolable, la madre no puede ya amamantarlo a raíz del susto y de las demás preocupaciones y penurias, el bebé se alimenta a partir de entonces mal, está siempre inquieto, etc. Más tarde el niño sufre tal vez de hiperactividad o de un trastorno de pánico así como de hipertensión arterial esencial, o sea, inexplicable.

¿A cuántas madres de tiempos de guerra se les atribuyó a partir de Freud, implícitamente, en caso de una relación conflictiva con los respectivos pacientes de terapia, una

responsabilidad fundamental o incluso la culpa por sus síntomas, sin haber tenido en cuenta los aspectos psicotraumatológicos arriba mencionados para una explicación del sufrimiento de los pacientes? Esto no pretende ser una denuncia: antes bien, la consideración crítica guarda correspondencia con el incremento de conocimiento que la investigación psicoterapéutica moderna puede extraer de los resultados de la investigación de las neurociencias, entre otras fuentes. Tampoco se trata aquí de cuestionar el sentido del trabajo terapéutico con conflictos entre personas. No todas las cargas psíquicas provienen de traumas. Pero, si no vemos estas gravísimas lesiones, especialmente en la fase más temprana de la vida del hombre, dejamos a la persona en cuestión sin la oportunidad de una asistencia profesional diferenciada.

Lamentablemente, estos conocimientos siguen sin formar parte de la cultura general de muchos de los profesionales que trabajan con niños y adolescentes. También el lego puede extraer sus conclusiones si conoce un poco la relación existente entre trauma y síntomas de trastorno, como ocurre en la relación entre tabaquismo e infarto cardiaco. No todo fumador sufre un infarto cardiaco, pero si alguien sufre un infarto, cualquier lego se dirá hoy en día que, a fin de cuentas, esa persona, por ejemplo, vivía de forma insana al fumar treinta cigarrillos diarios. Si a una maestra le llama la atención el comportamiento en clase de un alumno de seis años por sus estallidos agresivos, sus estados de ausencia y su falta de capacidad para soportar frustraciones, y sabe que, a los dos años de edad, el niño perdió de forma trágica a su madre, tal conocimiento podría llevarle a sospechar que, posiblemente, el alumno sufre de un trastorno subsecuente a un trauma psíquico sin que él llegue a articular verbalmente su sufrimiento o hasta sin poder poner en relación su propia intranquilidad con el trauma temprano que ha sufrido.

Más claramente pueden verse los daños cuando perturban el funcionamiento del tejido social tan pronto como los niños comienzan a enfrentar las exigencias de sus padres y de la sociedad: si los niños molestan en el jardín de infancia, en la escuela o en la situación de formación profesional. En la mayoría de los casos, nadie advierte la relación existente entre el síntoma y un perjuicio psíquico extremo en la fase más temprana del desarrollo porque tales relaciones no se conocen.

En el peor de los casos, a estos niños se les castiga por las «peculiaridades» de su comportamiento. Y ello a pesar de que hemos aprendido que, por regla general, los síntomas son intentos inconscientes de autocuración. Normalmente, a estos niños se les atribuyen hoy en día «déficits innatos». Por lo menos, de ese modo no se les imputa

forzosamente mala voluntad cuando pierden los estribos o reaccionan de forma agresiva. Pero, de alguna manera, siguen siendo «estigmatizados»: en este niño hay algún defecto de nacimiento. Es decir, los problemas provienen *de él*, de sus genes, etc. De ese modo no se hace más que reforzar el sufrimiento con el que el niño ya carga; a saber, la sensación de no estar en orden.

Posibilidades de no reconocer o de comprender síntomas de trastorno subsecuente a un trauma psíquico y de reaccionar de forma correspondiente
<ol style="list-style-type: none"> 1. El entorno parte de una mala voluntad o «mala educación» originaria del niño: <i>castigo y marginación</i>. 2. Atribución biológico-genética como síntomas patológicos innatos: <i>tratamiento sintomático; medicamentos</i>. 3. Comprensión de los síntomas como consecuencia de un trauma: <i>trato humano y, dado el caso, terapia en conformidad con los conocimientos de las neurociencias y de la psicotraumatología</i>.

Para el niño y los padres puede resultar de ayuda comprender por primera vez las características llamativas tanto psíquicas como conductuales. Es un alivio reconocer que el sufrimiento puede provenir de traumas tempranos, de un tiempo del que no pueden traerse activamente recuerdos al presente. Lo inexpresable adquiere por fin un lenguaje para manifestarse. También aquí corresponde con la experiencia del trabajo con niños y adolescentes traumatizados que la «comprensión de sí mismo» tiene ya un efecto saludable. En muchos niños y adolescentes que han sido adoptados y han experimentado un trauma con anterioridad a la adopción, la averiguación en común de las circunstancias vitales tempranas ha llevado en la terapia a una mayor seguridad acerca del propio origen y, con ello, a una mayor seguridad en sí mismo y a una mayor vitalidad. La propia historia pudo «cobrar rostro» a través de un enfrentamiento con las antiguas personas de referencia o de informaciones de los colaboradores de las entidades de protección del menor intervinientes. Dificultades típicas como trastornos del control de la impulsividad, problemas sociales, dificultades para manejar frustraciones, etc., pueden tratarse en común, por ejemplo, mediante prácticas basadas consecuentemente en los conocimientos obtenidos por las neurociencias. En este punto ayuda la representación de *somos no uno, sino «muchos»*: un yo de hoy y otras partes jóvenes de nosotros mismos que siguen «activas» en nuestro interior, con sus heridas psíquicas. Estos «niños menores» que anidan en la interioridad del niño o el adolescente del presente pueden hacerse visibles, junto con su sufrimiento, como partes que desarrollan una «vida propia». Se los ha «reconocido», y pueden de alguna manera recibir juntos cuidados «atrasados» en el mundo de la representación a través de imaginaciones, o bien en el mundo ficticio del

juego –con personas de referencia o con terapeutas– (Krüger-Reddemann 2007). En el mejor de los casos, el alma entera puede hallar de ese modo algo de tranquilidad. Pero a los adultos que tienen que ver con el niño o adolescente tiene que venirles antes a la mente que las dificultades y problemas tienen algo que ver con la historia temprana o, dicho de otro modo, con «niños interiores más pequeños» que no han recibido cuidados.

A muchos de nosotros nos cuesta imaginarnos los sentimientos de inseguridad que puede suscitar la falta de una historia propia en un ser humano. Sorprendentemente, los niños y adolescentes pueden llevarse a menudo mejor con aspectos trágicos de la propia historia que vivir sin tener conocimiento de los traumas sufridos. Por eso son muchas las personas que provienen de una adopción, alguna vez en la vida se ponen en busca de sus orígenes, aun sabiendo que la confrontación con esa historia puede resultar dolorosa. En la mayoría de los casos, la pregunta por el origen se plantea ya temprano, pero la búsqueda de la realidad se plantea habitualmente por vez primera en la juventud.

Resumiendo, podemos decir lo siguiente: es importante prestar atención sobre todo a lesiones psíquicas severas en la fase temprana de vida de los niños. De ese modo podemos, a través de cuidados brindados a tiempo, ayudar a evitar mucho sufrimiento en la vida posterior, y, por otra parte, como adultos podemos ser para los niños más adelante un «puente de memoria» y ayudar al adolescente, por ejemplo, a conferir rostro a la historia de su vida. Según la perspectiva de muchos jóvenes, se pueden soportar a veces mejor unas imágenes desagradables que los sordos ruidos de incertidumbre que se producen en el alma.

Sobre las funciones cerebrales y corporales alteradas tras situaciones de estrés extremo²

Las neurociencias nos han abierto en los últimos años una visión fascinante de los logros de la memoria y del funcionamiento del cerebro en su modificación por experiencias traumáticas. Por ejemplo, Hüther (2003) y Markowitsch (Markowitsch-Welzer 2005) han contribuido en el ámbito de habla alemana a una mejor comprensión general de estos resultados de la investigación también por parte de los legos en la materia.

Si los canales de percepción indican al «aparato psíquico» que una situación corresponde a los criterios arriba descritos de situación traumática (amenaza para la vida, reacción inútil de lucha y huida, impotencia y desvalimiento), se produce una «reacción psicobiológica de emergencia». ¿Cómo podemos imaginarnos tal reacción?

Contemplemos ante todo las reacciones agudas después de una situación de estrés extremo. Se trata de un carga frente a la cual fracasan todas las estrategias de solución con las que se contaba hasta ese momento –también las del cerebro–. La consecuencia es una reacción incontrolable de la biología cerebral al estrés. Áreas corticales y del llamado sistema límbico –una parte de la región cerebral filogenéticamente más antigua, situada en el centro del cerebro– se ven activadas de forma inespecífica. El sistema límbico coordina, entre otras cosas, la actividad de la memoria, mantiene activas las emociones necesarias para la conservación de la especie.

Si a través de la «puerta de la consciencia», el tálamo (lugar del cerebro que distingue lo importante de lo no importante), llegan al sistema límbico impresiones sensoriales que son interpretadas como una amenaza extrema, se activan sistemas hormonales de estrés (entre otros, el *sistema adrenalínico* y el *noradrenalínico*). Se llega así a una situación de sobreexcitación en todo el cuerpo: el organismo es colocado en actividad máxima a fin de poder llevar adelante de la mejor manera las acciones de lucha y huida. La amígdala cerebral, el «detector de incendios» del cerebro, forma parte del sistema límbico. Ella confiere a la percepción sensorial la correspondiente cualidad emocional y cuida del comportamiento emocional que sigue a continuación. Si se supera el desafío, la sobreexcitación cesa y el sistema recupera la tranquilidad.

Si una situación de estrés extremo se prolonga, se produce un incremento progresivo de intensidad y una activación persistente de los sistemas de sustancias transmisoras y de la liberación de hormonas (CRH, ACTH, cortisol, etc.)³. Entre el cerebro y la corteza adrenal corre un eje de sustancias transmisoras. Allí tiene lugar una parte importante de la regulación del estrés en el caso de que sea persistente. Entonces, a través de este eje de sustancias transmisoras, partiendo del cerebro (región del hipotálamo [CRH] à hipófisis [ACTH] à corteza adrenal), se libera en la corteza adrenal cortisol. Según conocimientos recientemente adquiridos, esto conduce a una nueva desestabilización de la conectividad y de las redes de los nervios cerebrales. El metabolismo energético del cerebro se reduce, los procesos de crecimiento de los nervios cerebrales se ven perturbados (los factores de crecimiento se han reducido) y, en caso de un estrés aún más prolongado, se produce incluso un amortecimiento de estructuras nerviosas en la corteza cerebral, así como de fibras nerviosas y células nerviosas (noradrenérgicas) (células piramidales) en la llamada región del hipocampo. El hipocampo, una región situada en el lóbulo temporal del cerebro, llega incluso a encogerse. Además, se dan

también transformaciones de la llamada región orbitofrontal, con perjuicio de funciones de reparación y de la capacidad de tranquilizarse después de experiencias de estrés. Por consiguiente, puede hablarse de una verdadera «lesión cerebral» a causa de impresiones sensoriales traumáticas. Según la opinión de los investigadores, los efectos «tóxicos» de las concentraciones incrementadas de cortisol podrían ser causantes de muerte celular.

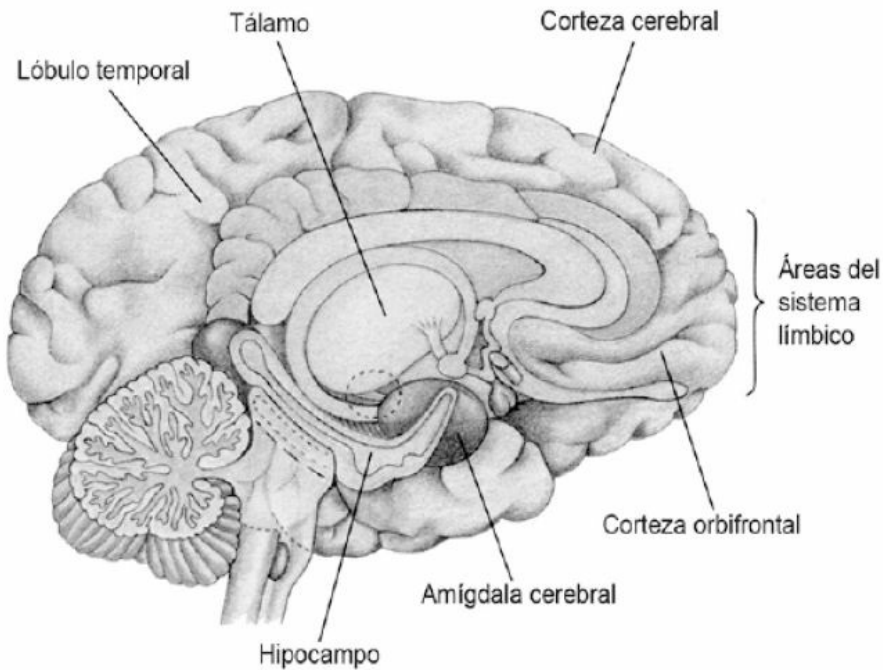


Ilustración 2: Las áreas activas del cerebro en situación de estrés.

También la «atemporalidad» de los recuerdos del trauma durante los tristemente célebres *flashbacks* y las pesadillas nocturnas puede explicarse actualmente con los conocimientos de las neurociencias. Además, durante las situaciones de *flashback* se reprime el funcionamiento del centro del habla (centro de Broca), hecho que podría explicar el «mutismo» y la acentuación de fenómenos somáticos en personas que sufren trastorno por estrés postraumático. Más tarde –en situaciones terapéuticas– puede ser de ayuda «reencontrar» el lenguaje. Fragmentos de recuerdos depositados de forma «dispersa» en el cerebro pueden ser reunidos (nuevamente) a través de la verbalización cuando el aparato psíquico puede «permitirse» contemplar la imagen completa del horror vivido, es decir, cuando se ha recuperado y estabilizado suficientemente. De ese modo, se clasifican y sitúan las experiencias en la imagen de la propia vida, con un comienzo y un fin (Krüger-Reddemann 2007). Propiamente, para la persona traumatizada que padece un

trastorno traumático, la cruel experiencia no termina en principio nunca. Ni de día ni de noche está segura de que las tormentas de imágenes u otras impresiones sensoriales abrumadoras provenientes de la situación traumática no la asalten de pronto como si todo sucediera de nuevo aquí y ahora.

Funciones de la memoria alteradas por estrés extremo

El funcionamiento de la memoria experimenta diversas modificaciones en las experiencias traumáticas a causa de la excesiva liberación de hormonas: un refuerzo a largo plazo de las huellas de la memoria fijadas por hormonas liberadas en la situación traumática conduce a que las personas que sufren un trauma recuerden de forma «demasiado rápida».

Una reacción emocional extrema que se presenta de forma reiterada frente a determinados estímulos exteriores se explica también por el hecho de que la estimulación intensiva de la amígdala cerebral (el «detector de incendios») lleva a una suerte de desacoplamiento de la percepción subjetiva consciente para determinadas situaciones clave. Según señalan los investigadores de la memoria, este hecho acarrea consigo que la persona no puede hacer una verificación y clasificación adecuada de sus experiencias. Típicamente, los niños traumatizados se «desencajan» rápidamente porque, después de haber sufrido un trauma, la especial «conectividad» que se produce en el cerebro hace que, bajo la influencia del «antiguo» estrés extremo, que se presenta nuevamente de manera aguda, sea imposible una comprobación serena de la situación.

Bajo la influencia de las experiencias traumáticas se da asimismo una activación predominante del hemisferio derecho del cerebro, en el que se procesan y expresan emociones negativas, y ello en perjuicio del hemisferio izquierdo, que está especializado en el análisis racional de experiencias y en la producción del lenguaje. Este fenómeno se designa como «lateralización».

Los biólogos del comportamiento han descubierto que el alto nivel de cortisol en sangre que se constata en situaciones persistentes de estrés extremo incontrolado conducen a la cancelación de modos de comportamiento que se han demostrado como inapropiados para poner fin al proceso de reacción de estrés. Solo así se hacen posibles nuevas concepciones de pensamiento y de acción para superar el estrés persistente – concepciones que, tal vez, sean incomprensibles para el entorno—.

También aquí se manifiesta una vez más el hecho de que las modificaciones que se dan

en el plano «microscópico» sirven ante todo a un *sentido*. Pero tales modificaciones deben valorarse críticamente en la parte exterior del mundo vivencial del niño: lo que corresponde en el plano psicobiológico a sutiles mecanismos de adaptación al estrés persistente se percibe en el plano conductual como un síntoma patológico pues, en el momento en que se produce, parece extemporáneo e inapropiado. El conjunto de procesos de regulación corresponde al comienzo a mecanismos que, en el sentido más amplio del término, resultan necesarios para la supervivencia, mecanismos que han sido iniciados por estructuras cerebrales que se encuentran ejecutando un «programa de emergencia». En el sistema nervioso central se forman en ese momento «vías de circunvalación», «desvíos» y «zonas prohibidas».

Al mismo tiempo deberíamos comprender los aspectos llamativos que se hacen visibles en el comportamiento como intentos desvalidos de solución –con consecuencias a largo plazo– del organismo sobreexigido por el temor extremo. Así podemos salir al encuentro del niño con respeto por su viacrucis y no tenemos por qué sentirnos atacados si, por ejemplo, nos encontramos en él con una excesiva agresividad.

Los procesos de reforma y de «primado» (*priming*) pueden ser tan amplios en relación con las funciones de la memoria que, en el caso de traumas persistentes, en los niños se suprime por completo, por ejemplo, el recuerdo de experiencias traumáticas. Por regla general, entonces, los que mejor pueden apoyar al niño a modificar procesos de pensamiento son los terapeutas formados. Esto significa que el terapeuta tiene que ayudar después al niño a realizar una «reprogramación» conceptual de las modificaciones del sistema nervioso central, que en la mayoría de los casos están muy afianzadas. Siempre de nuevo debería darse una sintonización con la realidad: si el cerebro sigue sugiriendo una situación amenazante, el niño debe «convencerse», a través de la reiteración de ejercicios mentales reestructuradores, por ejemplo, de que, pasado el trauma, está en una realidad nueva y segura. «¡Ahora no estás en peligro: es tu cerebro el que te está haciendo creer que hay un peligro!». La reprogramación es un trabajo duro, disciplinado: «un pensamiento hay que reproducirlo mil veces antes de que pase a ser una consciencia cierta», dicen los investigadores de la memoria.

Hay todavía muchos otros detalles interesantísimos de la investigación reciente sobre el sistema nervioso y hormonal que no se pueden exponer aquí porque excederían el marco de este libro. La literatura citada más arriba puede resultar de ayuda para que los «lectores intrépidos» amplíen sus conocimientos.

Diferentes «rostros» del trauma: posibles causas de un trauma psíquico

En este apartado se considerarán aspectos especiales que implican diferentes situaciones en las que niños y adolescentes sufren lesiones psíquicas graves: ¿con qué nivel de gravedad repercuten las diferentes situaciones?

Cuanto más se acerca una situación traumática al niño y al entorno con el que está familiarizado, tanto más graves son las consecuencias psíquicas para él. Un accidente de ferrocarril del que un niño es testigo desde la distancia tendrá por regla general efectos más bien reducidos; un accidente de un hermano que se produce en su cercanía o una experiencia de violencia que él mismo ha sufrido dentro de la familia tendrá efectos mucho más fuertes. La violencia «cotidiana» que los niños tienen que experimentar a puerta cerrada, especialmente cuando la violencia se ejerce por personas de referencia, se cuenta entre los traumas que hieren de forma más duradera al niño, porque, entonces, sus protectores pasan a ser agresores. La ilustración 2 expone los efectos traumáticos crecientes de diferentes acontecimientos. (Algunos acontecimientos especialmente típicos que conducen muy a menudo a graves lesiones anímicas en niños se explicarán más abajo).

En la ilustración 3 se explica que los efectos serán tanto más graves si los acontecimientos han estado bajo influencia humana, es decir, si un aparato técnico produce accidentes traumatizantes al ser manejado por mano humana o, peor aún, si personas humanas ejercen ellas mismas violencia sobre el niño o sobre otras personas, sea violencia física o anímica.

El mundo ya no es seguro para la niña pequeña cuando ve que su padre, a quien su fantasía elevaba a una dimensión grandiosa, es presa del pánico y pierde la cabeza porque se incendia la casa. O si un coche sufre daños tan grandes en un accidente que las personas que van en su interior resultan gravemente heridas o incluso mueren, y su papá, que es mecánico, es uno de los que en la fábrica monta los vehículos, que eran antes para su hijo varón expresión de grandeza, fuerza y seguridad, atributos de los que su padre también participaba. «¿Ya nada es seguro?». Este cuestionamiento de la seguridad se plantea sobre todo si los niños no solamente dudan de forma mediata del «poder protector de los padres», como en los ejemplos que acabamos de dar, sino cuando las que se convierten en una amenaza inmediata para el niño son las personas, especialmente en experiencias de violencia doméstica. En este caso, la fuerza traumática de los

acontecimientos es especialmente devastadora.


Acontecimiento	Efectos
Catástrofes naturales (inundaciones, tormentas, etc.)	 efectos traumáticos crecientes
Accidentes técnicos (accidentes, incendios, etc.)	
Violencia humana <ul style="list-style-type: none"> • Violencia extrafamiliar • Violencia familiar 	

Ilustración 3: efectos traumáticos crecientes de determinados acontecimientos.

En el «programa de emergencia» que se activa en el cerebro después de un trauma, la persona (como también el niño a partir del desarrollo de una cierta madurez intelectual) se plantea consciente o inconscientemente algunas preguntas decisivas en el sentido de la supervivencia (y de la «conservación de la especie»):

1. ¿Cuál fue la causa de la amenaza para la vida?
2. ¿Cómo me curo de las heridas?
3. ¿Cómo puedo evitar en el futuro una amenaza semejante?

Esta «lógica del trauma», en parte irracional, representa, dado el caso, una carga también para la relación con otras personas si el niño tiene que llegar a la conclusión de que personas adultas o incluso sus mismos padres han de asumir una (co-)responsabilidad por lo sucedido. Consecuentemente, en el caso concreto hay que detectar estas atribuciones de responsabilidad a partir de lo que el niño articula y comentar con él sus miedos, fundados e infundados.

En lo que sigue se considerarán con más detalle las situaciones típicas en las que niños y adolescentes sufren traumas psíquicos. En la descripción de los contextos traumáticos se procederá de grados menos lesivos a grados tendencialmente cada vez más lesivos para el niño.

Catástrofes naturales

Incendios forestales, inundaciones, huracanes, desastres producidos por avalanchas, etc., son ejemplos de situaciones producidas por la naturaleza en las que los niños pueden sufrir lesiones psíquicas si se sienten existencialmente amenazados o si otros niños, animales o también personas adultas de su entorno se encuentran en dificultades extremas. Pero, en ese caso, el enemigo se encuentra por lo general muy lejos del *mundo relacional* del niño: esto protege a los padres de que el niño vea en ellos la causa de la catástrofe.

Aquí es justamente la *naturaleza* la que amenaza al niño y su mundo. Incluso los poderes naturales cotidianos pueden resultar especialmente amenazantes para niños pequeños: para un niño que se ve expuesto a una tormenta estando solo, el trueno que retumba puede resultar extremadamente estresante en determinadas circunstancias. No en vano muchos pueblos primitivos han relacionado los grandes fenómenos naturales con la acción de dioses y con su propio comportamiento incorrecto. Sin el conocimiento científico de la Edad Contemporánea, estos poderes de la naturaleza son a menudo sumamente amenazantes.

Si mi comportamiento correcto o incorrecto puede influir en los dioses, está, en definitiva, en mi poder o en el de mi tribu el que las potencias de la naturaleza se desaten sobre nosotros. De ese modo, el hombre se ha escurrido «elegantemente» de la trampa de la impotencia y, potencialmente, controla él mismo con su propio actuar los destinos de la naturaleza. Las categorías humanas de lo bueno y lo malo se trasladaron así a la naturaleza: había espíritus buenos y malos, dioses benévolos o repressivos.

Las modificaciones de los fenómenos naturales producidas por el hombre llevan ahora a una nueva dimensión de real «omnipotencia» destructiva del ser humano. Los niños se enteran ya desde la edad preescolar de aspectos del cambio climático, de la destrucción del medio ambiente por el hombre, etc. De esa manera, la psique infantil se familiariza, a través de un entendimiento creciente, con el hecho de que, posiblemente, «el grande», o incluso el veloz coche de papá, que genera tantos gases de escape, podría tener algo que ver con el huracán que arrancó los árboles de raíz y, así, aplastó dentro del coche al papá del amiguito Max. «¿Por qué conduce papá un coche tan grande si es que de eso proviene una cosa semejante?» se preguntará tal vez el pequeño Hannes, de ocho años. Tras una época de información y etiología científicas, la catástrofe natural adquiere nuevamente en la actualidad una mayor *dimensión relacional* y, por esa razón, se vuelve potencialmente traumatizante para el niño.

El adulto que acompaña a un niño en una situación semejante debería explicar lo más posible los fenómenos naturales visibles y atemorizantes, y dar al niño la oportunidad de plantear preguntas. También puede ser aconsejable tomar la iniciativa en tematizar las sospechas o convencimientos de un niño como Hubert cuando se sabe que se está tratando con un «muchacho avisado», que lo cuestiona todo. ¡Especialmente los pequeños «descubridores de mundos» que cursan la enseñanza primaria necesitan aquí su apoyo! Y esto vale sobre todo si un niño ha sido traumatizado de forma inmediata por la vivencia de alguna catástrofe.

Si comparamos una vez más los diferentes efectos de diferentes acontecimientos traumáticos, podemos afirmar que, cuando el niño establece una relación *causal* entre el ser humano y la catástrofe, y cuando personas allegadas al niño pueden ser incluso «sospechosos principales» de ser los causantes, habría que tratar el «tema de la causa». Aun cuando se trate «solamente» de una catástrofe natural, mamá y papá no pudieron ayudar en el terrible suceso. Pero más opresivo aún resulta para el niño y para su «confianza primordial» en el mundo el que esté convencido de que personas adultas o hasta sus mismos padres son (co-)responsables de lo sucedido.

Con vistas a la psicología del trauma, para un niño es importante también contar con un lugar seguro donde desarrollar su vida. Si el niño pierde su entorno vital más familiar, su alma se ve sacudida de forma especial.

Muchos adultos piensan en tales situaciones solamente en los «grandes daños» de índole material. Por favor, no descuiden en la visión de estas cosas la perspectiva de los niños: para un niño, hasta la muerte de un conejillo de Indias resulta a veces estremecedora, y es posible que necesite más consuelo por esta razón que por la pérdida de su casa a causa de una inundación. Los niños asignan a las cosas un significado muy propio que puede divergir considerablemente de la importancia que les dan los adultos. Cosas que a nosotros nos parecen carentes de valor pueden ser existencialmente importantes para los niños. Ciertamente, los niños han aprendido ya qué es lo que los adultos consideran importante y qué valores infantiles no cuentan para nada en el mundo de los adultos. Por eso, a partir de cierta edad se avergüenzan a veces de sus pequeños e insignificantes «tesoros». En tales situaciones sean ustedes sensibles a las inclinaciones del niño o el adolescente. Si se da la ocasión para hacerlo, pregunten, pues, al niño qué es lo que echa en falta. De ese modo se le podrá brindar también consuelo.

Los pronósticos de un incremento de las catástrofes naturales –ejemplos de ello son las

crecientes inundaciones de los últimos años, en Europa en general, o la mayor frecuencia de tormentas tropicales, etc.– desempeñarán un papel en el futuro también desde el punto de vista psicotraumatológico cuando los niños se vean amenazados de forma directa o sean testigos de sucesos horrorosos.

Los profesionales de primeros auxilios no están siempre de inmediato en el lugar de los sucesos y no han recibido tampoco una formación en la psicología de las situaciones de emergencia. Por eso sería preciso que quienes no han recibido una formación profesional en psicología –sea que estén actuando como padres involucrados, como maestros, como tutores de jardín de infancia, etc.– supieran algo sobre los efectos de los traumas y conocieran las medidas simples de auxilio que deben tomarse, tanto en el momento de la emergencia como más adelante. Lamentablemente, los conocimientos de psicología de las situaciones de emergencia no están extendidos de forma generalizada en la policía y en el servicio de emergencias. No obstante, la policía y los bomberos así como asociaciones asistenciales civiles están desarrollando en los últimos tiempos una creciente conciencia de la dimensión psicológica de accidentes, de actos de violencia, así como de grandes catástrofes que afectan a muchas personas. En Hamburgo, por ejemplo, los funcionarios policiales y colaboradores del equipo de intervención en crisis de la Cruz Roja reciben desde hace tiempo conocimientos psicotraumatológicos básicos a fin de ayudar de forma competente a niños, adolescentes y familiares en los momentos de mayor dificultad, y de preparar ulteriores medidas apropiadas de ayuda. También se realizan encuentros periódicos de representantes de estas y otras instituciones con el ambulatorio psicotraumatológico a fin de dialogar desde la perspectiva de la psicología del trauma acerca de sus intervenciones y de mejorar así su acción para contribuir a reducir el estrés sufrido por los niños.

En ocasiones, sin embargo, los niños como víctimas de catástrofes naturales pueden ser también testigos de la solidaridad y la solicitud humanas. Justamente en los niños pequeños, cuya percepción no está todavía tan orientada hacia las cosas materiales y su pérdida, una situación semejante puede conducir también a la confianza, a la fe en el apoyo que se recibe en el seno de la comunidad humana y, de ese modo, a un crecimiento. Por el desarrollo propio del niño adquieren aquí especial importancia la calidad de una relación sustentadora y la simple satisfacción de necesidades primarias como calmar el hambre, la sed y el frío, etc., que hacen a la vez que la vida merezca vivirse. Si el molesto vecino se convierte en alguien que ayuda (a sobrevivir), si un desconocido regala a una niña pequeña que siente hambre un plátano que había recibido

para sí, la solidaridad se hará una realidad perceptible para el niño en cuestión. Algunos adultos –aunque pocos– que experimentaron la guerra mundial siendo niños de jardín de infancia vivieron lo que para los adultos y para sus hermanos mayores era huida y desarraigo más bien como una aventura: esto pudo darse si las circunstancias no habían desgarrado a la familia, si ellos mismos no habían sido testigos directos de acontecimientos trágicos y si los padres habían conservado en medio de la situación una cierta estabilidad corporal y psíquica. Aquí se nota en especial lo que rige para toda carga extrema que sufra un ser humano: casi siempre, la carga conlleva también una oportunidad de crecimiento.

Accidentes técnicos

Los accidentes y las experiencias de violencia son los motivos más frecuentes por los que se sufren traumas en el mundo occidental. En especial en el grupo de los niños habría que prestar en el futuro más atención a las consecuencias anímicas de tales acontecimientos. Sobre todo los accidentes hacen necesaria la ayuda del lego informado. Ustedes como padres están a menudo ausentes, y toda persona adulta debería ser sensible a los niños del entorno que hayan tenido un accidente y que puedan sufrir un *shock*. En tales situaciones, el lego bien informado debería ser capaz de representar a los padres y de prestar ayuda en el caso de que estos últimos no puedan estar personalmente presentes. Debería poder cuidar de que el niño afectado reciba atención solícita. Ustedes mismos como padres, como maestros en el patio de escuela en el que se produce de repente un accidente, o también como transeúntes en la calle, pueden contribuir al bienestar del niño si le ayudan a salir de una situación momentánea de *shock*. Los primeros momentos cuentan. Como padres les resultará después más fácil ayudar al niño si otros adultos han podido asumir de forma vicaria el papel parental de apoyar y brindar seguridad al niño en la situación de urgencia. Cada uno de nosotros puede verse puesto de pronto en una situación semejante al tener que actuar como socorrista del propio hijo o del de un vecino.

Experiencias de violencia extradoméstica

Si un niño experimenta violencia de hecho por mano humana, sea de forma directa o mediata, por ejemplo como testigo presencial, su confianza en las relaciones humanas se ve sacudida en sus fundamentos. En la mayoría de los casos se ve afectada también la relación con los propios padres. He aquí un ejemplo en el que se trata de niños situados en el entorno de acontecimientos que conllevan una suerte de *infección emocional* en

quienes están cerca de la víctima infantil.

En el entorno de un centro de enseñanza primaria, la madre de un alumno maltrató a su hijo de forma inusualmente cruel. Gracias a la denuncia de un vecino hubo intervención policial con ingreso de la mujer a prisión. El caso llegó a la opinión pública (de la escuela). Los compañeros de clase y otros alumnos se enteraron de los detalles del suceso. El hijo fue tomado en custodia por las instituciones oficiales de protección del menor. Los maestros oyen decir a muchos alumnos: «¿Puede sucederme también a mí que mi mamá me golpee hasta casi matarme?». Algunos alumnos provenientes de circunstancias domésticas con dificultades, en las que los maestros sospechan la presencia de experiencias de violencia, se encuentran incómodos: dan a los docentes la impresión de estar perturbados, temerosos, desconcentrados y, de alguna manera, ausentes. Algunos padres refieren dificultades de sueño y diferentes síntomas de miedo en sus hijos. Pareciera que niños que, de otro modo, son vitales y no tienen miedo, desarrollan de pronto miedos frente a sus propios padres. La dirección de la escuela se dirige a los colaboradores del ambulatorio psicotraumatológico. El gabinete de crisis que se forma a raíz de estos hechos elabora un plan acerca del modo en que puede ayudarse a hijos y padres para tratar de manera adecuada los miedos de los niños.

El ejemplo muestra que es importante prestar atención también a los niños que no están afectados de manera directa por la violencia, pero que, a pesar de ello, sufren y pueden experimentar daños psíquicos. Muestra que los niños que se encuentran en el entorno de acontecimientos traumáticos pueden resultar hasta «emocionalmente infectados». El miedo es el sentimiento más necesario para la supervivencia, razón por la cual los niños tienen una percepción especial para acontecimientos del tipo descrito. «¿No me acecha también a mí un peligro semejante en mi propio entorno? ¿Qué debo hacer para protegerme?»: Se trata de representaciones más bien inconscientes de niños que se convierten en testigos presenciales de ese tipo de acontecimientos.

Los miedos proliferan en los niños de forma aún más virulenta cuando se trata de la muerte violenta de seres humanos, sobre todo de otros niños. En niños que han experimentado por sí mismos o se han enterado de la muerte violenta de seres humanos en su entorno hay que contar con un «riesgo de infección» especial en cuanto al miedo. Y, cuanto más real y amenazante sea su vivencia de esos miedos, tanto más dejan de hablar de ellos. En esta situación es importante que los adultos aprendan a reconocer a

tales niños en la escuela, en el jardín de infancia o en el club deportivo.

La gestión de situaciones de crisis semejantes en un entorno institucional –como el jardín de infancia o la escuela– requiere un proceder muy diferenciado que no se puede exponer en su integridad en el marco de este libro. En Hamburgo, el ambulatorio psicotraumatológico, las autoridades del área de educación y otras instituciones trabajan en común para mejorar los planes de acción en el contexto de «escuela y violencia». Sería deseable que, en el futuro, se ofrecieran a estas instituciones a nivel de todo el Estado líneas de acción y medidas de formación continua a fin de que los maestros, educadores, etc., se sensibilizaran con el tema de la violencia en todas sus manifestaciones. Consideremos los casos de Erfurt y Emsdetten: lo que allí sucedió en cuanto a la violencia no es más que la punta del iceberg⁴.

Aun con todos los esfuerzos por la prevención de la violencia no podremos impedirla por completo, por lo cual es importante procurar tener una buena atención primaria. Por regla general, los niños están agradecidos cuando se les pregunta por temas que los oprimen. En el caso del centro de enseñanza primaria mencionado más arriba había niños considerablemente afectados por miedos irracionales. Las conversaciones en clase y la orientación dada a los padres en una reunión vespertina fueron de mucha ayuda en este punto.

Pero ¿qué experimentan los niños que son víctimas *directas*, sea que sufren la violencia en el propio cuerpo o que presencian que se ejerce violencia contra otro niño? También aquí presentamos un ejemplo:

Janna, niña de trece años querida por todos y delegada de su clase, es provocada verbalmente al final de una galería comercial por otra chica a la que conoce del patio del colegio. Su amiga Jessica, que está presente, no sabe cómo reaccionar y la aparta a empujones la agresora. Esta dice que Janna no tiene que ser tan arrogante. Janna elude su acometida pero la agresora, más o menos de su edad, le impide continuar su camino. Cuando Janna quiere escapar, la retienen y aparecen de la siguiente esquina cinco chicas más, entre ellas algunas de más edad. Rodean a Janna y continúan acosándola, hasta que el grupo comienza a golpearla y patearla en medio de insultos y desprecios, hasta que casi pierde el sentido. Jessica permanece cerca, a su lado, pero no puede hacer nada. Solo un transeúnte que pasa por el lugar puede liberar a Janna de la banda.

El potencial destructivo para la psique es especialmente grande cuando el niño sufre

violencia por parte de otras personas. La arriba mencionada «confianza primordial» se ve casi siempre afectada por estas experiencias. Las representaciones que se tienen en el interior acerca de la relación humana como una realidad sustentadora y positiva se ven dañadas de forma duradera. Un niño semejante necesita un apoyo especial. Es posible que necesite una valoración profesional de la posible carga total que está sufriendo en su contexto completamente individual: ¿Existía también antes del acontecimiento una carga especial porque, tal vez, había muerto la abuela tan querida, su promoción al curso siguiente estaba en peligro, o el primer «gran amor» había fracasado? Las experiencias de violencia van acompañadas de forma especialmente frecuente por síntomas de un trastorno por estrés postraumático –así se diagnosticaría más tarde también en el caso de Janna–.

En el caso de estos niños corresponde como medida de carácter urgente aclarar ante todo las circunstancias reales: el niño o la niña necesitan ante todo tener claridad de que el suceso «ha pasado», de que la violencia tiene un fin seguro. Esto vale para un niño que ha sido víctima de forma personal como también para el que ha sido testigo de los hechos. El «niño-víctima» necesita, aparte de los «primeros auxilios» por parte de los transeúntes (véase capítulo 3), probablemente un apoyo inmediato en el mismo lugar de los hechos por parte de socorristas psicosociales, y más tarde posiblemente un tratamiento profesional por un terapeuta psicotraumatológico. Para el «niño-testigo» deberían ustedes pensar por lo menos en una consulta con un psicotraumatólogo.

Experiencias de violencia doméstica

Si la violencia se da en el entorno familiar, por lo general los que más daño psíquico sufren son los niños. Los adultos que tienen que dar amparo se convierten en agresores. Esto conduce demasiado a menudo a una desconfianza generalizada en las relaciones difícil de superar.

En algún momento, los niños se encuentran inconscientemente ante la pregunta: ¿seré víctima o agresor? La tendencia de las niñas es retraerse con su dolor. Muestran un comportamiento autolesivo, viven como adolescentes o adultas nuevamente en relaciones en las que se les ejerce violencia y se refugian en el papel de víctimas. Esto les ofrece, por una parte, una engañosa protección frente a sentimientos dolorosos, pero al precio de dolores en su propio cuerpo: «Si permanezco en relaciones violentas, me encuentro en mi “normalidad”, no siento el dolor ni la pérdida en cuanto a la relación amorosa, que tampoco he experimentado en la familia». Por otra parte, muchas víctimas tienen la

esperanza de que, tal vez, logren llevar a las personas con las que mantienen esa relación marcada por la violencia a adquirir respeto por ellas y por su dignidad. Tienen la esperanza de «curar» al novio en reemplazo del padre violento. Los muchachos se vuelven a menudo más bien agresores y se protegen de sus propias vivencias de impotencia –si ellos mismos eran los agredidos (por el padre)– a través de la violencia y de la experiencia de su «omnipotencia» sobre la víctima. Por favor, tengan en cuenta también las últimas consideraciones del apartado «Abuso sexual» sobre el trato básico que ha de tenerse ante la sospecha de experiencias de violencia en los niños.

Abuso sexual

La violencia sexual es una forma especialmente perversa de abuso corporal y emocional. En estos hechos, se interpretan maliciosamente diferentes necesidades infantiles poniéndolas al servicio de la sexualidad del adulto. ¿Qué es, propiamente, abuso sexual? Hay abuso sexual cuando un ser humano sexualmente maduro, con el fin de satisfacer sus propias necesidades sexuales adultas, obliga a un niño a realizar acciones de índole sexual en sí mismo o en otra persona, o a presenciar acciones sexuales ajenas.

Violencia sexual contra el niño significa:
<ul style="list-style-type: none"> • Un abuso de la disposición del niño a obedecer indicaciones de adultos; • un abuso de la disposición del niño a asumir responsabilidad por su propio actuar infantil; • un abuso de la falta de capacidad del niño para distinguir entre cariño y explotación.

Violencia sexual contra el niño en el seno de la familia significa:
<ul style="list-style-type: none"> • Un abuso de las necesidades de caricias por parte del niño en la relación con sus padres; • transgredir los límites generacionales y de papeles entre el niño y los padres; • un abuso de la disposición del niño a hacer un favor a los padres; • no solo realizar acciones corporales con el niño o en su presencia, sino abusar también emocionalmente del niño a través de exteriorizaciones verbales y de forzarlo a presenciar conscientemente la sexualidad adulta.

Después de las experiencias de abuso, no es raro que los niños muestren comportamientos sexualizados, sea en el trato con otros niños y adultos, o reiterando las experiencias traumáticas en acciones realizadas en el juego –con juguetes– (véase más arriba), un comportamiento que provoca escándalo. Esta forma de abuso suscita en la

mayoría de las personas un trastorno por estrés postraumático. Pueden aparecer todos los síntomas. Una y otra vez, la parte herida del alma del niño se ve forzada a «cerrar los ojos». La parte parental agresora o la madre que ha permitido la violencia del padre hacia el niño no pueden ser percibidos «por completo» (un aspecto de ellos –la violencia o el permitir la violencia– tiene que ser eliminado por el niño del campo visual), y, de ese modo, el sentimiento de vulneración, de humillación y de rabia se hace abrumador. Surge algo que los científicos llaman «personalidad aparentemente normal»: todas las partes heridas, desesperadas, humilladas, tristes y enfurecidas del «yo» son «disociadas» (temporalmente) por la memoria y ocultas en el interior del «alma» a fin de soportar de alguna manera el contacto con las personas a cuyo cuidado se encuentran. Al respecto, un ejemplo:

Michael, estudiante de bachillerato de 17 años, fue víctima de abusos sexuales por parte de su padre de forma regular entre los ocho y los doce años. La hermana de Michael, de 14 años, tenía conocimiento de los incidentes. El padre había amenazado reiteradamente a los hijos de que algo malo pasaría si hablaban sobre el «asunto». La familia estaba bajo una imposición de silencio. Hacia fuera, simulaba estar intacta. Michael era un alumno aplicado y querido, era más bien retraído y evitaba hablar sobre sí mismo o sobre su casa, así como invitar a sus amigos a su casa. Un día, Michael estalló, mató a su padre de forma extremadamente brutal y, después, se quitó la vida.

Si tienen ustedes la sospecha de que un niño está siendo objeto de abuso sexual, deberían comprobar qué posibilidades de acción tienen: ¿Pueden ayudar realmente al niño? Procuren conseguir ayuda profesional para ustedes y para el niño de parte de las instituciones competentes (oficinas públicas de protección del menor, instituciones de ayuda a víctimas, juzgados de familia). Eviten al mismo tiempo toda falsa acusación a personas del entorno del niño.

Tengan en cuenta, por favor, que las falsas acusaciones de abuso sexual o de experiencia de violencia doméstica pueden traumatizar de la peor manera al niño y a su familia, y destruir la familia en virtud de las consecuencias. Al mismo tiempo es también fatal si no se ha prestado atención a una sospecha que más tarde se confirma.

También un ambulatorio psicotraumatológico puede ofrecer a veces una primera consulta. En Hamburgo esta institución, perteneciente al Instituto de Medicina Forense de la Clínica Universitaria, y, coopera estrechamente con el departamento de ayuda a las

víctimas, dado el caso, ofrece de forma anónima asesoramiento e investigaciones. Averigüen ustedes las posibilidades que se ofrecen en su propio ámbito geográfico.

Pérdida de una persona allegada

Cuando un niño pierde de pronto a un hermanito, a un amigo o incluso a uno de sus padres por muerte, o es separado de él para siempre, el hecho significa a menudo un trauma anímico que puede ir también acompañado de un trastorno postraumático en el sentido estricto de la palabra.

A veces, la separación permanente e irreversible es para el niño más difícil de soportar que la muerte de una persona allegada. La esperanza de que, quizá, pueda darse un nuevo encuentro, impide al niño la posibilidad de *cerrar* algo, y la herida psíquica no puede cerrarse.

Todos perdemos alguna vez en nuestra vida a alguna persona allegada. El momento, el modo, el estado personal y el apoyo que se nos brinde después de la pérdida serán decisivos respecto de si permaneceremos con un *shock* persistente o si, en el tiempo subsiguiente, nos será posible hacer el duelo y la despedida. Si un niño experimenta que su padre, gravemente enfermo, muere después de un año de sufrimiento tal como estaba «anunciado» y se esperaba, se trata para él de un estrés extremo, pero que puede ser mitigado por el resto de la familia, por los amigos o por otras personas de su relación. El dolor halla solución, por así decirlo se «disuelve», en las lágrimas que el niño derrama en brazos de su madre. Pero si las circunstancias son impredecibles, abrumadoras, y corresponden a los patrones de una situación traumática, hay que contar también con una reacción traumática. (Las fases típicas en las que se desarrolla un proceso de duelo las encontrarán ustedes en otras publicaciones).

Cómo los sentimientos de culpa pueden estresar a los niños después de experiencias traumáticas

El ejemplo que sigue muestra a las claras que los niños (también los niños pequeños) asumen responsabilidad por situaciones dadas sin que los adultos del entorno tomen consciencia de ese hecho:

Lars, de trece años, es llevado al ambulatorio por trastornos de concentración y signos de excesivo nerviosismo. La anamnesis (historia clínica y del desarrollo de los síntomas) da como resultado que, a la edad de cinco años, mientras retozaba,

Lars había saltado por descuido sobre el vientre de su madre, que estaba en avanzado estado de gestación. Estando en presencia del pequeño, la madre se sintió inmediatamente mal a causa de fuertes dolores causados por el impacto, y el padre llamó a la ambulancia. En el hospital, la madre dio a luz a su hermanito, que nació muerto, pero pudo abandonar el hospital sin daños físicos. A continuación, la madre se retrajo de la familia durante muchos meses a causa de una reacción depresiva, por lo que tampoco tuvo en ese tiempo suficiente espacio interior para Lars. En contacto individual el muchacho relató después la reiteración, durante años, de flashbacks y pesadillas relacionados con la escena del momento en que él saltó sobre el vientre de su madre. Dijo, sin embargo, que lo que más lo torturaba eran los sentimientos de culpa: erróneamente, se consideraba responsable de la muerte de su hermano no nacido y del dolor de sus padres, sobre todo de su madre. Nunca había hablado con nadie sobre su problema. Posteriormente, a través de conversaciones con la familia y con el muchacho así como de una terapia psicotraumatológica, pudo tratarse con éxito el trastorno por estrés postraumático diagnosticado.

El ejemplo muestra que, después de la muerte de una persona allegada, el niño puede verse afectado sobre todo por sentimientos de culpa. En niños y adolescentes tendrían ustedes que prestar especial atención a estos sentimientos. No raras veces, los sentimientos de culpa son tan torturadores como, por ejemplo, los *flashbacks* o los signos de sobreexcitación.

No obstante, también los sentimientos de culpa tienen su sentido. Los niños los desarrollan aun cuando no pueda reconocerse una relación directa entre su comportamiento y los acontecimientos en cuestión: la culpa es como un «antiveneno», un antídoto contra el insoportable sentimiento de no haber podido hacer nada. La impotencia traumática se hace más soportable si la víctima puede poner por lo menos un límite a la posibilidad de un nuevo drama para el futuro: «Yo tengo la culpa, no actué correctamente, y por eso sucedió todo. En el futuro solo tengo que comportarme correctamente; entonces nunca más pasará algo así». Como es natural, los sentimientos de culpa actúan sobre la psique del niño también de forma nociva, «venenosa», pero son más fáciles de soportar que la impotencia.

Cuando aparecen sentimientos de culpa en el marco de la llamada violencia relacional, estos tienen, entonces, un significado ulterior: si el niño se siente culpable por el mal que

padece, el agresor allegado y la relación con él se ven como protegidos: «Si yo (el niño) no fuese tan malo, papá no sería tan cruel conmigo». La asunción de la culpa por la injusticia sufrida absuelve de alguna manera al adulto agresor de su culpa y «salva» así la relación con él. A causa de los sentimientos de culpa puede después venirse abajo todo el sistema de autoestima del niño o adolescente, los niños se vuelven depresivos y apáticos (En el capítulo 3 se considera de forma más extensa el trato con los sentimientos de culpa del niño o adolescente).

Importancia y sentido de los sentimientos de culpa después de sufrir un trauma:
<ul style="list-style-type: none"> • Los sentimientos de culpa actúan como un «antiveneno», como un antídoto contra la experiencia traumática de impotencia; • en caso de violencia relacional, la asunción de culpa «protege» la relación con el adulto importante para el niño; • los sentimientos de culpa pueden ir acompañados de problemas de autoestima y de estados depresivos, o también suscitarlos.

Los niños de Beslán: las catástrofes del terrorismo y sus efectos invisibles

Del 1 al 3 de septiembre de 2004, militantes chechenos tomaron como rehenes a las personas que se encontraban en una escuela (con alumnos de entre 7 y 18 años, así como docentes y, presumiblemente también, padres que habían venido con sus hijos a la escuela el primer día de clase) en Beslán, en Osetia del Norte, Federación Rusa. En el marco de la liberación (asalto) de la escuela perdieron la vida muchas personas (según las cifras oficiales, 331, aunque las organizaciones de ayuda hablaron de un mínimo de 900 muertos).

La escalofriante dimensión de acciones terroristas como la de Beslán, donde, en el marco de un ataque terrorista, se retuvo por la fuerza a niños en una escuela como rehenes, tiene efectos traumáticos especialmente fuertes. En lo que sigue queremos resumir las particularidades de la violencia terrorista desde la perspectiva psicotraumatológica:

Particularidades de la violencia terrorista
<ul style="list-style-type: none"> • Los agresores proceden de forma planificada dejando de lado todo respeto por los seres humanos.

Por lo general, se produce una cruel serie de traumas en un breve lapso de tiempo.

- La responsabilidad de la violencia no la tiene un individuo –una «manifestación excepcional» de la naturaleza humana (en su deformación monstruosa)– sino, por lo general, un grupo de personas que agreden a niños, hecho que aumenta el perjuicio para la confianza en la relación con los hombres y en la sociedad.
- La consecuencia es una visión extremadamente alterada del mundo y de sí mismo.
- Se llega a una supresión intencional del respeto a la necesidad de protección del niño y a su derecho a la integridad (arraigado biológicamente en el reino animal, p. ej., como «mecanismo de protección de cachorros» en los perros adultos).
- Los traumas conducen después a considerables deformaciones psíquicas de gran profundidad en las que hasta se puede llegar a una idealización de los agresores (el llamado síndrome de Estocolmo).
- La omnipotencia y protección parental se presentan irrevocablemente como una ilusión, hecho que tiene amplias consecuencias para el desarrollo psicosocial en su conjunto.
- Daños extremos sufren en particular los niños pequeños o en edad escolar infantil, que no tienen la posibilidad de limitar la situación con la ayuda de la razón.
- Los sistemas públicos de ayuda, los «poderes del orden» (policía, bomberos, ejército), posiblemente reconocidos e idealizados por el niño, no pueden ayudar. A los ojos del niño, también estos se presentan como impotentes o causan incluso a su vez un efecto de inseguridad y traumatización adicional a raíz de su necesaria intervención violenta contra los agresores.

Naturalmente, el modo en que se experimenta la violencia terrorista y en que se valora intelectualmente la situación traumática dependen a su vez de la capacidad de comprensión y del estadio de desarrollo del niño. Es posible que un lactante tenga una vivencia menos estresante de la situación que un muchacho de siete años que sabe que las armas pueden matar. Él puede comprender intelectualmente el asesinato de un rehén.

Todos los niños que han sufrido una situación de estrés semejante necesitan ayuda psicotraumatológica intensiva. Si los niños afectados son tantos como, por ejemplo, en Beslán, se hace necesaria una ayuda profesional organizada en equipo, lo que supera las posibilidades de personas sin formación profesional. Del mismo modo, una ulterior terapia de las víctimas tiene que ser ofrecida por profesionales.

Los crecientes actos de terrorismo y otros incidentes violentos muestran a las claras que hacen falta planes de acción conjunta organizados a nivel estatal a fin de poder atender en emergencia a grupos grandes de niños o adolescentes traumatizados, así como a sus padres. En el futuro, estos planes tienen que ser elaborados en común por la policía, los bomberos, las organizaciones de protección civil, las de emergencias y los profesionales de la medicina, y en colaboración con especialistas en psicotraumatología para niños y adolescentes así como para sus familias.

Panorámica histórica: Aquiles, los veteranos del Vietnam y el niño psíquicamente traumatizado

Ya en la Antigüedad se conocían los síntomas del trastorno por estrés postraumático: Homero describe en su *Iliada* estos síntomas cuando Aquiles procesa el alevoso asesinato de su compañero Patroclo a manos de Héctor. También nuestra expresión verbal contiene un conocimiento de los posibles efectos de graves estados de *shock* anímico: un acontecimiento inconcebible y estresante es «para tirarse de los pelos»; frente a una catástrofe, las personas se quedan «atónitas» o «petrificadas», y cuando nos ha sucedido algo terrible «nos corre un escalofrío por la espalda».

A pesar de este conocimiento, a lo largo de la historia de la humanidad las personas con traumas psíquicos quedaron a menudo sin atención, fueron marginadas por sus síntomas, vivieron desesperadas y solitarias en su catástrofe interior, sacudidas por imágenes abrumadoras del abismo humano que habían vivido. En Alemania, entre los que regresaban de la guerra y las llamadas *Trümmerfrauen*, las «mujeres (y niños) de las ruinas», ha habido muchos seres humanos gravemente traumatizados que no se atrevían a comunicar sus espantosos recuerdos por temor a ser marginados y estigmatizados como psicópatas.

Su forma de enfrentar el trauma sigue operando a través de generaciones hasta en las actuales relaciones entre los hombres: por ejemplo, algunos traumas han sido trasladados a través de estallidos de violencia y de reproches de culpabilidad a la generación siguiente, tal como fue expuesto de forma poética hace algunos años por la película de Sönke Wortmanns titulada *Das Wunder von Bern [El milagro de Berna]*: el prisionero de guerra, que regresa tardíamente a su hogar con su modo de ser totalmente alterado después de haber sufrido manifiestamente traumas en la guerra y en el campo de trabajos forzados, tiraniza a toda su familia porque, claramente sobreexigido por sus estados de crisis interior, estalla una y otra vez en agresiones, amenazando así con destruir la familia. El final de la película, la curación de un trastorno tan grave sin un tratamiento profesional, parece falto de realismo desde la perspectiva de la psicotraumatología. En la mayoría de los casos, estas personas gravemente dañadas no han sido reconocidas en su sufrimiento, fueron consideradas como pacientes psiquiátricos sin que se hubiesen diagnosticado las causas de sus males psíquicos. A diferencia de lo que sucede en la actualidad, la psicoterapia y la medicina de entonces no disponían de criterios de diagnóstico y de estrategias adecuadas para el tratamiento. Muchas personas se aislaron

socialmente a causa de su comportamiento extraño, cayeron en el alcoholismo, pues, trágicamente, el alcohol ejerce una acción efectiva contra los *flashbacks*.

¿Por qué algunos soldados desarrollan en la guerra trastornos de trauma psíquico y otros no? ¿Por qué refiere la psiquiatría militar que existen situaciones de conflicto en la que gran número de combatientes se derrumba psíquicamente, mientras que esto mismo sucede en menor medida en otras situaciones de ese tipo? La guerra, acción de muerte organizada, se desarrolla según reglas que suavizan los horrores de la lucha y asegura la capacidad de acción de las tropas: «el enemigo» es deshumanizado, con lo que se reduce la natural aversión del ser humano a matar a sus semejantes. La despersonalización se alcanza a través del uniforme, del estilo lingüístico, de la objetivación de la tragedia humana de la guerra. Pese a todas las acciones de muerte, en el campo de batalla rigen por regla general determinadas leyes. También al enemigo que ha caído muerto se le respeta cierta dignidad humana: por ejemplo, a las tropas enemigas se les permite enterrar a sus muertos después de la batalla, determinados tipos de armas están universalmente prohibidas, etc. A la población civil, a las mujeres y a los niños se los preserva «en lo posible» de los daños.

Pero si, a pesar de todo, el soldado se ve confrontado con el rostro del dolor, si es testigo de la violación de leyes expresas o tácitas, si ve, por ejemplo, cómo se mata a niños, el escudo de defensa psíquica contra la percepción del dolor individual cae, se produce un proceso de toma de conciencia que puede hacer imposible seguir con la acción bélica. El soldado puede identificarse de tal manera con la víctima que desarrolle un trastorno traumático. De esta manera, la persona queda a merced de una amenaza existencial de forma aún más ineludible e impotente que antes, con la posibilidad de sufrir un colapso psíquico.

En la Primera Guerra Mundial se hizo un seguimiento «científico» de los síntomas sufridos por los soldados después de vivencias de estrés extremo en el campo de batalla. Existen filmaciones impresionantes sobre los exámenes realizados a los combatientes que sufrían lo que se ha dado en llamar «neurosis de guerra». La mayoría de estos pacientes, que dan la impresión de estar gravemente traumatizados, fueron estigmatizados como simuladores y enviados de nuevo al campo de batalla: desde el punto de vista psicotraumatológico, se trata de una catástrofe indecible para los soldados en cuestión.

En la guerra del Vietnam sufrió traumas un número particularmente elevado de soldados a causa de la larga duración del conflicto y de una táctica militar sin respeto por las

«reglas». La imprevisibilidad del resultado de la lucha, la separación de los camaradas, la permanente amenaza contra la propia vida, el desprecio de la dignidad humana por parte de los adversarios y de las propias tropas, la vivencia de la propia culpa, el desgaste físico y psíquico, son puntos de vista que pueden explicar la mayor vulnerabilidad de la psique de los soldados intervinientes. Los signos de perturbación en los soldados de Vietnam fueron la base para las primeras investigaciones sobre el tema del trauma.

En la actualidad, las fuerzas armadas de Occidente cuentan con psiquiatras formados en psicotraumatología que, por un lado, en el caso de conflicto militar protegen de traumas a las tropas desde la perspectiva psicológica mediante estrategias mentales, y, por el otro, saben brindar tratamiento psicoterapéutico agudo a soldados traumatizados recurriendo a los últimos avances de la ciencia.

En el siglo xix Charcot (1887), Oppenheim (1889) y Janet (1901) introdujeron y posteriormente diferenciaron el concepto de trauma. Sigmund Freud, fundador del psicoanálisis, se ocupó también al comienzo de su trayectoria de forma intensiva del tema del trauma y, como psiquiatra, postuló la explotación sexual de niños como causa de trauma (Freud 1896). Más tarde se apartó nuevamente de esta temática. ¿Por qué? Hoy en día se discuten diferentes causas de tal alejamiento. Posiblemente, un marco de pudibundas circunstancias sociales propició más bien una tabuización de la sexualidad –y, más aún, de las anomalías sexuales– así como de los investigadores que se ocupaban de estos temas.

También en el tiempo que siguió a la Segunda Guerra Mundial, muchos psicoanalistas sostuvieron y plasmaron una doctrina que descuidaba conscientemente el «trauma real» en las relaciones interpersonales y relegaba los traumas al terreno de la imaginación. A los traumas surgidos fuera de las relaciones interpersonales se les asignó poca o ninguna importancia.

Durante el período del régimen nazi muchos terapeutas fueron víctimas del Holocausto. En esa época los psicoterapeutas que habían caído en manos del terror nazi prestaron asistencia terapéutica a otras víctimas. Como señala la investigación, tanto los terapeutas como los pacientes dejaron entre paréntesis el tema del propio trauma. Posiblemente, ambas partes sentían demasiado temor frente a lo abrumador del material de los recuerdos. De ese modo, estrategias de evitación, típicas de los traumas, pueden haber influido también en la plasmación de una doctrina que, posiblemente, haya intervenido en el sostenimiento, hasta hace pocos años, de una ceguera profesional frente al tema del

trauma.

En la medicina y psicoterapia civil hemos aprovechado mucho en los últimos veinte años justamente de la investigación posterior a la guerra del Vietnam. Por una parte, los resultados de la investigación posibilitaron por primera vez el diagnóstico de un trastorno subsecuente a un trauma psíquico (trastorno por estrés postraumático); por la otra, se elaboraron primeros planes de tratamiento, que entretanto han experimentado una gran diferenciación.

1. Se trata de un tipo de procedimiento radiológico que posibilita visualizar decursos funcionales en el metabolismo de diferentes áreas del cerebro.
2. Agradezco aquí al profesor H. J. Markowitsch, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Bielefeld, su amable control de plausibilidad de los textos que exponen los aspectos neurocientíficos del trauma.
3. CRH: hormona liberadora de corticotropina; ACTH: hormona adenocorticotropa, también llamada corticotropina.
4. El 26-4-2002, Robert Steinhäuser, de 19 años, mató a tiros en el Gutenberg-Gymnasium de Erfurt a doce docentes, una secretaria, dos alumnos y un policía. Steinhäuser había sido alumno de ese instituto hasta octubre de 2001. El 20-11-2006, un joven de 18 años de edad, exalumno de la Geschwister-Scholl-Realschule de Emsdetten, mató a tiros en sus instalaciones a cinco personas y después se suicidó.

Cuando el trauma lleva al aislamiento: repercusiones de traumas en el entorno social

En el capítulo precedente hemos expuesto qué significa para un niño un trauma psíquico y cuáles son los problemas a los que conduce en su psiquismo una lesión anímica tan grave. En el siguiente capítulo se iluminarán con más detalle las «consecuencias sociales» con las que hay que contar después de acontecimientos traumáticos, y que ustedes deberían tener en cuenta si quieren entender correctamente a un niño después de la catástrofe y hacerle llegar también la ayuda correcta.

En el trato con niños y adolescentes con traumas de extrema gravedad se ve con claridad que habría que considerarlos en el contexto de su entorno social: junto a él están los padres, los abuelos, los tutores, los padres de acogida o adoptivos, los hermanitos, otros niños y adolescentes, el círculo de amigos, sus compañeros en el jardín de infancia, en la escuela, en el club deportivo, o adolescentes en el lugar de formación profesional. Cuanto menor es la edad de un niño, tanto más dependiente es de los adultos.

La experiencia muestra que harán ustedes bien en observar ante todo si el niño muestra signos exteriores directos de lesión psíquica que permitan inferir que en su cerebro se ha activado el «programa de emergencia» descrito más arriba. No obstante, en general tendrían que tener en cuenta también los siguientes puntos:

¿Qué efectos tiene el conjunto de los síntomas del trauma infantil en el entorno?
<ol style="list-style-type: none"> 1. En cuanto a modificaciones o aspectos llamativos en el comportamiento; 2. en cuanto al modo propio de ver el mundo después del trauma; 3. en cuanto al modo propio de contemplar a las demás personas y de tratar con ellas.

Hemos aprendido que los niños que sufren bajo las consecuencias de un trauma llaman no raras veces la atención en virtud de sus esfuerzos (inconscientes) de hacer frente a sus «huracanes interiores». Por ejemplo, pierden los estribos fácilmente. De un trauma

puede provenir una visión alterada del mundo y una alteración de la escala de valores. Por ejemplo, un niño pequeño puede no cumplir las «reglas del juego» con otros niños, pues no quiere creer en ninguna regla más. Existe también la posibilidad de que se altere una relación interpersonal. Si no puedo tener confianza alguna en la relación con otras personas, los encuentros con ellas se hacen, por ejemplo, más superficiales.

En los apartados que siguen consideraremos los ámbitos más importantes de la vida social del niño a partir de las tres perspectivas arriba mencionadas.

«Kati ya no quiere que la tome en brazos: ¿cómo entenderlo?». El niño traumatizado y sus padres

Presentaremos aquí dos ejemplos en los que se muestran de forma típica los conflictos que pueden aparecer entre un niño y sus padres después de que el pequeño haya sufrido un trauma.

Kati, de cuatro años, viaja con su madre en el coche, en el que va también Wölfi, su perrita salchicha. Al frenar a raíz de una mancha de aceite, la madre pierde el control del coche, se sale de la calzada e invade a toda velocidad la acera, donde atropella a un perro. Kati ve el cuerpo fuertemente desfigurado del animalito muerto y a su dueño, un niño, llorando. Los ocupantes del vehículo salen indemnes del accidente, y tampoco el vehículo sufre daños. Madre e hija se encuentran en estado de shock, la policía llama por teléfono al padre, quien las lleva a casa.

La niña permanece taciturna también después del accidente, pero no llama la atención de los padres por ninguna otra razón. Sin embargo, a la noche Kati duerme inquieta y se despierta a menudo, casos en los que grita fuertemente y dice, llena de miedo, algo así como: «¡No, no!». Casi no responde a la intervención de los padres, pero después se tranquiliza sola.

En los días subsiguientes, Kati no quiere prestar oídos a su mamá, es agresiva con ella, no quiere que ella la levante en brazos y se niega rotundamente a subir con su mamá en el coche. La madre está desconcertada. Se siente como rechazada por su hija y tiene la impresión de que, en reemplazo de ella, Kati se aferra a su padre. La madre admite estar también un tanto ofendida y haber reaccionado con desdén y enfado a preguntas de Kati: «¡Para prepararte la leche con cacao soy suficientemente buena, pero, por lo demás, dejas de lado a mamá y te pones

impertinente!».

Después del trauma, ya nada es como antes. Después de experiencias traumáticas, los niños sufren un naufragio anímico por el cual puede alterarse también la relación con sus padres. El niño ve el mundo como con otras gafas: todo lo ve con el tinte del trauma y de las funciones cerebrales alteradas: tiempo después, Kati relata con enfado en el ambulatorio: «Mamá ha matado al “vauvau”. El “vauvau” tenía una pupa muy grande, y el niño lloraba».

Da la impresión de que la madre emite estímulos señalizadores que suscitan en Kati estados análogos a los de un *flashback*: la imagen de la madre se ha grabado dolorosamente en la memoria de la pequeña en relación con el accidente y puede que, a veces, despierte nuevos recuerdos traumáticos en la memoria de la niña. Los raciocinios de la pequeña siguen en su cabeza la primitiva «lógica del trauma» de la que hemos hablado antes. Las conversaciones con los padres y la niña dieron por resultado que el comportamiento agresivo de Kati se presenta precisamente cuando la mamá quiere llevar a Kati con el coche, por ejemplo, al jardín de infancia. Al parecer, Kati cree, con su entendimiento infantil, que la mamá podría hacer daño también a su querida Wölfi. Este hecho se manifiesta claramente en el juego con la niña y puede ser articulado verbalmente por Kati. Un primer paso para alivio de todos es comprender y aclarar con la niña y los padres desde la perspectiva psicotraumatológica la relación que existe entre el accidente y las dificultades de relación. (Los detalles más concretos de esta vía de solución se expondrán en el capítulo 3).

Y, a continuación, el segundo ejemplo:

Tatjana, de trece años, fue víctima de abuso sexual en una ocasión por parte de un desconocido. Desde entonces sufre un grave trastorno por estrés postraumático. En el curso de las conversaciones con la niña y los padres, el padre comenta su impresión de que, desde el acontecimiento, su hija reacciona ante él de forma «alérgica» y agresiva. Ambos tenían antes una relación cordial. Tatjana tiene vergüenza, y solo tras un tiempo relativamente prolongado confía al terapeuta que, cuando el padre, con quien antes había tenido siempre una relación de ternura, la toca, sufre flashbacks con escenas de la agresión sexual. El padre está casi ofendido por la actitud de rechazo de su hija, se siente al mismo tiempo culpable como varón, puesto que el agresor sexual es un varón. Quisiera ayudar a su hija y se siente desvalido y sobreexigido. Las tensiones que se descargan en los

enfrentamientos verbales entre la hija púber y el padre significan tanto para él como para Tatjana un considerable estrés adicional: de pronto, en la casa se grita, se golpean las puertas, la relación de apoyo que antes existía entre ambos se hace cada vez más distante. El resto de la familia también está tenso por las fuertes discusiones entre padre e hija. Los intentos de mediación de la madre fracasan y Tatjana está cada vez más aislada en el seno de la familia.

Los ejemplos muestran que la primitiva «lógica traumato-bio-psico-lógica» puede perturbar las relaciones entre un hijo y sus padres más allá del sentido común. Por lo visto es importante prestar atención a este hecho, porque, como padres, pueden ustedes hacer una aportación decisiva para que, después de una experiencia traumática, a su hijo o hija le vaya mejor –o peor– en el futuro. Por lo general, ninguno de los intervinientes conoce las experiencias interiores del hijo, ninguno de ellos puede explicarse tampoco las reacciones irracionales del niño o el adolescente y, como es lógico, reaccionan sobreexigidos. Por ejemplo, el padre de Tatjana cuenta que veía a su hija y su comportamiento agresivo como falto de respeto e inapropiado frente a su persona. Algunas disputas habían traído ya como consecuencia sanciones como la prohibición de salir. Esto mismo había hecho que la tendencia a los malentendidos de una de las partes y a los violentos estallidos emocionales de la otra se reforzara aún más en la familia.

Los estallidos de rabia de algunos miembros de la familia, en especial del niño o el adolescente traumatizado, son un fenómeno frecuente después de una catástrofe. Y las tensiones aumentan cuando el hijo se encuentra justamente en una fase de rebeldía, es decir, cuando uno de los hijos está aproximadamente entre los dos y los cuatro años de edad o está entrando en la pubertad.

Por eso, una atención exitosa del alma infantil herida solo puede lograrse por regla general a través de un apoyo claro de parte de ustedes como padres. El adolescente y, más aún, el niño pequeño, dependen emocionalmente de los adultos que los tienen a su cargo. Si la atmósfera de la casa está cargada negativamente por las consecuencias inmediatas y mediatas del trauma, se obstaculiza el proceso anímico de «cicatrización».

En lo que sigue se resumirán aspectos importantes que tienen que ver con la relación entre los padres y el hijo traumatizado, o sus hermanos, después del trauma:

Al mismo tiempo, también los padres sufren un fuerte estrés a causa de los acontecimientos y no raras veces resultan psíquicamente traumatizados. Entonces necesitan con urgencia ayuda a fin de poder estar disponibles para el niño traumatizado y

para sus hermanos, y de llevar de nuevo adelante la vida cotidiana. También una relación de pareja puede sufrir considerablemente a causa de acontecimientos traumáticos que irrumpen en la vida de la familia. En la siguiente sinopsis se resumen los puntos más importantes con los que pueden ustedes tener dificultades como padres en el trato con un hijo traumatizado.

Dificultades que pueden aparecer entre el niño traumatizado y los padres después del trauma. Debería prestarse atención a los siguientes puntos:

- El niño establece una relación causal entre la experiencia traumática y el comportamiento de los padres, a pesar de que los padres no han causado perjuicio al hijo con mala intención. Uno de los padres es evitado o hasta atacado por el hijo. Las atribuciones de culpabilidad por parte del hijo no se articulan en la mayoría de los casos abiertamente y, a menudo, son negadas cuando se plantea al hijo la pregunta al respecto. Aquí pueden ayudar terceras personas a mediar entre los padres y el hijo. Es posible que también haga falta una consulta y apoyo psicotraumatológicos.
- Por ejemplo en casos de experiencias de abuso se suscitan en el niño o el adolescente por el contacto con uno de los padres recuerdos o *flashbacks* traumáticos. El hijo reacciona de pronto con miedo ante la madre o el padre. Uno de los padres, por ejemplo a causa de su sexo, actúa como un *trigger* o estímulo señalizador de la experiencia traumática. El niño o adolescente evita consciente o inconscientemente al padre o a la madre, según sea. El progenitor en cuestión se siente ofendido y reacciona herido o inseguro. Este hecho suscita a su vez en el hijo, como reacción, sentimientos de culpa. De ese modo, los conflictos importantes pueden dificultar el proceso de curación del hijo y representar también una carga considerable para los padres.
- A través de las experiencias de su hijo se evocarán en ustedes recuerdos de experiencias traumáticas ignoradas desde hace mucho tiempo. La cercanía respecto de su propia historia –por ejemplo, de una experiencia propia de abuso, de traumas de guerra, etc.– representa ahora una carga para la relación con su hijo. Sentimientos de culpa por no haber protegido a su hijo de esta experiencia los torturan y les roban gran parte de la fuerza que necesitan para estar sin trabas a disposición del hijo.
- Conflictos existentes dentro de la familia se ven reforzados por los acontecimientos y pueden asumir dimensiones enormes. Tengan siempre presente la influencia de posibles experiencias traumáticas de un miembro de la familia, p. ej. de uno de sus hijos, si conflictos existentes se vuelven extremadamente fuertes y degeneran en algo peor. (Hay que distinguir de estos procesos situaciones típicas y extremas de conflicto que se producen cuando los hijos, pequeños o adolescentes, se ponen rebeldes).

Dificultades que pueden resultar una carga para los padres y para el entorno hogareño después del trauma. Deberían ustedes prestar atención a los siguientes puntos:

- Ustedes mismos experimentarán un serio menoscabo psíquico a causa del sufrimiento de su hijo: falta de impulso, trastornos del sueño y del apetito, depresión de ánimo persistente, sensación de estar totalmente sobreexigidos en ámbitos importantes de la vida, reiteración de explosiones emocionales incontrolables, también estallidos de furia verbal y, de hecho, síntomas físicos; signos todos de un desarrollo patológico depresivo o de un «síndrome de *burnout*». O bien aparecen signos de un trastorno por estrés postraumático tal como han sido descritos en el capítulo 1.

- Si uno de los padres sufre un trauma en sentido estricto y desarrolla, tal vez, hasta un trastorno de trauma psíquico, se suscitan no raras veces conflictos entre los padres que pueden conducir incluso a una separación, con lo que la catástrofe se hace mucho peor para todos los afectados.
- En tal caso, el progenitor no afectado por el trastorno traumático se ve incapaz de comprender tanto al niño como a su cónyuge, puesto que la experiencia o representación interior que se dan, por ejemplo, por recuerdos abrumadores en un trastorno por estrés postraumático, le resultan desconocidas.
- Especialmente el fenómeno de los *flashbacks* escapa a la comprensión de las personas que no conocen por sí mismas esta experiencia extrema de recuerdos vividos traumáticamente. Por la «ignorancia» involuntaria de los que la rodean, la persona afectada –trátase de un niño o de un adulto– experimenta un aislamiento crítico con sus reiteradas e impredecibles vivencias interiores de catástrofe. Aquí se requiere de forma urgente y lo antes posible la mediación y el apoyo profesional psicotraumatológico para toda la familia.
- Con creciente frecuencia aparecen riñas con el cónyuge, «antiguos temas» y conflictos vuelven a surgir bajo la situación de presión, los niños se sienten confundidos y, posiblemente, además de las propias dificultades, sienten miedo de que los padres puedan indisponerse uno con el otro por completo, o hasta separarse. Con frecuencia, al comienzo los conflictos no llegan a articularse verbalmente y estallan con tanto mayor violencia en alguno de los cónyuges.
- Los aspectos jurídicos de la catástrofe conducen frecuentemente a una disputa «justa» sobre los acontecimientos, pero también resultan a menudo una carga para los padres y para la relación con los hijos tras un accidente, por ejemplo si un tribunal acusa a los padres de negligencia.
- Su situación profesional sufre por las dificultades familiares; en el lugar de trabajo surgen o se agudizan conflictos y pesan sobre ustedes como una carga adicional.
- La situación lleva a la familia a pasar por una estrechez económica: por ejemplo, el progenitor profesional (autónomo) sufre pérdidas por la atención del hijo traumatizado en casa o a causa de su propia afectación por los acontecimientos y de su incapacidad de trabajar.
- En el caso de padres que viven separados, los conflictos existentes se agudizan. Por ejemplo, el padre que vive separado acusa a la madre de cuidar de forma insuficiente de los hijos, y el hijo traumatizado se ve introducido aún más en conflictos de lealtad.
- En el caso de traumas ocurridos en el entorno hogareño el niño no soporta más el medio que lo rodea habitualmente: lugares de la casa o del entorno inmediato suscitan la aparición de *flashbacks*. El «nido» de la familia se convierte para el niño traumatizado en un «nido de avispas» si la experiencia traumática ha tenido lugar en el hogar (por ejemplo, después de una irrupción violenta de ladrones en la casa mientras el niño se encontraba solo en ella).

Esta enumeración solo está en condiciones de mostrar aquí a modo de ejemplo algunos aspectos frecuentes que pueden resultar una carga para los padres, para la vida de pareja de los padres o para la convivencia familiar. (En el capítulo 3 se mostrará cómo pueden ustedes enfrentar las dificultades mencionadas).

«Desde lo sucedido con ese malvado, Clara no para de chingar»: el niño traumatizado y sus hermanos

Las relaciones entre hermanos pueden ser las más importantes en la vida de un ser humano. Más aún: los conocimientos científicos adquiridos al respecto sugieren que esto es así por regla general. Por eso, después de un suceso dramático en la relación entre los hijos no deberíamos perder de vista el comportamiento que mantienen en su relación mutua. ¿Qué información tienen los hijos sobre los acontecimientos? ¿Sucedé que algunos hermanos «saben» y otros (todavía) no, sea porque, por circunstancias externas, no pueden saber, o porque no pueden comprender (aún) de qué se trata? ¿Significa el «conocimiento secreto» de alguno de los hijos una carga para él? ¿Hay reacciones del hijo víctima del acontecimiento traumático que resulten llamativas para todos o que afecten a todos los otros? ¿Muestra el hijo víctima de forma visible un comportamiento impulsivo, agresivo, y agrede a sus hermanos o se agrede a sí mismo desde que se produjo el trauma? ¿Parece a menudo como si se mantuviera «aparte», grita en la noche, se retrae de todas las anteriores actividades comunes, muestra constantemente descontento, –sin razón aparente– y molesta en el juego o comienza de pronto a llorar por razones incomprensibles cuando sus hermanos quieren jugar con él? («Desde lo sucedido con ese malvado, Clara no para de chincar», se quejaba una vez el hermano pequeño de una niña traumatizada).

Todos estos comportamientos llamativos que aparecen después de un trauma pueden afectar negativamente de forma persistente la relación entre los hermanos. Se dice que los niños son «cruels» entre sí cuando detectan las debilidades de los otros y, ocasionalmente, molestan con insistencia justamente en el punto que más duele al otro niño. Esto mismo puede pasarle también al niño traumatizado en el grupo de sus hermanos. Pero, en este caso, no se trata de la maldad innata de la hermana o del hermano, sino que es la expresión de una sobreexigencia o de experiencias dolorosas propias de los hermanos, que se expresan de ese modo.

De la misma manera, sin embargo, los hermanos pueden percibir de forma sensible el dolor del otro y adecuarse con empatía a su situación, aun cuando esto no siempre sea visible y, por ejemplo, un muchacho que se encuentra iniciando la pubertad oculte este sentimiento de compasión detrás de una reserva *cool*. En lo que sigue se intentará enumerar algunos conflictos y problemas frecuentes que pueden aparecer entre los hermanos. Pero también hay aspectos positivos y saludables en las relaciones entre hermanos, aspectos que se expondrán en el capítulo 3.

Las siguientes dificultades aparecen de forma típica entre hermanos cuando uno de ellos sufre un trastorno postraumático:

- Los aspectos llamativos que se ven en el niño traumatizado confunden a los hermanos: estos pierden la buena concentración en la escuela y sus pensamientos giran constantemente en torno a las dificultades de su hermano, a menudo sin que los padres lo perciban.
- Por tanto, no partan ustedes de la base de que el hermano «no se entera de nada» solo porque no habla sobre sus pensamientos y sentimientos.
- A menudo, los niños que no han sido víctimas de la catástrofe se sienten torturados por fuertes sentimientos de culpa. Esto tienen que ver, por una parte, con el hecho de no haber impedido la desgracia, de no haber protegido a la hermana o el hermano en cuestión.
- Además pueden aparecer sentimientos de culpa porque la víctima de la desgracia ha sido el hermano o la hermana, y no uno mismo. Si estos sentimientos de culpa de los hermanos no se reconocen, pueden conducir, por ejemplo, a graves síntomas depresivos, a trastornos de la atención o hiperactividad, y a síntomas somáticos.
- Ya el solo hecho de estar al tanto de los acontecimientos, por ejemplo de una situación de abuso, puede llevar incluso a signos de un trastorno postraumático.
- Los niños no traumatizados tienden a negar sus propias cargas.
- A menudo los hermanos se avergüenzan de que también ellos estén sufriendo por la situación de su hermano o hermana a pesar de no haber vivido ellos el acontecimiento traumático.
- Los *hermanos menores* experimentan, por ejemplo, a «su gran modelo», al hermano que era «su apoyo» en situación de desvalimiento y, dado el caso, también en actitud de rechazo. El niño pequeño sufre por el cambio repentino del su hermano mayor. El «hermano grande y fuerte» ya no puede ayudarlos. Un pilar de sustentación en el desarrollo del niño pequeño amenaza con venirse abajo. Un repentino comportamiento agresivo que el niño pequeño no ha visto nunca, por ejemplo, en su hermana mayor, puede llevar a una perturbación y a un distanciamiento totales. A partir de entonces les va peor a ambos hijos.
- Los *hermanos mayores* experimentan al hermano menor traumatizado como alterado y, dado el caso, como extremadamente desvalido. Los instintos de protección pueden conducir a una identificación exagerada con «el pequeño» o «la pequeña». La propia sobreexigencia en el deseo de ayudar al hermano menor puede llevar de forma invisible a considerables frustraciones y a crisis de autoestima en los hermanos mayores.
- No obstante, la sobreexigencia del niño no afectado por los hechos traumáticos puede llevar también a formas de reaccionar que pueden representar una carga adicional para el niño traumatizado: las consecuencias pueden ser desde alfilerazos «en voz baja» hasta agresiones abiertas contra el hermano. También puede suceder que el niño afectado por el trauma ataque a sus hermanos.
- Los sentimientos de competencia pueden representar una carga para las relaciones entre los hermanos. Por ejemplo, al niño víctima del trauma se le trata con excesivo cuidado y los padres le consienten en exceso por el hecho de haber vivido cosas terribles. De ese modo, los hermanos pueden pasar a un segundo plano en la familia y, a veces, llaman la atención de forma indirecta a través de sus propios comportamientos llamativos: desarrollan tics nerviosos, por ejemplo, movimientos en el rostro, carraspeo constante, u obtienen atención más a menudo a través de enfermedades infecciosas. Algunos hermanos procuran atraer nuevamente la atención de los padres de forma inconsciente por medio de un comportamiento atrevido, impertinente, y, en virtud de estos desvalidos esfuerzos por llamar la atención, pasan aún más a un segundo plano respecto de la atención de los padres, que tan urgentemente necesitan.
- En general, el trauma de un hijo dentro de la familia lleva en los casos desfavorables a un alejamiento

y hasta un distanciamiento hostil en las relaciones de los hijos entre sí, cuando en realidad estas relaciones podrían ser un apoyo para el hijo traumatizado.

En la superación comunitaria del trauma de un miembro de una familia, su posición en la sucesión de los hermanos reviste su importancia. Si el hijo traumatizado es el menor, la situación es diferente que si es el mayor. Por supuesto, el trato con el hermano traumatizado depende también del estadio de desarrollo en que se encuentra, de su situación actual y de eventuales problemas existentes. Si tienen ustedes en su familia un hijo que ya tenía dificultades considerables en el jardín de infancia, en la escuela, consigo mismo, con los hermanos o con ustedes como padres, es posible que deban llevarlo también a una institución especializada (por ejemplo, a un psiquiatra, psicoterapeuta, psicotraumatólogo o psicotraumatóloga de niños y adolescentes).

«Marvin se aísla continuamente, está como ausente»: el niño traumatizado, su círculo de coetáneos, sus pares y amigos

La mayoría de las veces, un trauma significa para el niño afectado una sobreexigencia tanto en su vivencia interior como en el trato con los demás: siente que está interiormente perturbado. No obstante, en la mayoría de los casos los niños y adolescentes no sienten que su sufrimiento pueda ser comprendido plenamente por otra persona. El niño se queda solo con su dolor invisible, está confundido por *flashbacks*, pesadillas, signos de sobreexcitación y estados de profunda ausencia. Hasta puede ser que algún adulto le haya dicho: «No te portes de este modo», a consecuencia de lo cual siente una profunda vergüenza y su autoestima decrece cada vez más.

De ese modo se llega también a repercusiones del grave trauma psíquico en el ámbito de los amigos y de los coetáneos, de sus pares. Después de haber tenido que experimentar en ocasiones no ser comprendido –en el peor de los casos por sus propios padres–, el niño deja de confiarse incluso a sus amigos y amigas. No quiere volver a experimentar ese oprobio y esa desvalorización: se siente un «tío raro», tal vez incluso un «loco», por ejemplo a causa de las «películas de horror» que se proyectan en su cabeza. El niño deja de quedar con otros, en el jardín de infancia permanece en un rincón, o prefiere estar solo durante los recreos en el patio de la escuela.

Los niños tienen «antenas» sensibles para la vida emocional de sus coetáneos: la (nueva) «debilidad» del niño afectado no se les oculta, y la exclusión pasa a ser pronto un asunto

recíproco –tanto por parte del niño víctima como de sus coetáneos en el entorno–.

Consideremos ante todo la situación más problemática que puede darse después: justamente los otros niños que llevan a su vez cargas de diferente tipo se convierten con frecuencia en una carga adicional para el niño víctima: lo hacen objeto de burlas, de *mobbing* y, en el peor de los casos, incluso de molestias y agresiones físicas.

¿Por qué los niños que llevan sus propias cargas actúan a veces de ese modo frente a otros niños con cargas? Los niños agresores parecen encontrar en sus víctimas algo de su propio «niño menor interior», también herido. En lugar de solidarizarse y prestar ayuda, combaten en el más débil que tienen delante su propia impotencia y la violencia que ellos mismos han experimentado. No raras veces ven en su nuevo papel de «autores», de pequeños victimarios, una oportunidad para superar el papel de víctimas que ellos mismos han experimentado con impotencia, por ejemplo en la propia familia. Un comportamiento solidario presupone por lo general haber experimentado uno mismo ayuda de otros, por limitada que haya sido.

Lamentablemente, no es raro que quienes han sido en otro tiempo los (mejores) amigos de un niño con signos de un trastorno postraumático se retraigan, especialmente si son pequeños, cuando los padres y otros adultos –docentes, padres de amigos o dirigentes de clubes (deportivos)– no apoyan activamente dicha amistad.

Pero también existe el «otro tipo» de niños, que, en virtud de su percepción de la situación, se sienten atraídos hacia el niño traumatizado. «Pares cum paribus facillime congregantur», dice el antiguo adagio latino: los pares se juntan muy fácilmente con sus pares; y no es raro que se trate también de niños traumatizados que parecen estar ya algo «más adelantados» en el procesamiento de sus traumas, o más «curtidos» en lo que se refiere a las consecuencias de su grave trauma psíquico.

De modo que las almas infantiles «perdidas», aisladas, no solo se combaten, como se ha dicho más arriba, sino que a menudo se alían también inconscientemente. Y esto es, en principio, un hecho positivo. Se apoyan allí donde la ayuda de los adultos les ha faltado o ha fallado. De ese modo no están ya solos y, en cierta medida, se sostienen realmente uno a otro. Por ejemplo, se «alían» como pequeños valientes en enfrentamientos concretos contra «los otros». En niños de más edad o en adolescentes, los comportamientos que la opinión pública considera en general «indeseables» (vandalismo, presentación desagradable y estridente, etc.) se refuerzan mutuamente por medio de una «psico-traumato-lógica» de «alineación», un «sentimiento de “nosotros”» protege a los

iguales frente al resto, que no puede compartir el inefable mundo interior de un ser humano traumatizado ni las consecuencias que resultan del trauma.

En las posiciones extremas de los grupos juveniles pueden encontrarse en parte cada vez más adolescentes que llevan el mismo «compás», es decir, que pueden tener también una comprensión inconsciente de los embrollos interiores del otro. Otros niños «cuidados» no pueden desarrollar así sin más una comprensión semejante –una comprensión «sin palabras»– y se sienten confundidos y sobreexigidos por las formas de comportamiento de los grupos mencionados. La especial vulnerabilidad es bien conocida por los miembros de estos grupos de pares, como también su fácil excitabilidad, su comportamiento impulsivo, su modalidad de negar los miedos y de oponerles a veces explosiones de agresividad. La provocación sirve casi como un factor de protección a fin de delimitar de forma «segura» al grupo respecto de lo exterior a él: el aspecto externo y los comportamientos groseros son el medio utilizado para ello.

Según mi parecer, estos fenómenos se encuentran, por ejemplo, en la escena punk o neonazi. No obstante, el apoyo mutuo y también la función de protección tienen también otros aspectos, estos negativos: con ello se refuerzan a veces concepciones pesimistas de los acontecimientos del mundo y de la fiabilidad de las relaciones humanas. También surgen conceptos de «enemigo», no suficientemente reflexionados, y el mundo exterior es medido en todos los casos con la misma vara. Además, no es raro que en grupos semejantes se dé el consumo de drogas. Está científicamente demostrado que tanto el cannabis como el alcohol pueden ser muy efectivos contra *flashbacks* y síntomas de sobreexcitación, así como contra las disociaciones. El consumo de drogas, idealizado en ciertos grupos sociales de adolescentes, corresponde en algunos de los afectados por traumas a una suerte de automedicación cuando no se les ha ofrecido o no ha sido posible una ayuda apropiada por parte de los adultos. A través del descenso en la escala social que muchas veces tienen que lamentar niños y adolescentes gravemente traumatizados que no han recibido ayuda sigue aumentando la probabilidad de que, más adelante, recurran también a las drogas «duras»: a través de las llamadas drogas de diseño (p. ej., el éxtasis), los adolescentes llegan después eventualmente al consumo de cocaína e incluso de heroína.

Una idealización y legitimación de la injusticia y la violencia en virtud de la injusticia sufrida personalmente puede llevar también a la delincuencia y a encuentros con la justicia.

En lo que sigue señalaremos algunos aspectos importantes que resultan característicos para las relaciones del niño o adolescente con los de su edad después de haber sufrido un trauma.

En niños o adolescentes traumatizados puede hacerse a menudo las siguientes observaciones en cuanto a su mundo relacional
<ul style="list-style-type: none">• El niño o adolescente se retrae de todas sus relaciones sociales con sus coetáneos en el jardín de infancia, en la escuela o en el club («Marvin se aísla continuamente, está como ausente», se quejaba su amigo).• Después de los hechos traumáticos surge a menudo entre los amigos de la época del trauma y el niño o adolescente un «mutismo» difícilmente comprensible.• Amistades antiguas y «probadas» son abandonadas por el mismo niño o adolescente.• También amigos «probados» del niño traumatizado se apartan por propia iniciativa de él. No siempre llegan a darse cuenta con qué están relacionados estos cambios. Todos los niños intervinientes tienden a guardar silencio respecto de las razones de la nueva distancia o, simplemente, no saben explicarla.• El niño o adolescente se reúne con un círculo de coetáneos que a ustedes les parece problemático. Estos niños o adolescentes llaman la atención por un comportamiento provocativo, en parte destructivo.• El grupo de niños o adolescentes se aparta llamativamente de otros niños o adolescentes. También a ustedes como adultos les cuesta tener acceso a ellos.• Ustedes tienen la sospecha de que, en los «nuevos» círculos de adolescentes se consumen alcohol y otras drogas.• Ocasionalmente pueden surgir también relaciones positivas y cordiales entre el niño o adolescente traumatizado y sus «nuevos» coetáneos.• No obstante, estos encuentros son a veces inestables y, en ocasiones, se deshacen de nuevo si no se cuenta con el apoyo de adultos competentes. Así sucede, por ejemplo, cuando el «nuevo» amigo termina siendo destinatario solidario del trato de burla dado eventualmente al niño víctima por sus pares.

Los diferentes aspectos de la enumeración que se acaba de hacer muestran con claridad que, frente a un niño o adolescente que ha sufrido una vivencia traumática, es preciso mantenerse vigilantes en cuanto a posibles dificultades en la relación con sus coetáneos.

«Maia reacciona con creciente agresividad después del accidente»: niños y adolescentes traumatizados en el jardín de infancia, el colegio y la formación profesional

Después de una experiencia traumática, un niño o un adolescente se encuentra totalmente «sacudido», tanto psíquica como físicamente, por los acontecimientos. Como tutora de

jardín de infancia o como maestro de escuela les dará a menudo la impresión de que está abatido, atolondrado, desconcentrado, deprimido, ausente. Si a lo dicho se agregan los signos (visibles) de un trastorno por estrés postraumático, se ven ustedes frente a la circunstancia de que la víctima, antes tal vez un niño estable, muestra de pronto, por ejemplo, fuertes accesos de llanto o de furia, y amenaza con lastimar a otros niños. Ustedes mismos se sienten desvalidos y a veces impotentes frente a estos desarrollos. También otros niños pueden verse involucrados por la situación. Los hechos les muestran qué «volcán» parece «hervir» en el interior del niño.

En lo que sigue consideraremos de forma separada los diferentes ámbitos de la vida del jardín de infancia o guardería y de la escuela, pues, con respecto a las dificultades que se dan en el grupo con un niño traumatizado, se verifican algunas diferencias. En el jardín de infancia se encuentran generalmente en el centro de la consideración de los problemas de relación. Si bien los niños tienen que superar tareas de su desarrollo, por regla general no son sometidos a ningún «examen». En la escuela, en cambio, la sociedad pone por primera vez exigencias a los niños: tienen que cumplir objetivos de rendimiento –y tienen que cumplirlos el niño víctima y también los demás alumnos–, y las consecuencias de los embrollos que puede suscitar la traumatización de un niño son de mayor alcance y pueden registrarse en muchos ámbitos de la vida.

En primer lugar se analizará la situación que puede producirse en el jardín de infancia o en la guardería. El siguiente caso de estudio muestra con claridad las dificultades:

En el jardín de infancia, que acoge a niños entre aproximadamente los seis meses y la edad preescolar, Tobias, de tres años, cayó mientras jugaba con Maia, de cuatro años, en un acceso para proveedores situado bajo nivel que había sido dejado abierto por descuido por personas que habían venido a entregar productos alimenticios al establecimiento. El niño accidentado permaneció unos instantes inmóvil en el pozo mientras la niña, con un manifiesto trauma psíquico agudo y grave, se quedó sentada y temblando junto al pozo. Al verla, una docente se dio cuenta de la situación. Los niños habían estado jugando aparte, en un lugar del establecimiento que no se veía desde las otras salas. Poco después llegó la ambulancia, después de que las maestras del jardín apartaran prudentemente a la mayoría de los niños del lugar del accidente. Los niños que habían percibido algo reaccionaron de variadas formas. Unos se pusieron taciturnos, otros tenían más bien curiosidad, y otros mostraron un comportamiento extremadamente excitado:

querían saber que pasaba, y lloraban. De ese modo, todos se dieron cuenta de que algo había pasado. Tobias pudo ser reanimado y fue tratado en la clínica durante más de una semana, pero, felizmente, no tuvo secuelas físicas del accidente. Maia desarrolló en el momento agudo síntomas de un trastorno por estrés postraumático y tuvo sobre todo sentimientos extremos de culpabilidad en el sentido de haber sido la causa de la caída. Fue atendida en el ambulatorio psicotraumatológico junto con sus padres. El establecimiento educativo se enteró a través de los padres de Maia del trabajo que se realizaba en el ambulatorio y pidió ayuda y consejo. El caso no solo había dañado a Tobias y a Maia. Aun cuando ninguno de los niños había mirado el acceso para proveedores y ninguno estaba presente de forma directa durante el tratamiento agudo de Tobias, los sucesos habían trascendido. Algunos niños parecían estar ellos mismos perturbados después de lo acontecido. Preguntaban si también a ellos podía pasarles algo semejante o si Maia tenía la culpa. Algunos niños se mostraron más temerosos. Algunos padres refirieron cambios en el comportamiento de los niños en el sueño: los más pequeños no querían irse solos a la cama como hacían habitualmente, o se despertaban más durante la noche. Otros niños habían acosado a Maia con preguntas sobre el curso de los acontecimientos. La actitud de Maia había sido bien «aislarse por completo» o bien reaccionar agresivamente ante las preguntas. Hasta había llegado a golpear con vehemencia a un niño. A continuación, los demás niños eludían a Maia y ella había tenido que soportar acusaciones de tener la culpa de la desgracia. Lisa, la mejor amiga de Maia, se había mantenido inicialmente de su lado, pero, más tarde, cuando preguntó a Maia sobre el modo en que se había producido el accidente, terminó siendo también ella blanco de la vehemencia de Maia, que había reaccionado de forma exaltada y agresiva a sus preguntas. A continuación, Lisa se había retraído de Maia. La madre retiró durante un tiempo a Maia del jardín de infancia cuando la niña se negó a ir, quejándose regularmente por la mañana de fuertes dolores de vientre.

Este ejemplo muestra con claridad qué múltiples pueden ser las consecuencias de un acontecimiento traumático en un establecimiento de educación infantil. La corta edad, las posibilidades totalmente diferentes de los niños de captar los acontecimientos con la inteligencia y de superarlos con el recurso a ella —o bien, por ejemplo, cuando la capacidad lingüística no está suficientemente desarrollada, la imposibilidad total de superarlos—, son para los educadores y los padres un desafío especial. Aquí puede

hacerse necesario también el apoyo y la orientación profesional. En el caso de estudio que hemos presentado la situación es especialmente difícil porque el suceso ocurrió propiamente en el jardín de infancia y los afectados directos fueron realmente dos niños del grupo. En la consulta que se hizo más tarde se puso de manifiesto que, a consecuencia del incidente, en otro niño se había vuelto a despertar un trastorno por estrés postraumático previo: el pequeño se había visto implicado anteriormente en un grave accidente de tráfico y necesitó también esta vez apoyo profesional, que fue contratado por el jardín de infancia.

La enumeración que sigue señala problemas que se presentan en el ámbito del jardín de infancia:

¿Qué problemas se presentan en el jardín de infancia cuando algún niño sufren lesiones o traumas psíquicos graves?

- ¿Están enterados los otros niños de los hechos acaecidos? En especial cuando se trata de niños que tienen madurez intelectual como para entender el conjunto de los acontecimientos, el conocimiento del destino del niño víctima suscita miedos propios. Algunos niños pueden manifestar abiertamente esos miedos, otros se los «tragan», y otros, a su vez, pueden sentirse abrumados por los miedos y necesitar un apoyo más intensivo.
- En algunos niños, los acontecimientos pueden despertar nuevamente trastornos preexistentes, por ejemplo, un trastorno por estrés postraumático a causa de un trauma previo.
- El niño víctima puede sufrir un estrés considerable por el acoso a preguntas y la curiosidad de los demás niños, y verse así nuevamente expuesto a *flashbacks*, lo que puede explicar también reacciones violentas de su parte.
- Si varios niños han sido testigos presenciales de una catástrofe deberían requerir ustedes asesoramiento y, dado el caso, apoyo profesional en el mismo establecimiento. Rigen aquí las recomendaciones dadas en el capítulo 3.
- Existe la posibilidad de que un colaborador a cargo de los niños sufra algún perjuicio importante. Eventualmente, los niños pueden ser testigos de una tragedia humana en el jardín de infancia (por ejemplo, la muerte de una maestra en presencia de los niños).
- Un colaborador presenta él mismo después de los sucesos síntomas de un trastorno por estrés postraumático. No obstante, él mismo no los reconoce, y el desarrollo de las actividades del día después de la catástrofe se ve sensiblemente perjudicado por las alteraciones que sufre el colaborador.
- También los padres de los niños que tienen ustedes a cargo pueden verse afectados de forma persistente por determinados acontecimientos, y ustedes lo perciben a su vez en los niños.
- Algunos padres pueden relacionar la catástrofe a la que se ha visto expuesto un niño del jardín de infancia o el grupo en su conjunto con sus propias experiencias traumáticas.
- Entre los padres pueden surgir tensiones considerables a causa de los hechos traumáticos: sea que ustedes mismos como responsables del cuidado de los niños se vean expuestos a reproches por no haber evitado la catástrofe, llegándose a la formación de alianzas críticas de los padres contra el

personal en general o contra un colaborador en concreto, sea que los padres se hagan reproches mutuos.

- Los niños pueden verse afectados en cualquier momento por estos desarrollos que se dan entre los adultos y sufrir daños por esta causa.

Esta enumeración solo puede iluminar algunos de los problemas que pueden presentarse en un establecimiento de educación infantil. No obstante, lo expuesto puede haberlos sensibilizado de modo que ustedes vean ahora con otros ojos su establecimiento en cuanto a posibles traumas que puedan sufrir los niños o los colaboradores, y, frente a eventuales problemas, encuentren, en común con sus colegas, vías de solución apropiadas.

En el caso de niños y adolescentes que acuden a la escuela o cursan una formación profesional rigen también, en principio, algunos aspectos de lo arriba expuesto respecto de los niños de jardín de infancia. Pero, en la escuela –y de forma creciente en las clases más avanzadas–, se trata del rendimiento estudiantil que deben tener tanto el alumno traumatizado como sus compañeros de estudios. En Alemania se ha procurado presentar el comportamiento y las posibilidades de cada alumno en lo tocante a su rendimiento en un estudio comparativo a nivel nacional. Los estándares generales de rendimiento escolar que, según el estudio PISA, han de posibilitar también una valoración comparada del rendimiento escolar entre los diferentes estados federados alemanes, incrementan la presión sobre cada alumno individualmente en el sentido de responder a las exigencias, pero también incrementan la competencia entre los alumnos y entre las escuelas. En esta situación puede suceder que todo trastorno, que afecta también a los compañeros de estudios, tenga una dramática incidencia en el desarrollo de la clase en su totalidad.

Los acontecimientos que afectan a la escuela en su conjunto –por ejemplo, un suicidio, o graves hechos de violencia en el entorno de la escuela– pueden perjudicar considerablemente el funcionamiento de toda la institución educativa. ¿Qué significa –también en casos que no llaman tanto la atención de la opinión pública– para alumnos, docentes y padres el hecho de que se produzca una catástrofe y un niño o adolescente sufra un trauma psíquico? La siguiente enumeración muestra los aspectos especiales de la situación escolar en el contexto de los traumas:

En caso de haber alumnos psíquicamente traumatizados se suscitan en las escuelas o establecimientos de formación profesional los siguientes problemas

- En caso de duda, valoren ustedes manifestaciones llamativas de un niño o adolescente del cual saben que puede haber sufrido un trauma como expresión o repercusión del trauma en la psique y en el comportamiento.
- Síntomas como signos de sobreexcitación (trastornos de concentración, accesos de furia, inquietud motora, hiperactividad), *flashbacks*, estados de ausencia (disociaciones) pueden afectar el aprendizaje del alumno en cuestión, pero perturban también en parte a sus compañeros de estudios. Particularmente perturbadores para toda la clase son los estallidos de agresividad y el comportamiento hiperactivo en niños pequeños. Pueden suscitarse conflictos entre los alumnos, pero también entre el alumno afectado y ustedes como docentes o sus colegas.
- En trastornos de concentración y comportamiento hiperactivo que se presentan de forma aguda consideren también la posibilidad de que se esté frente a un trauma. En niños con experiencias traumáticas reiteradas en su vida, los especialistas diagnostican también ante tales síntomas visibles un trastorno de atención o de hiperactividad. Sin embargo, esto no excluye en el caso particular la presencia de un trauma psíquico. En ulteriores exámenes llevados a cabo por terapeutas psicotraumatólogos se encuentran a menudo los signos de un trastorno por trauma psíquico que se mencionan en el capítulo 1.
- ¿Se han enterado los otros niños de los acontecimientos dramáticos en cuestión? El destino sufrido por el niño víctima puede suscitar miedos propios en otros niños y adolescentes de la escuela.
- En adolescentes, los miedos propios suscitados por los sucesos se asocian a veces con importantes sentimientos de vergüenza y son negados de forma correspondiente. A veces, los únicos indicios de la presencia de un daño considerable en el adolescente son los estallidos emocionales, el comportamiento retraído y el descenso del rendimiento escolar.
- Hay que tener cuidado con temas de clase que puedan actuar en el alumno afectado como *triggers*, o sea, como estímulos señalizadores de experiencias traumáticas. Como ejemplo cabe mencionar aquí el tratamiento del tema de la guerra cuando hay en la clase niños traumatizados por la guerra. La violencia y el abuso son otros temas que pueden resultar a menudo estresantes para niños traumatizados.
- Por su comportamiento alterado y el cambio de su apariencia exterior, puede suceder también que un alumno traumatizado sea excluido de su grupo de compañeros, lo que significa para él una carga adicional.
- Las formaciones grupales de las que el alumno traumatizado se ha retraído después de los acontecimientos (tal vez por tener un tipo de personalidad más «individual») pueden ser vistas por él más adelante como un «frente». Esta circunstancia puede provenir de que, por los efectos del trauma, desarrolle una tendencia extrema al retraimiento y la «diferencia» respecto de los miembros del grupo adquiera para él un peso emocional mayor que antes. En lugar de autonomía, el alumno traumatizado siente ahora soledad.
- Un papel de *outsider* en el que un niño o adolescente pueda haberse encontrado con anterioridad puede agudizarse por la situación de trauma.
- Intentos de suicidio o suicidios consumados en el entorno de la escuela pueden impulsar a adolescentes en peligro de suicidio a actuar a su vez del mismo modo. Esto vale incluso para los relatos de suicidio que aparecen, por ejemplo, en novelas leídas por los adolescentes. Así, por ejemplo, después de la publicación de *Las penas del joven Werther*, de Goethe, se registró un incremento de suicidios de personas jóvenes.
- Los puntos mencionados hacen de la escuela un factor de estrés adicional en el proceso de curación. Este hecho puede y debería evitarse (Véase el capítulo 3).

Aparte de las dificultades que la escuela puede entrañar para el alumno afectado, esta puede ser también para él un lugar importante en el que reina la normalidad. Puede distraerlo de recuerdos traumáticos y de otras dificultades relacionadas con la experiencia de catástrofe:

Las escuelas o establecimientos de formación profesional pueden resultar de ayuda para un alumno traumatizado de la siguiente manera

- Las relaciones con otros niños «sanos», el juego y los temas en las discusiones entre los niños.
- La formación de grupos entre compañeros de estudios puede ser una ayuda para el alumno traumatizado si allí se siente cobijado y atendido.
- La relación, en especial con el maestro o formador, pero también con otros colaboradores del establecimiento (p. ej., con el encargado, el vendedor del kiosco, la secretaria escolar, etc.) puede tornarse para un alumno en una suerte de *leitmotiv*. En el progreso vivo de su situación escolar y de formación, los adultos pueden brindar contención al alumno a través de una atención fiable y amigable en la que se trate fundamentalmente *de él, de su futuro*. Esto puede ser especialmente importante en el caso de niños y adolescentes que han experimentado abuso y violencia en el marco de relaciones humanas. A menudo ayudan más al alumno afectado sus propias representaciones imaginarias de protección y apoyo por parte de los docentes que las acciones concretas. La atención cordial dispensada en el trato con el alumno, el respeto por su sufrimiento y por los logros estudiantiles que, a pesar de todo, le siguen siendo posibles frente a la tragedia personal son elementos de apoyo que hacen en parte prescindible la realización de grandes acciones.
- Orientación por la materia de enseñanza: las cosas *tienen* que seguir su curso en la vida del niño y *no hay* motivo por el cual deban interrumpirse. El hilo de la vida se sigue hilando perceptiblemente en la escuela a cada momento.
- El aprendizaje y el trabajo pueden establecer una saludable distancia respecto de las experiencias traumáticas.
- Los docentes pueden ver la situación de forma más serena y distante y, de ese modo, presentarse ante los padres del niño como mediadores hacia un mundo en el que las cosas siguen su curso, especialmente si los padres también se han visto afectados negativamente por los acontecimientos.

Una vez más, los puntos mencionados representan aspectos importantes de la situación en el jardín de infancia, en la guardería, como también en la escuela y en el lugar de formación profesional.

Tengan en cuenta, por favor, que, como maestra de jardín de infancia, como docente o como formador profesional, son ustedes tal vez las únicas personas de la vida pública que pueden detectar el sufrimiento de un niño o adolescente. Si sus protegidos o alumnos están o han estado amenazados por experiencias de violencia –sea violencia psíquica o física o abuso sexual– o por las consecuencias de una catástrofe técnica y las secuelas físicas de un trauma, a menudo los signos de lesión psíquica expuestos más arriba solo

son reconocibles para un observador atento. Desarrollen, por favor, el coraje de observar con atención. Para estos niños son a menudo ustedes la única oportunidad para salir del aislamiento y de la soledad en la que se encuentran con su indecible dolor.

Si tienen ustedes la sospecha de que, en el entorno de un niño o adolescente, se da abuso sexual o violencia, tienen ustedes una gran responsabilidad respecto de los pasos que habrán de emprender (En el capítulo 1 se ha expuesto a qué aspectos deben prestar atención en el trato directo con el niño ante la primera sospecha).

En lo que sigue se considerarán las posibles consecuencias de una acusación de abuso así como las razones de posibles acusaciones falsas. Con ello se tocan también aspectos fundamentales de índole formal y jurídica:

Los siguientes son los aspectos que hay que tener en cuenta si tienen que ver ustedes con un niño o un adolescente en el que sospechan una situación de abuso

- Una sospecha debería estar bien fundada. Casos trágicos –como se han discutido en parte en los medios– nos muestran lo fatal que puede quedar una falsa sospecha, por ejemplo, de abuso sexual intrafamiliar. Toda una familia puede ser destruida por semejante error de apreciación. Hay algunos casos en los que ciertos niños han denunciado injustamente a sus padres (o padres adoptivos) y, de ese modo, han contribuido al daño de su familia.
- También una acusación «falsa» de un joven frente a un familiar es *siempre* expresión de una dificultad anímica, aun cuando la acusación de abuso sexual se haga injustamente.
- El niño o el adolescente necesita apoyo en cualquier caso.
- No raras veces, en casos semejantes está siendo fuertemente menoscabado el bien del hijo, por ejemplo, por otro tipo de violencia corporal reiterada, y el adolescente ve en la acusación de abuso la única posibilidad de ser escuchado «con toda seguridad» por las autoridades competentes.
- Si las personas públicas que tienen responsabilidad en la escuela, los servicios sociales, etc., niegan al niño una ayuda efectiva o han descuidado por mucho tiempo su situación, puede llegarse a acusaciones desesperadas de este tipo.

Los puntos de vista expuestos, que iluminan, por una parte, aspectos atinentes a las relaciones y tocan, por la otra, puntos de índole más formal y jurídica, deben entenderse como meros ejemplos. Tómenlos como ocasión para captar mejor la situación especial y concreta de su propio establecimiento cuando un niño o un alumno pueda haber sufrido un trauma. Los temas atinentes a las relaciones humanas pueden servirles para contrarrestar desarrollos equívocos que se estén iniciando o para poder comprender mejor la índole de los problemas que puedan presentarse.

«Niños de la guerra»: jóvenes (colectivamente) traumatizados y la sociedad

En nuestras sociedades occidentales son dos los planos en los que tenemos que ver con el tema de la guerra: por una parte, vivimos en una sociedad de posguerra, lo que significa que los abuelos de niños que viven en nuestro entorno han tenido en su infancia la experiencia de la guerra: en ataques (aéreos), en la huida, por la pérdida de sus padres, hermanos, amigos y familiares, etc. Estos traumas, a menudo no elaborados, siguen actuando en las almas de muchas personas mayores que viven en nuestro entorno y, de ese modo, tienen una influencia en las personas más jóvenes, que ya no han experimentado la guerra de forma directa. Naturalmente, lo mismo vale también para aquellos padres de familia que han venido de otros países, donde han sufrido acciones de guerra. Acerca de la importancia de estas experiencias de los padres y abuelos para el niño que está hoy a su cargo –sea hijo propio o ajeno– pueden ustedes leer en el último capítulo el apartado titulado «La responsabilidad de la política (sanitaria) y de la sociedad».

En el trato con un niño o un adolescente que ha vivido de forma directa la guerra o sus consecuencias en la huida o la expulsión de su tierra surgen determinadas particularidades. La experiencia en el trabajo con niños fugitivos muestra que, muchas veces, estos menores han experimentado por sí mismos todos los crímenes contra la humanidad –o han sido testigos de tales crímenes, lo que puede tener casi el mismo efecto y repercutir en la persona entera–. Ser testigo de la muerte violenta de una persona allegada, o de tortura, de ejecuciones, de violaciones, haber sido tal vez torturado o violado personalmente, haber sufrido hambre, enfermedades o separaciones traumatizantes en la huida, etc., genera una vida destruida: destruida en el interior, en el alma, como también en la expresión y el comportamiento hacia fuera. Algunos niños llegan totalmente desarraigados hasta nosotros: tal vez han sido antes niños soldado o fueron objeto de abuso (sexual) como huérfanos de guerra y tienen tras de sí a veces odiseas indecibles antes de llegar hasta nosotros y de encontrarse con ustedes como maestras del jardín de infancia o de la escuela. Son niños sin infancia.

Ante todo, niños y adolescentes con semejantes experiencias de vida tienen por principio una especial necesidad de protección y, no raras veces, necesitan junto con su familia (sustituta) ayuda profesional a fin de poder enfrentar la realidad del trauma –que afecta a menudo a todo el sistema familiar–. En algunas ciudades de Alemania se han fundado

instituciones terapéuticas para ayuda a los fugitivos. La sociedad debería tomar especialmente en serio las medidas de ayuda para estos niños. Se trata, por un lado, de un imperativo de humanidad: algunos de los ciudadanos mayores de nuestro país saben todavía muy bien cuán agradecidos estaban de que, después de haber sufrido todos los padecimientos (de la guerra), en algún lugar de este mundo se los recibiera amablemente, se les dijera alguna palabra cordial, se les diera algo de comer y un trato de humanidad. Si echamos la vista a un lado surge en la sociedad una suerte de «reino de las sombras»: estos niños y adolescentes desatendidos son en primer lugar marginados, se identifican con su papel de *outsiders* y, en el futuro, se segregan a sí mismos. La hostilidad ante los extranjeros aporta su parte a este proceso.

La siguiente enumeración de puntos quiere advertir acerca de las consecuencias de las heridas psíquicas no atendidas en los niños de la guerra:

¿Qué consecuencias tienen para el mismo niño, para su familia y para la sociedad las heridas psíquicas no atendidas en niños de la guerra y niños fugitivos?
<ul style="list-style-type: none"> • Si el niño y la familia no reciben ayuda (psíquica) concreta en la superación de los trastornos por estrés postraumático que padecen, se comete con el niño un fraude que le hace perder el <i>posible resto bueno de su infancia</i>. • A la pobreza material de la mayoría de estos niños se agrega una pobreza emocional si el niño (y su familia) no obtienen oportunidad alguna de recibir tratamiento psicotraumatológico. • Aparte de los efectos en la psique y en el comportamiento, los reiterados traumas psíquicos de la guerra enferman también el cuerpo. • Una mala situación en cuanto a atención psicosocial de sistemas familiares gravemente traumatizados conduce a un aislamiento de las familias y, sobre todo, de los niños. Las consecuencias para los niños son: fracaso escolar, posterior desocupación, fracaso en relaciones de pareja así como con sus coetáneos, especial propensión al consumo de drogas con sus consecuencias, peligro de desarrollos criminales. • Para el sistema social y de salud así como, en general, para un sistema de Estado de derecho, el descuido de los «niños de la guerra» y de niños fugitivos representa a largo plazo una carga persistente. • El odio humano en la guerra suscita odio en los niños si no les brindamos ayuda sincera y cordial. • Por lo tanto, los costos materiales, no materiales y humanos que derivan de echar la vista a un lado frente a este problema son considerables para todo el ordenamiento social democrático.

Los factores descritos tienen que ver con el marco mayor de la familia y la sociedad dentro del cual se mueve el niño. Pero también en la relación entre el niño afectado y ustedes –por ejemplo, como educadores o maestros– hay que tener en cuenta algunas particularidades. En lo que sigue se enumerarán algunos aspectos que deberían ustedes

observar en el trato con estos niños:

¿Qué debería tener en cuenta como educadora o maestra si me encuentro con un niño con un posible trauma de guerra?

- Si un niño llega a ustedes directamente de algún ámbito de guerra o de crisis, deberían presuponer que hay en el niño (y también en la familia) gravísimos traumas psíquicos. El modo de trato con el niño debería tener en cuenta esta circunstancia.
- Sin embargo, esto no significa que tengan ustedes que hablar con el niño de ese tema. Por el contrario, es importante considerar que determinadas situaciones pueden tener el carácter de estímulos señalizadores o *triggers*, que podrían despertar en él *flashbacks*. Determinados temas de clase pueden también contribuir de forma involuntaria a ese resultado.
- Permanezcan atentos a ese niño y, en diálogo confidencial, ofrézcanle poder acudir a ustedes; díganle que debe hacerlo cuando no pueda con una situación que se suscite, por ejemplo, en la clase, con los compañeros o con los docentes.
- Tengan en cuenta que, tal vez, hacen falta varios intentos para que un niño o un adolescente cuya alma ha sido tan dañada pueda ganar confianza y abrirse un poco. No obstante, abrirse significa aquí en primer término recuperar algo de confianza en el mundo y en las relaciones humanas. Un niño difícilmente hablará sobre experiencias traumáticas.
- No sobreexijan al niño o al adolescente con sus deseos de prestar ayuda. Denle tiempo a un niño semejante para que los ponga a prueba a ustedes y se cerciore de que son dignos de confianza.
- El idioma puede llevar a malentendidos si el niño no puede hablarlo con fluidez. Dado el caso, pidan la intervención de una intérprete (por lo menos para las primeras conversaciones) que domine la lengua del niño.
- Los niños se ayudan mutuamente. Establezca puentes para el niño. Un «padrinazgo» –por ejemplo de un alumno de la clase que sea socialmente competente– para este niño «nuevo» en el entorno puede ayudarlo a superar los primeros temores frente a la toma de contacto. Puede resultar útil elegir a otro alumno del mismo país de origen. Entre ambos niños tendría que surgir la «química».
- La familia desempeña un papel especial en el caso de los niños musulmanes. Se trata de un punto de vista importante si tienen ustedes la sospecha de que una chica de una familia semejante ha sufrido violencia sexual o si, desde su perspectiva, tienen seguridad de que así ha sido. En esta circunstancia necesitan ustedes urgentemente asesoramiento profesional en los puntos de consulta o terapia para niños y mujeres sexualmente traumatizados por parte de personas que conozcan el círculo cultural. Que una niña sea víctima de abuso puede significar –también en una familia musulmana «liberal»– su exclusión de la familia, hecho que para la niña sería una nueva y terrible catástrofe.
- Ante la sospecha de un trauma agudo rigen en general para el trato con estos niños y adolescentes y con sus familias reglas análogas a las que ya han conocido ustedes en otros apartados del libro y que encontrarán más abajo.

Estos niños y adolescentes pueden experimentar también nuevos traumas agudos por un accidente de tráfico o algo semejante. Si se encuentran ustedes con un niño (o con su propio hijo) con previas experiencias de guerra que se ve ahora confrontado adicionalmente con un acontecimiento catastrófico, deberían considerar la situación del

niño, pero también la del resto de la familia.

Niños mayores de familias dañadas por la guerra tienen no raras veces la función de ser el «portavoz» de la familia hacia fuera. Los niños dominan más rápido un idioma extranjero en virtud de sus dotes para las lenguas. También entran más pronto en contacto con la nueva lengua a través del juego, de una participación en la «escena juvenil» así como en el jardín de infancia y en la escuela. Si un niño o adolescente con este trasfondo vital resulta traumatizado, es posible que también el entorno familiar se vea perjudicado de forma determinante. ¿Quién actúa entonces de «intérprete de la familia» ante las autoridades? ¿Quién corrige las tareas escolares de la hermana pequeña si el hermano mayor «está de baja»? ¿Quién acompaña a la madre al médico y hace de intérprete entre ella y el facultativo? Una situación semejante significa un desafío complejo con vistas a la coordinación y cooperación de los sistemas de ayuda intervinientes que se ocupan del niño y la familia.

Pero también hay consecuencias menos visibles: ¿Quién consuela al bebé de la familia que llora en la noche y a quien la madre no puede atender porque ella y el padre trabajan en un servicio de limpieza? Por ese motivo, un niño o adolescente afectado y su familia deberían recibir rápidamente diferentes apoyos (escuela, oficinas públicas de protección al menor, personal de ayuda en crisis y organizaciones asistenciales no profesionales como «Weisser Ring», centros de ayuda a las víctimas, ulterior ayuda familiar, etc.). Ya como docentes captan ustedes muchas veces qué tareas tan importantes y excesivamente exigentes debió asumir ya antes el muchacho o la chica en el hogar familiar.

Deberíamos contribuir en común a que también los niños que se han visto perjudicados por experiencias de guerra reciban de nosotros la consideración y la atención que les hagan posible ser de nuevo realmente niños o adolescentes. Esto comprende una actitud de humanidad en el encuentro con ellos, apoyo en el entorno social de la familia, en la escuela y el deporte, así como en el aprendizaje de otras competencias culturales como la música, la pintura, el baile, el teatro, a fin de poder oponer, aquí y ahora, al dolor interior la creatividad como fuerza de vida. Los mundos vitales de estos niños en particular están marcados a menudo a todo nivel por la destrucción y el dolor. Las personas de fuera – personas adultas o profesionales– solo pueden mitigar de forma limitada este dolor con la ayuda que prestan. Por ejemplo, el grupo de terapia artística del Ambulatorio para Niños y Adolescentes Fugitivos de la Clínica Universitaria de Hamburgo ha demostrado varias veces de forma impresionante en sus exposiciones que niños y adolescentes gravemente

traumatizados por la guerra pueden dar, con el color y la forma, una expresión viva y liberadora al estado de su alma. El niño realiza este trabajo con los mundos interiores a partir de sí mismo. Esto brinda el sentimiento de «crear» algo y se contrapone al sentimiento de impotencia total que muchas veces estos niños y adolescentes tienen que «respirar» a diario en el seno de sus familias. Estos pueden animar a niños traumatizados de su entorno a encontrar también ellos un camino de creatividad para salir de su desdicha.

El trato con el trauma psíquico

Un trauma afecta siempre al hombre entero: alma, espíritu y cuerpo. Esto deberían considerarlo en cada momento de la asistencia a un niño o adolescente. ¿Qué necesita ahora el cuerpo, con sus signos de sufrimiento padecido, dado que el niño acaba de sufrir este estrés o está aún padeciéndolo? ¿Qué necesita esta alma delicada después de haber tratado temas difíciles con el niño a nivel racional? ¿Qué «pensamientos bellos» necesita él ahora para sentirse bien?

Y tengan una actitud de alerta y atención: muy fácilmente los adultos pensamos en «dimensiones de adultos» y a menudo hemos «desaprendido» a pensar como un niño. Oriéntense por la percepción del niño o el adolescente. Su propia intuición les ayudará en el momento de necesidad. Deberían confiar en sí mismos y en su «buena sensación». ¡Sean valientes! Las consideraciones que siguen tienen por objeto ayudarlos a que esa «sensación», ese «sentir» se abra camino más rápidamente hasta la acción si de pronto se encuentran en una situación catastrófica con niños o adolescentes. El conocimiento que han adquirido después de la lectura les dará una mayor seguridad para encontrar el camino correcto para sí mismos y para el niño. Y ese camino será «siempre diferente» en cada caso concreto, sobre todo diferente que en este manual. No tengan reparo en desarrollar un cierto afán de estar bien informados sobre los contenidos de este libro: hablen con otros sobre los nuevos conocimientos que han adquirido y profundicen de ese modo. Tal vez despierten también en otros un interés por el tema y, de ese modo, sean más las personas bien informadas que en el futuro puedan ayudar a niños en dificultades. Pero, en una situación extrema, fiense del modo en que ustedes mismos sienten la situación. No dejen que las recomendaciones que aparecen en el texto los lleven a tratar los temas con el niño o el adolescente al modo de manual. Si con el texto no se lograra otra cosa más que despertar a los adultos y sensibilizarlos acerca de las posibilidades que tienen de ayudar, ya se habría alcanzado mucho. ¡De una vez por todas no echemos más la vista a un lado frente al sufrimiento de los niños!

Una lesión psíquica de extrema gravedad hace necesario también un proceder de extrema

sensibilidad, del mismo modo como, obviamente, al actuar como socorrista de primeros auxilios en un accidente no tratarían al buen tuntún las heridas de la víctima. Y las dimensiones de un perjuicio psíquico son enormes: hablamos aquí de niños que han sido testigos de accidentes cruentos, por ejemplo, de accidentes de tráfico, o que han sufrido separaciones definitivas –por ejemplo, del papá que tanto querían–, que han sufrido una cruel lesión de su unidad psíquica a causa de un abuso sexual, que se han encontrado a las puertas de la muerte o han sido testigos de violencia mortal, etc.

Ustedes pueden expresarle al niño que reconocen que su alma ha sufrido una herida grave. Que es probable que esa herida deje después una cicatriz en el alma, y que ustedes quieren ayudarlo a que la herida pueda sanar bien y en tranquilidad, sin «supuraciones».

Pueden comparar las secuelas de largo plazo de un trauma psíquico con una grave enfermedad infecciosa que, si bien puede curarse, deja agentes patógenos enquistados en el cuerpo a menudo durante años, como es el caso de la tuberculosis. La infección –el dolor de la experiencia traumática– puede reaparecer en cualquier momento de ese período y conducir a un rebrote de la enfermedad. Especialmente si la herida del alma no ha sido curada de manera óptima, pueden aparecer secuelas y se hace imposible evitar un posterior rebrote de la enfermedad. Las reacciones que han conocido ustedes en los párrafos precedentes son casi «normales» poco después de la experiencia traumática. Solo si siguen presentes en el tiempo posterior deben entenderse como una patología en sentido estricto. Y en esto ustedes pueden prestar ayuda: acompañen al niño y curen en común con él sus heridas a fin de que pueda darse una «cicatrización limpia».

Circunstancias de vida que representen una carga y produzcan mucho estrés –como nuevos traumas, experiencias de pérdida en relaciones personales, una mudanza a otra ciudad, enfermedades graves y peligrosas del cuerpo– pueden contribuir, bajo una carga extrema, a un rebrote de la enfermedad incluso después de una buena primera «cicatrización». Del mismo modo como el paciente tuberculoso lleva enquistado en sí el agente patógeno durante toda la vida, en el paciente traumatizado la experiencia traumática se condensa en una suerte de núcleo psíquico enquistado y puede reactivarse en caso de un debilitamiento de la psique. Así como una pierna fracturada puede volver a romperse por la fractura frente a una carga excesiva, así también el hombre traumatizado por estrés psíquico puede desarrollar nuevamente signos de enfermedad en determinados «puntos sensibles de estrés». Una buena cura inicial de la herida y las capacidades de

«autogestión» (que se expondrán más abajo), así como la prestación de un apoyo directo al niño o el adolescente ayudan a reducir claramente la gravedad de los síntomas en caso de un rebrote de la enfermedad.

Con este mismo fenómeno –la posibilidad de que heridas psíquicas se abran nuevamente después de largo tiempo– se ha encontrado la psicotraumatología, que se ocupa desde hace algunos años de las consecuencias tardías en el presente de traumas de guerra sufridos en el pasado por personas mayores que han vivido la Segunda Guerra Mundial. Si en su vejez lo pierden todo, por último también la propia vivienda, aparecen a veces, con un diferimiento de 50 años, síntomas de un trastorno por estrés postraumático: por ejemplo, si antiguas vivencias de pérdida o de impotencia son reavivadas por la situación de vida actual.

También en posibles empeños terapéuticos posteriores solo se alcanzará en el mejor de los casos una «cicatrización» mejorada. Pero, como se ha dicho, por regla general, siempre quedará una cicatriz. Es importante transmitir esto a los niños y los adolescentes, entre otras cosas para que, una vez superado el estado de shock, puedan tener la oportunidad de hacer el duelo y la despedida. Las antiguas cicatrices ya no tienen por qué doler (tanto): también aquí nos ayuda la comparación con el cuerpo. Sin embargo, las cicatrices nos recuerdan que un ser humano tiene una historia en la que, junto a las cosas hermosas, hay también sufrimiento. El tiempo y lo que ha sucedido en él se harán visibles en las cicatrices. Pero también se hará visible en ellas el hecho de que el tiempo puede curar las heridas si lo utilizamos para brindarles un cuidado amoroso, trátase de nuestras propias heridas o de las de los niños. Nadie puede quitarle a un niño las pérdidas y el sufrimiento que ha padecido. Pero también ustedes como legos en psicología pueden ayudar al niño a encontrarse nuevamente a sí mismo como un ser vivo con posibilidades para una vivencia de alegría, para el amor, para la curiosidad por la vida, etc. Y pueden asimismo indicarle que puede contar con la ayuda de ustedes a fin de curar su herida por sí mismo, y que ustedes tienen voluntad de prestarle esa ayuda.

En este capítulo se trata de señalar las posibilidades que tiene un adulto ya en los primeros momentos posteriores a un acontecimiento traumático, pero también después, de acompañar con su ayuda al niño traumatizado en la dificultad por la que atraviesa. Los apartados que siguen enfocan los diversos temas a los que ustedes tienen que prestar atención. Según la situación que tengan que enfrentar en la actualidad o en el futuro con un niño traumatizado –que puede ser su propio hijo–, es posible que tenga sentido

abordar los diferentes apartados que siguen en un orden diferente de la sucesión secuencial en la que aquí se presentan.

La emergencia aguda: seguridad y ayuda en los primeros momentos

Si se encuentran ustedes con un niño o adolescente que puede haber sufrido un trauma psíquico corresponde por regla general retirarlo ante todo del entorno que pueda representar para él una amenaza aguda. Después de un accidente, de un delito cometido con violencia, de una catástrofe natural o técnica, es de una importancia decisiva alcanzar rápidamente seguridad y establecer contacto con los familiares, amigos o con otras personas para estabilizar la situación del niño afectado. Ustedes preguntan directamente al niño por su sensación de seguridad y le explican que ahora está seguro. Esta información puede llevar después a que, por de pronto, la «hemorragia psíquica» se detenga. A un niño que no sepa aún hablar deberán brindarle, si lo encuentran solo, cercanía corporal y palabras tranquilizadoras, así como cuidar de que tenga suficiente abrigo o fresco, y de que pueda calmar concretamente su sed o hambre.

Con la situación traumática sucede como con una placa de cocina. Si se la toca una décima de segundo, puede producirse, por ejemplo, una quemadura de primero o segundo grado. Pero si la mano toca la superficie caliente durante un segundo, la quemadura resultante es de tercer o de cuarto grado. Si logramos alejar lo más pronto posible al niño presumiblemente traumatizado de la situación dramática, las imágenes no alcanzan a grabarse de forma tan profunda en su psique, y el daño se verá, dado el caso óptimo, minimizado.

No obstante, tengamos cuidado: hay que considerar que el niño o adolescente puede tener, eventualmente, la necesidad de seguir el desenlace feliz o «debidamente organizado» de una situación que representa una amenaza. Este requerimiento puede tener validez cuando, por ejemplo, el niño o adolescente ha sido testigo de un accidente en el que nadie ha sufrido heridas graves y él mismo no presenta signos extremos de *shock*. En ese caso, el niño o adolescente debería poder seguir los acontecimientos en común con ustedes. Examinen ahora cuidadosamente la situación.

Se exponen a continuación cuestiones a las que deberían ustedes prestar atención o por las que deberían preguntar en caso de que un niño no haya entrado en una situación traumática después de vivir un acontecimiento dramático

- ¿Están seguros de que el niño o el adolescente no fue traumatizado o no lo está siendo actualmente por haber sido testigo de los acontecimientos?
- ¿Cabe temer que, por ulteriores medidas del servicio de emergencias, de la policía o de otros intervinientes, vayan a producirse otras escenas traumáticas?
- Si han aclarado ustedes para su propio gobierno las preguntas precedentes, pregunten entonces al niño, por ejemplo: *¿Quieres mirar cómo los socorristas siguen ayudando a la ciclista herida?*
- Pregunten, al mismo tiempo: *¿Te sientes seguro aquí? ¿Qué puedo hacer en ese sentido? Entonces, si quieres, podemos permanecer aquí y puedes seguir junto conmigo las cosas y ver que todo termina bien.*
- Si ustedes pueden transmitirle al niño de forma creíble el «buen» desenlace, pueden también alejarse con él de la escena. En la mayoría de los casos, esto sería lo mejor.
- Permanezcan en contacto con el niño y hablen con él, alientenlo a preguntar y a hacer comentarios sobre los acontecimientos.
- Pero, si tienen ustedes la sensación de que las vivencias serán demasiado para el niño (o para ustedes mismos), pueden también decirle en todo momento que preferirían retirarse con él.

De modo que, en una situación potencialmente traumática, tienen que sopesar los siguientes elementos: puede ser que la situación sea para el niño tan abrumadora, tan «intrusiva», que pueda esperarse o incluso que ya se haya producido un trauma. En ese caso, el camino correcto es alejar al niño del lugar de los acontecimientos; de otro modo, las imágenes de la situación traumática se graban «a fuego» en la memoria del niño y se activa en el cerebro el «programa de emergencia».

Pero también puede darse que la imposibilidad de clasificar la situación por no poder seguir su desenlace hasta el final represente para el niño una carga. Por ejemplo, si en un accidente de tráfico dos vehículos chocan a gran velocidad y quedan destrozados, pero los conductores salen ilesos, puede tener sentido darle al niño la posibilidad de esperar la llegada de las grúas que retirarán los vehículos accidentados a fin de que pueda ver que los adultos restablecen nuevamente el orden. Por el contrario, si hay personas gravemente heridas cuya vida pueda estar incluso en peligro, la situación está relacionada de forma permanente con impresiones básicamente abrumadoras, y lo sensato parece ser retirar al niño de la situación. No obstante, hay que tener siempre en cuenta la perspectiva personal del niño, que hay que averiguar.

En el caso de niños cuyo idioma ustedes desconozcan, tienen que fiarse de las afirmaciones de «intérpretes» que se encuentren en el lugar o bien prestar más atención al lenguaje corporal del niño. El miedo, por ejemplo, es un sentimiento que puede determinarse con facilidad si se observa con atención al niño. Indíquense mediante gestos que le ayudarán y, de ese modo, tranquilícenlo. Después de haber retirado al niño de la

situación de peligro y de que este se haya convencido de que, después del acontecimiento traumático, se encuentra a buen recaudo, pueden, con tranquilidad, acercarse más a la «vida interior» del niño (como se expondrá más abajo).

Si ayudan ustedes a un niño o a su propio hijo en una situación de emergencia aguda tienen que tener en cuenta, además, los aspectos que siguen. La siguiente lista de verificación debe aplicarse en todos los acontecimientos en los que se encuentren ustedes con niños –propios o ajenos– potencialmente traumatizados. Se parte aquí del supuesto de que hay varios niños presentes. Se trata de la situación más difícil. Por el contrario, si tienen que ocuparse de su propio hijo o de un solo niño o adolescente, el procedimiento es más fácil.

¿Qué conocimientos tienen que obtener si tienen que ocuparse de varios niños o adolescentes que acaban de vivir un acontecimiento terrible o han sido testigos de un acontecimiento semejante?

- Aparte de la pregunta por serias lesiones corporales, deberían reconocer si la situación para su hijo o para otro niño o adolescente presente ha sido traumática. Pónganse en la situación de los niños, especialmente en el caso de los más pequeños. Por ejemplo, para un bebé puede resultar traumático un acontecimiento relacionado con un gran estruendo. Procure que también ese niño sea atendido de forma apropiada, aun cuando todos los demás no hayan sufrido más que un susto.
- No resten importancia a un eventual estado de *shock* de un bebé diciendo a otras personas presentes: «El pequeño no se da cuenta de nada y pronto lo olvidará todo». Se trata de un error de estimación muy difundido. Más arriba se ha hecho ya detallada referencia a las consecuencias en parte devastadoras de traumas sufridos en edad muy temprana
- ¿Se han visto ustedes separados de su hijo, u otros padres de sus hijos? ¿Pueden ustedes informar o hacer informar a esos adultos y hacer que vengan en ayuda de sus hijos? ¿Qué papel desempeñan padres y/o madres que estén presentes, que tal vez estén heridos, o también hermanos, parientes, amigos, personal de la policía y de emergencias, así como animales domésticos?
- Examinen ustedes mismos si se atreven a ayudar a los niños. Al propio hijo deberían asistirlo en cualquier caso: en lo posible no lo dejen solo para nada.
- Pongan fin a la separación entre los niños y sus personas de referencia si pueden abarcar la situación de conjunto y acompañar a niños que estén deambulando para que se reúnan con sus padres.
- ¿Cómo se encuentran ustedes? ¿Conservan una cierta estabilidad a pesar de los acontecimientos? Presten ayuda si pueden. A veces, poca ayuda es mejor que ninguna. Tengan el coraje de prestarla (en contra de la tendencia de la *look-away-society*, de la sociedad que mira hacia otro lado) aun cuando no se trate de sus propios hijos: mañana puede ser *su* hijo el que se beneficie de la ayuda de un *extraño* que le preste atención.
- ¿Hay niños ajenos que estén recibiendo ya cuidados de parte de otros? ¿Hay en la inmediata cercanía adultos que puedan brindar consuelo?
- Después de una catástrofe les irá a ustedes mejor y será mejor para su autoestima si han podido hacer algo por su propio hijo o por otros niños, y no han apartado sin más la vista de su sufrimiento.

- Confíen en su sentir y en su intuición. Estas dos fuerzas serán en situaciones importantes su mejor brújula, en especial si han leído ya atentamente este libro. Estos instintos han permitido a lo largo de milenios al ser humano sobrevivir en situaciones extremas.
- Si hay niños o adolescentes que están solos y dispersos, reúnanlos, ofrezcan a los más pequeños cogerlos en brazos si ellos no tienen nada en contra y si lo permite la asistencia a otros niños, por ejemplo, a los suyos propios. Requieran la ayuda de otras personas que les parezcan a ustedes espontáneas y apropiadas para ello.
- Como es posible que tengan que ocuparse de niños y adolescentes de edades diferentes, en sus posteriores acciones tienen que intentar siempre darse cuenta de si la modalidad de ayuda y las medidas que están tomando corresponden a todas las edades.
- Dado el caso, pónganse concretamente de rodillas a fin de observar la escena «desde abajo», desde la altura desde la que miran los niños.
- Si por lo menos un adulto «hace» algo y produce visiblemente algún «efecto» —o sea, si opone esa acción a la impotencia traumática—, ese solo hecho es ya un factor de protección para todos los niños presentes.
- Si sus propios hijos de edad algo mayor están presentes, será para ellos una ayuda que experimenten que sus padres ayudan a niños más pequeños. De ese modo estarán ustedes actuando de forma «potente» en medio de una situación que se vive con «impotencia». Pero tampoco descuiden a sus propios hijos «mayores» y a otros niños de esa edad.
- Si la atención de varios niños les resulta demasiado, preocupense solo del propio o de aquel que les parezca más necesitado, o al cual sus propios sentimientos tiendan a ayudar. Nada tiene de malo que un adulto se dedique a un solo niño. Tal vez otras personas del entorno sigan su ejemplo. Estén contentos con ustedes mismos si logran dar ese paso y concéntrense, pues, en ese niño.

Las consideraciones precedentes tenían que ver con la necesidad de hacerse un cuadro de conjunto cuando son varios los niños y adolescentes afectados por un acontecimiento. Una vez que han hecho una estimación de la situación y, eventualmente, se han podido formar un cuadro ordenado, dedíquense al niño individual. En la exposición que sigue se resumirán preguntas que, tal vez, se les planteen. Ellas sirven como orientación si quieren ustedes ayudar al niño o al adolescente de forma concreta.

Los apartados que siguen les darán algunas respuestas a las preguntas que, posiblemente, se les estén planteando.

Diferentes aspectos que deberían tener ustedes en cuenta en el trato con un niño o un adolescente cuando se encuentra en medio de una situación de carga extrema o acaba de pasar por ella

- ¿Qué sensación produce al niño, dependiendo de su edad, el escenario de emergencia? ¿Cuánto miedo siente?
- ¿Cómo puedo estimar si el niño está sufriendo o ha sufrido ya un grave daño psíquico?

- ¿Qué papel desempeñan el desarrollo general y la edad del niño o adolescente en tal estimación?
- ¿Hay signos externos de una situación general traumatizante que aconseje retirar rápidamente al niño de la situación? ¿Cómo puede reconocérselos?
- ¿Cómo me acerco al niño?
- ¿Qué palabras elijo para los diferentes niños en las diferentes edades?
- ¿A qué informaciones doy acceso al niño y en qué momento?
- ¿Tiene sentido en tal situación un contacto corporal?
- ¿Qué palabras (tranquilizadoras) elijo? ¿Qué digo en los diferentes momentos?
- ¿Qué puede hacer el niño por sí mismo?
- ¿Cómo me separo de nuevo del niño si la situación se resuelve?
- ¿Qué puedo hacer por el niño después de la situación extrema? ¿Qué apoyo ulterior tiene sentido darle?
- ¿Cómo aseguro que a un niño presumiblemente traumatizado se le brinde ulterior atención profesional?

Recuperación tras el primer susto: la ayuda correcta en los primeros momentos

¿Se sienten dispuestos a ayudar al niño? El presupuesto más importante para el trato ulterior y para la propia acción en una situación en la que quieren ustedes acompañar a un niño que pueda haber sido traumatizado es el siguiente:

Si están ustedes implicados de forma demasiado emocional en una situación traumática, si han perdido ustedes mismos «el suelo bajo los pies», en la mayoría de los casos no significarán ayuda alguna en una conversación con el niño. Por sus propios sentimientos de impotencia pueden incluso reforzar en él tal sentimiento. En un caso semejante deberían fijarse si hay en el entorno alguna otra persona de confianza que pueda ayudarlos a ustedes y al niño en esa dramática situación. Y si es su propio hijo el afectado, alguien debería cuidar de su hijo y de ustedes. En lo posible, no deberían separarse.

La exposición que sigue parte de que ustedes hayan llevado ya al niño a un lugar seguro. Esto significa también que el niño se sienta seguro y que ustedes le hayan preguntado si ese es el caso. Al niño le ayuda si, inmediatamente después de un acontecimiento traumático, intentan ustedes captar, en común con él, el sufrimiento que tiene que soportar. Pero no «sucumban» ustedes junto con él en ese intento. Sobre todas las cosas, estén presentes. Una sincera compasión brindada desde una posición fuerte resulta de ayuda. A todo esto, es importante que, en la descripción del acontecimiento, no se vaya

demasiado «a lo profundo» si el niño o adolescente no lo hace por propia iniciativa. Por regla general, hay que respetar los «movimientos naturales» de la psique: un niño que permanece callado no debería ser abrumado con temas que tienen que ver con el acontecimiento. A un niño que quiere contarles todo tipo de cosas deberían dejarlo expresarse: de ese modo le ayudan a salir del estado de *shock*. Procuren encontrar la actitud y el registro correctos en su aproximación al niño.

<p>¿Con qué actitud debería encarar yo a un niño con un grave trauma psíquico en una situación aguda o poco después de tal situación?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • No hay que darle a la voz un énfasis exagerado, sino hablar con una serena circunspección junto con una atenta cordialidad y algo de fuerza en la voz. • Manténganse siempre atentos al niño y a sus reacciones frente al contenido de la conversación. Por regla general, los niños pequeños hasta la edad del jardín de infancia deberían ser cogidos en brazos por la persona más allegada a ellos. • Si los padres no están presentes, ustedes mismos deberían dirigirse sin vacilación al niño aun a pesar de ser adultos extraños para él. • Denle a entender al niño que disponen de tiempo. • Pongan cómodo al niño y hagan lo propio consigo mismos; dispónganse a la conversación o a la implicación silenciosa.

En una conversación con un niño o adolescente deberían tematizar principalmente aquello que los acontecimientos suscitan en el niño así como aquello que ustedes pueden hacer junto con él para que, después de la catástrofe, todo pueda seguir adelante. Una cercanía excesiva al tema del trauma puede despertar de nuevo recuerdos abrumadores. Fundamentalmente, lo más importante es la presencia de ustedes junto al niño. Y también que él pueda estar seguro de que ustedes están presentes y de que, por el momento, permanecerán allí hasta que quede asegurada una ayuda ulterior. En las conversaciones que mantengan con el niño pregúntenle reiteradamente si ha entendido todo lo que han hablado con él o si, por el contrario, hay cosas que no han quedado claras. Los temas traumáticos que se tocan en tales conversaciones pueden perturbar la atención del niño y hacer que deje de prestar atención a lo que se habla. En tal caso, deténganse y sean cuidadosos. Por eso, ya desde el comienzo apliquen la «regla del stop» (véase el siguiente ejemplo de diálogo), aun cuando el niño manifieste el deseo de mantener una conversación con ustedes. El niño debe saber que ustedes están suficientemente al tanto de lo que puede estar viviendo en su interior después de una catástrofe. Deberían expresarle que habrán de velar por que la conversación no se

convierta en una nueva fuente de estrés (traumático).

¿Cómo han de encarar al niño o al adolescente como padres o madres o como adulto en posición de ayuda al iniciar la primera conversación? Al respecto, un ejemplo de diálogo:

Adulto: Sé que has pasado por algo muy terrible y que puede ser que, de pronto, te sientas muy mal si hablamos ahora de las cosas que tienen que ver con lo sucedido. Puede ser que de pronto te acuerdes con mucho miedo de esas cosas. Quiero evitar que eso suceda, y espero que estés de acuerdo. ¿Sí?

Niño: (asiente con la cabeza).

Adulto: Acordemos que, si de pronto te viene miedo o pánico o, simplemente, si ya te resulta demasiado que sigamos hablando de lo sucedido, simplemente me dices stop, sin más explicaciones. ¿De acuerdo?

Niño: (asiente con la cabeza).

Una situación traumática coloca el cuerpo y la psique del niño en estado de *shock*. Si ese estado se mantiene por un tiempo relativamente prolongado, se activa en el cerebro el «programa de emergencia». (Los múltiples signos de una enfermedad de estrés han sido tratados en el capítulo 1). ¿Cuáles son los signos de un estado agudo de *shock*? También estos cambios interiores son expresión de estructuras primitivas en el tronco encefálico y en el mesencéfalo, cuyo funcionamiento se ha alterado de forma aguda, como se ha explicado ya más arriba. En el recuadro que sigue presentamos una lista de los signos típicos:

¿Cuáles son los signos psíquicos y somáticos de un estado de *shock* en el niño?

Signos psíquicos:

- sensación de miedo existencial;
- sensación de no poder experimentar sentimientos;
- sensación de estar como al lado de sí mismo;
- sensación de no ser uno mismo;
- sensación de que el mundo exterior es ajeno;
- ausencia de recuerdos de la situación o de partes de la situación;
- sensación de que todo es de pronto muy pequeño o muy grande;
- percepción alterada del tiempo.

El cuerpo da las siguientes señales:

- sensación de tener piedras en el estómago;
- sensación de mareo, náuseas, asco;
- sensación de que la cabeza ha quedado vacía, como si le hubiesen absorbido el contenido;

- sensación de que la cabeza va a estallar;
- sensación de que todo se contrae;
- sensación de tener la garganta oprimida;
- sensación de frío extremo;
- sensación de quedarse sin aire; dificultad para respirar;
- sensación de que el corazón late acelerado, duele y se desgarrar;
- dolores;
- sensación de caer indefinidamente.

Signos somáticos exteriores.

- palidez;
- temblor;
- sudoración;
- contracturas;
- desmayos;
- mirada fija, perdida;
- enuresis, encopresis.

Los que acabamos de listar son los signos que se mencionan siempre de nuevo como expresión de un estado de *shock*. Por lo regular los síntomas que se presentan son varios. A menudo hay que preguntar activamente por estos signos y encontrar primero en común con el niño un *lenguaje* para expresar estos fenómenos, ya que los niños o adolescentes no saben cómo han de hacerlo. Las explicaciones gráficas que encuentran más arriba son imágenes que los mismos niños han encontrado. Díganle al niño que quisieran saber qué «pasa en su interior», de manera que puedan apoyarlo para que sus heridas interiores sanen.

La lista puede darles sugerencias acerca de las manifestaciones sobre las que pueden preguntar al niño. Permitan al niño encontrar su propio lenguaje para expresar los estados que vive. Si el niño tiene la posibilidad de entrar en conversación con ustedes sobre signos anímicos o corporales de su grave lesión psíquica, surgen oportunidades para que se activen de inmediato los mecanismos de autocuración. De ese modo liberan ustedes al niño de la soledad en la que se encuentra con las manifestaciones psíquicas y somáticas posteriores al trauma. Pregunten una y otra vez al niño si se siente a gusto con la averiguación que están haciendo. De ese modo pueden asegurarse de que no le están exigiendo demasiado o de que no esté con sus pensamientos en cualquier otra parte.

Hasta ahora nos hemos movido en el ámbito de las palabras. Pero ¿qué necesita el cuerpo cuando está sufriendo bajo las consecuencias de una experiencia de estrés extremo? Esto mismo se explicará en el apartado que sigue.

Lo que el cuerpo necesita inmediatamente después del *shock*

También el cuerpo tiene su «lenguaje» para reaccionar a un estrés extremo. Más arriba ya hemos comentado algo acerca de este «lenguaje corporal». Todos los «signos de *shock*» que hemos descrito expresan que el organismo en su conjunto se ha puesto en plan de «huida o lucha», pero que estas reacciones psicobiológicas no han tenido éxito en la superación de la amenaza. En lo que sigue se enumerarán las posibles ayudas que pueden ustedes ofrecer al niño:

¿Qué ayudas necesita el niño para su cuerpo cuando se encuentra en estado de *shock*?

- Procuren que tenga suficiente abrigo (o, dado el caso, fresco);
- en todas las medidas que tomen, pregunten al niño si le parecen bien;
- creen, de ser posible, una iluminación agradable;
- protejan al niño de la gente, de olores y ruidos, de otras percepciones sensoriales que en este momento pudiesen perturbarlo. Para ello tienen que preguntar al niño si hay algo que le molesta;
- si tienen a mano algo que abrigue –una cobija, una chaqueta, un abrigo–, ofrézcaselo al niño para que se envuelva con ella o pregúntele si les permite que ustedes mismos lo hagan;
- también puede resultar de ayuda el calor que viene de dentro del cuerpo: un cacao o té caliente pueden ayudar –como el resto de las medidas– para resolver la situación de *shock* del cuerpo. Encarguen a otros intervinientes que consigan esas cosas y permanezcan ustedes junto al niño;
- si el niño ya es algo mayor, tengan cuidado al acercarse corporalmente al niño y pregúntele si tiene deseos de tener contacto físico, por ejemplo, si le colocan la mano sobre el hombro;
- en especial en el caso de experiencias de violencia de hecho o de violencia sexual puede ser importante la cercanía corporal, aunque también puede ser experimentada como una especial amenaza;
- la cercanía de las personas de referencia es por regla general la mejor medicina. Si pueden ustedes procurar que alguien a quien ustedes encarguen vaya a buscar a los padres o a un hermano mayor que acuda a la misma escuela en la que se ha producido la desgracia, no dejen pasar esa oportunidad;
- pregunten siempre al niño –y mejor hacerlo alguna vez de más que de menos– qué deben hacer. Si el niño en estado de *shock* se encuentra como «ausente», anúncienle que, en ese momento, van a tocarlo –por ejemplo, que van a ponerle la mano sobre el hombro–. Pidan al niño o al adolescente que les señale (aprobando o denegando con la cabeza) o les diga si está de acuerdo con ese contacto físico.

La mayoría de las personas no tiene en principio la costumbre de prestar atención de esta manera a las cuestiones corporales. Normalmente nos fiamos de que el funcionamiento del cuerpo es «de algún modo, correcto» y no le prestamos mayor atención. Es de esperar que estas consideraciones les hayan mostrado que no deberían descuidar este aspecto.

Además, si no son ustedes el padre o la madre del niño, es importante de qué manera «entregan» ustedes a su debido tiempo al niño a las personas de referencia. En lo que sigue haremos algunas recomendaciones al respecto:

¿Qué deberían tener en cuenta si han atendido al niño después de una traumatización aguda y lo «entregan» a los padres o a otras personas responsables?

- Las «transiciones» en circunstancias críticas de la vida resultan siempre una carga para los niños: no solo después de un trauma. Por eso, déjense tiempo para proceder en este sentido. Vale la pena hacerlo, y ello transmite al niño una vez más la sensación de que, también después del trauma, está a buen recaudo en el mundo;
- por tanto, establezcan ante todo un buen contacto con los padres o con las otras personas responsables;
- informen a los adultos que cuidarán ahora del niño acerca de las experiencias que acaban de tener con él;
- deberían describir de forma detallada las reacciones agudas del niño a fin de que, más tarde, un terapeuta pueda enterarse a través de los padres de cómo fue la reacción aguda del niño o del adolescente. Es posible que un especialista quiera saberlo;
- den a los padres su dirección o su número de teléfono si prefieren hablar con ellos más adelante. Esto puede tener sentido también si el relato que harán a los padres pudiese resultar una carga adicional para el niño en ese momento;
- despídanse del niño con tranquilidad y, de ser posible, acompañenlo todavía un momento junto con los padres;
- ofrézcanle también al niño que, si más adelante quiere hablar o encontrarse nuevamente con ustedes, podrá hacerlo;
- tal vez puedan darle al niño alguna pequeñez –en caso de necesidad, un «céntimo de la suerte» puede tener su valor–. El valor que una cosa tiene para nosotros depende de la significación que le asignamos. Ustedes pudieron estar al servicio del niño o del adolescente en una hora de dificultad extrema. Esto se graba profundamente en el corazón de una persona, y más aún si le han dado algo de sí mismos. Algunos niños no quieren recibir nada: sean «flexibles» y no se ofendan. «Todo está OK» si el alma del niño «está encendida».

Ahora dejamos la situación aguda y nos trasladamos a los días posteriores al trauma. Es posible que, ahora, en la vivencia del niño o adolescente el alma «se haga la loca», y ustedes pueden ayudarlo a entenderse mejor a sí mismo.

Camino para salir del mutismo: tras el trauma, explicar el mundo exterior e interior

La experiencia con niños y adolescentes después de un acontecimiento traumático ha

demostrado que, para ellos, resulta una ayuda si pueden entenderse a sí mismos y comprender los cambios interiores y exteriores que sufren después del trauma. Sobre todo inquietan mucho al niño las experiencias interiores de *flashbacks*, de sobreexcitación, etc. Si él puede hacer la experiencia de que ustedes lo «acompañan», de que entienden al niño con los «efectos indeseados» del trauma y de que, como adultos, pueden incluso explicar algunas cosas, se habrá ganado mucho para el niño o el adolescente. «No estar más solo con la locura en la cabeza» fue la formulación acuñada en una ocasión por un adolescente cuando le pregunté qué le habían aportado las explicaciones.

Las consideraciones que siguen se dirigen sobre todo a los más pequeños: a los que solo recientemente han aprendido a manejar con una cierta seguridad la lengua. Es decir que solo han desarrollado en medida reducida capacidades intelectuales, apenas han empezado a comprender el mundo con el entendimiento. ¿Cómo pueden explicar ustedes la cualidad propia de una situación traumática a niños de diferentes edades? Esto es algo que se mostrará más abajo. Pero antes es importante hablar con el niño sobre los procesos psíquicos en general. Psique, alma, aparato psíquico ni siquiera en la ciencia reina siempre el acuerdo sobre aquello de lo que ella misma habla. Lo cierto es que utilizamos a menudo estos conceptos en la vida cotidiana, pero no siempre sabemos con precisión qué significan.

¿Qué es lo que se lesiona, propiamente? ¿Cómo le explico al niño qué es, en realidad, la psique, el alma? Habría que empezar con lo que el niño ya sabe. ¿Tendrá tal vez hasta una idea de lo que es el alma? Habría que preguntárselo primero. Muchos niños no tienen una respuesta a mano cuando les preguntamos sobre la psique o el alma. He aquí un diálogo con Anna, una niña de cuatro años, a la que se le explica el concepto de *psique* o de *alma*:

Adulto: ¿Sabes qué es el alma o la psique?

Anna: No, no lo sé.

Adulto: Pues bien, voy a intentar explicártelo un poco. Pero no es sencillo, porque los adultos tampoco lo saben tan exactamente. El alma podría estar en la cabeza, pero seguramente no está solamente allí. Algunos piensan que está en el corazón. ¿Sabes tú dónde está?

Anna: (mostrándose el pecho) Creo que aquí.

Adulto: Así es, exacto. Pero volvamos a la cabeza o al cerebro. El cerebro es como un ordenador que tenemos en la cabeza con el que hacer tus pensamientos, y él dice también a dónde ha de ir el cuerpo. Ese ordenador en la cabeza es seguramente una parte importante de la psique o del alma. Tal vez, algunas partes del alma no se las pueda conocer para nada: ¡no podemos mirar dentro de la cabeza!

Pero sigamos: ¿Has estado contenta hoy en algún momento?

Anna: Sí, cuando mamá me puso mi vestido preferido, cuando vinimos a verte.

Adulto: ¡Qué bien! ¿Y quieres tú a alguien?

Anna: Sí: a mamá, a papá y a Strolchi, nuestro perro.

Adulto: Pues mira: yo pienso que, cuando estamos contentos o queremos a alguien o estamos tristes, se trata del lenguaje del alma. No lo sabemos con exactitud: como te he dicho, no podemos mirar simplemente lo que hay dentro de la cabeza. Es un poco como el aire. Sabemos que está ahí, a veces se mueve alguna flor cuando sopla el aire, pero solo podemos ver el aire por sus efectos o cuando está muy sucio o lleno de niebla. Pero, en realidad, en esos casos lo que vemos es solamente la suciedad o el agua de la niebla que lleva el aire. De otro modo, no se ve nada; y sin embargo, el aire está allí y lo necesitamos para respirar. Y el ser humano necesita el alma en su cuerpo para ser un ser humano. ¿Sabes ahora un poquitín más qué es el alma?

Anna: (asiente con la cabeza.)

Podemos todavía preguntarle al niño si se le ocurren otros ejemplos de sentimientos, podemos sugerirle que pinte o dibuje el alma.

Ahora podemos hablar con el niño también sobre las cosas que pueden pasar en el alma. Comencemos con cosas hermosas: un regalo hermoso, un encuentro hermoso, cosas que alegran el alma. Pero hay también otros aspectos: una riña fea con un amigo, que puede enojarnos mucho. O cuando perdemos alguna cosa, podemos entristecernos. Pero, lo que es mucho peor: que el alma sufra una herida grande, que se la hiera mucho. (Más abajo expondremos el modo en que podemos explicarle al niño cómo puede presentarse una herida semejante, qué es y cuáles son sus posibles consecuencias, con las que el niño ya se está enfrentando).

Para el niño es importante que establezcan en común con él una comprensión de la situación actual de su vida. En tal sentido es conveniente mostrarle que tienen ustedes una idea de cuál puede ser la catástrofe interior por la que está atravesando. Para un adecuado reconocimiento por parte de personas que sufren un grave trauma psíquico es importante que no todo se convierta de pronto en un trauma: no toda carga para el alma corresponde a los criterios expuestos en el capítulo 1, que pueden ustedes explicar muy bien al niño. Establezcan con el niño un acuerdo cuando expliquen qué entienden por un trauma. Entonces se le explican al niño las consideraciones del capítulo 1 (¿Cuándo se habla, propiamente, de una experiencia traumática?). He aquí un ejemplo de una explicación semejante sobre el concepto de *situación traumática*:

Adulto: Imagínate un pequeño conejo que está siendo perseguido por un gato. El conejo acaba de esconderse en un rincón entre dos piedras. El gato no puede acercarse al conejo, pero la zarpa del gato está pasando todo el tiempo de un lado al otro ante los ojos del conejo. El conejo está en una trampa. No puede escapar ni puede luchar para defenderse. Una situación como esta es la que se llama situación traumática: cuando hay un gran peligro, no se puede hacer nada más, y se tiene un miedo terrible. Se la podría llamar también «situación de ya-nada-va-más». También a las personas les

puede ir así si les toca mirar cuando a otras personas les ocurre algo terrible. Nuestro sentimiento acompaña a las demás personas, y se puede tener mucho miedo cuando se está viendo lo que les sucede a otros. Sería como si el hermanito del conejo estuviese viendo todo desde la conejera y tuviese miedo por su hermano perseguido por el gato. Entonces, el pequeño corazón del conejo y el de su hermano se quedan como «helados»: ya nada va más, la rabia y, sobre todo, las lágrimas, se quedan como congeladas. ¿Te va también a ti como al conejo con esa experiencia terrible?

Después se puede invitar al niño a hablar de su situación. Díganle que está bien si no quiere decir nada. Pero ahora le han dado al niño la señal de que ustedes comprenden un poco su situación. Por regla general, los niños agradecen mucho esta comprensión común de la situación con todas sus dificultades y su crueldad.

Lo más difícil es explicar estas cosas a niños menores. En tales casos se debería informar especialmente bien a los padres. Los ejemplos son básicamente apropiados también para niños de más edad, pero tienen que ser adaptados correspondientemente a otro lenguaje. Siempre pregunten primeramente al niño qué idea tiene de los temas a tratar. En el caso de adolescentes ha resultado útil decir, por ejemplo: «A un niño se lo podríamos explicar más o menos así» —y a continuación se le da la explicación infantil—. También niños mayores y adolescentes aceptan a menudo gustosos que se les hable con abundancia de imágenes.

Los modos de funcionamiento del aparato psíquico en el programa de emergencia resultan a menudo confusos a los niños y adolescentes, razón por la cual después de un trauma se sienten extraños frente a sí mismos y temen haberse vuelto locos. Cualesquiera que sean las repercusiones psíquicas que se hayan dado en el alma (infantil), hay una cosa que deberían ustedes transmitir siempre de forma clara y comprensible:

«Lo que ahora dicen tu cuerpo y tu alma como reacción a los terribles acontecimientos que has vivido es *normal*; lo que es *una locura* es lo que has experimentado».

Explicaciones sencillas como esta suscitan siempre *confianza* entre el niño y las personas que lo rodean. Justamente la confianza se ha perdido frente al trauma, y es preciso recomponerla lentamente. En una situación en la que la vida está determinada por incompreensión y desesperación, el niño puede sentirse resguardado y comprendido.

Antes de ahondar en su conversación con el niño acerca de lo que ha sucedido en él mismo a consecuencia del trauma deberían haberle ofrecido primero algunas explicaciones sencillas sobre los «huracanes psíquicos» de su interior. En esto puede

resultar de ayuda la comparación entre el trauma psíquico y el trauma quirúrgico.

¿Cómo explican al niño qué otros efectos puede haber producido tal vez el grave trauma del alma que ustedes han «descubierto» en común con él? Un requisito importante para la curación de una lesión psíquica grave es comprender, en lo posible, *todas* las reacciones «invisibles» que se producen frente al acontecimiento. Para esto pueden ustedes utilizar ejemplos tomados del mundo de la física, del cuerpo, que resultan comprensibles también para niños más pequeños. El siguiente caso de estudio trabaja con la comparación entre *trauma psíquico* y *trauma quirúrgico*:

Maik, de ocho años de edad, estaba presente cuando su hermano Christian, de seis años, fue atropellado y arrojado diez metros por los aires por una camioneta, resultando gravemente herido. Peor aún: la madre había encargado a Maik cuidar de su hermano pequeño. Según su sentir, había fallado miserablemente en esa misión. Y el hermano casi se había muerto por esa causa.

Pánico en la calle, el tráfico se paraliza de inmediato, las personas se apresuran hacia el niño herido que yace inerte y sangra profusamente, alguien llama con excitación a la ambulancia. Todo gira en torno a Christian. Llega la ambulancia y se realizan maniobras de reanimación. Christian parece estar a salvo.

Maik está al borde de la calle, incapaz de moverse del lugar, como paralizado. Más tarde no podrá recordar partes de la situación que se produjo directamente después del accidente: los expertos denominan este fenómeno de la pérdida súbita de memoria en contextos traumáticos «disociación peritraumática». Nadie parece prestarle atención. Este niño sufre en ese momento una grave lesión psíquica exteriormente invisible.

Christian sufre un trauma que puede ser adecuadamente resuelto por la vía *quirúrgica*, es decir: diferentes órganos han sufrido lesiones. Superará el accidente sin secuelas corporales. Los socorristas tienen en el lugar del accidente ante todo un único objetivo: asegurar la sobrevivencia (física) del paciente visiblemente herido. No se entra a considerar síntomas de segundo rango conectados con el accidente. Se verifica si las heridas representan un riesgo para su vida. Hay que restablecer y estabilizar la función respiratoria y circulatoria. El cerebro recibe el oxígeno a través de la circulación sanguínea y, si la respiración y la circulación fallan, puede fácilmente resultar dañado. Por eso se actúa para detener las hemorragias, para liberar el órgano respiratorio, y se recurre a aparatos para mantener la respiración de modo que se aseguren las funciones

vitales del cuerpo. Se inyecta líquido y medicamentos que favorecen la circulación a fin de evitar una reacción de *shock* orgánico.

Pero ¿qué pasa en esos mismos momentos con el «aparato psíquico» de Maik? El trauma psíquico puede compararse con el quirúrgico. A continuación presentamos un diálogo que puede trasladarse también a otras situaciones de estrés. De este modo se acercan ustedes al sufrimiento «invisible» del niño y, si el intento se logra, establecen una cercanía que ayude a una mejor reconexión para las relaciones humanas que lo sostengan. El siguiente ejemplo de diálogo quiere señalar cómo pueden explicar ustedes al niño qué es una *lesión psíquica*:

Adulto: Maik, a ti y a tu hermano os ha pasado algo muy malo, él ha sufrido heridas graves, pero tú estabas presente, y tu alma puede haber sufrido también heridas graves. Ya hemos hablado de lo que es el alma. (Nota: en el caso de niños pequeños se les pregunta aquí también si conocen el concepto de «herida»: por ejemplo, una excoriación en la rodilla, etc., se presta para pasar de allí a la lesión psíquica).

Maik: (asiente con la cabeza.)

Adulto: Solo que esa herida no podemos verla realmente. Pero del mismo modo que hay signos de una herida en el cuerpo, también en el caso del alma podemos constatar signos de que hay una herida, signos que aparecen siempre de nuevo en las personas. Ahora voy a mencionarte algunos: fíjate tú si los conoces, ¿de acuerdo? De ese modo podemos ver qué cura necesita tal vez la «herida» de tu alma.

Maik: (asiente con la cabeza.)

En este diálogo se ha mostrado con claridad cómo pueden proceder en el caso de un niño en edad escolar primaria. En niños mayores o menores pueden modificar de forma correspondiente el léxico. Qué es la psique o el alma pueden explicárselo al niño recurriendo al diálogo expuesto más arriba.

Ahora pueden aclarar en común con el niño qué signos de enfermedad puede haber desarrollado él. De ese modo ayudan al niño o al joven a que encuentre la salida de la soledad en la que se encuentra con las consecuencias de la devastación interior que ha sufrido.

Un niño que ha sufrido una grave lesión anímica sufre de nuevo por los efectos del estrés extremo, difíciles de describir. Se ha demostrado que a un niño o un adolescente que ha sufrido una grave lesión anímica le ayuda si, por de pronto, se intenta junto con él entender cómo es que el alma y el cuerpo reaccionan de esta forma al estrés. En especial los niños agradecen que se los libere de un estado en el que no pueden entender la alteración de los procesos interiores de su cuerpo y de su alma. Quieren saber por fin qué es lo que les pasa. Los niños de más edad se preguntan: ¿Es que estoy loco? ¿Por qué

soy visiblemente distinto que otros niños? Para niños de jardín de infancia y aún menores, el susto aterrador se reitera y aumenta cuando el horror del trauma los persigue a través de *flashbacks* y no encuentran ninguna forma de expresar lo que les sucede. Es posible que para ellos el trauma no haya terminado *realmente*: en su propia percepción del tiempo y de la realidad, las terribles imágenes siguen correspondiendo incluso todavía a lo real. En los momentos en los que, por ejemplo, se ven expuestos a *flashbacks*, se sienten tal vez verdaderamente «locos»: el entendimiento no puede acudir rápidamente en ayuda de la consciencia y explicarle con claridad: «Esto que has visto no era más que una “película”, aun cuando lo que la memoria acaba de representarte parezca suceder “aquí y ahora”».

Por tanto, es muy importante que intenten hablar con el niño. Nunca hasta ahora ha resultado dañina para un niño una conversación esclarecedora sobre las posibles consecuencias de una lesión anímica grave. Algunos niños retoman espontáneamente contenidos de la conversación y los relacionan con sus propias vivencias, pero a veces sucede también que son ellos los que hablan la mayoría del tiempo. He aquí otro recurso mediante el cual pueden explicarle los síntomas postraumáticos típicos:

Dibújenle al niño (en el ejemplo que sigue es Anna, de seis años) una imagen con tres círculos insertos uno en el otro como las capas de una cebolla. De ese modo disponen de un recurso para «colgar» los contenidos y la transmisión de la materia no es tan abstracta y «seca».

Adulto: «Imagínate que tu cerebro está formado por tres capas, capas como las que forman una cebolla. Ahora bien, la parte del centro, aquí —el ámbito central— es nuestro cerebro «antiguo», que funciona como, por ejemplo, el de los lagartos: por eso algunos lo llaman «cerebro de lagarto». Con él, el cerebro le ordena también al cuerpo cómo tiene que funcionar cuando el miedo se apodera de la persona y esta se encuentra en peligro. En el «cerebro medio» se encuentran los sentimientos y los recuerdos. Y aquí, en la parte más externa, está la «sustancia gris», la parte de nuestro cerebro con la que pensamos las cosas difíciles, por ejemplo, cómo se pone una llave en la cerradura, cómo se repara una bicicleta, o cuánto es nueve más tres.

Normalmente, la sustancia gris y el cerebro emocional son el «jefe» en el «ordenador-cabeza». Ellos dicen por dónde hay que ir. Si los sentidos —los ojos, los oídos— dicen todos: ¡Peligro, atención, riesgo de vida!, se produce en el cerebro un «clic» y el comando es asumido por el «cerebro de lagarto», hasta que la amenaza haya pasado. Este funciona de forma automática y muy simple: es como un programa de emergencia y maneja sin demasiada reflexión todo tipo de funciones a fin de que el hombre pueda luchar bien contra el peligro o pueda escapar rápidamente de él. Pensemos de vuelta en el pequeño conejo de la vez pasada: ¿lo recuerdas? El conejo que había sido acorralado por el gato. Ya no podía luchar ni huir. Y, en una «situación de ya-nada-va-más», el programa de emergencia del

cerebro de lagarto sigue funcionando y gobernando la sala de mandos. Y mientras siga pensando que hay peligro, sigue activo a pesar de que el peligro ha pasado ya hace mucho tiempo.

Esto produce lo siguiente en tu cabeza y en tu cuerpo (y ustedes dibujan para el niño tres círculos yuxtapuestos y escriben en ellos «1», «2», «3»). Primero, el cerebro hace con el cuerpo lo que hace un deportista que se prepara para una competición: hace precalentamiento, se entrena para estar a tope cuando suene el pistoletazo de salida. Y así lo hace también el programa de emergencia con tu cuerpo: lo conecta a la corriente y lo pone en alerta máxima. Entonces te das cuenta, por ejemplo, de que estás muy nervioso, de que estás moviendo las piernas todo el tiempo (aquí se repasan en común con el niño los signos de sobreexcitación y los demás síntomas y, en el caso de niños en edad escolar, se los anota junto al círculo 1). Ya ves que, si quisiéramos luchar o huir, todas estas cosas tienen sentido. Pero tu cerebro de lagarto confunde situaciones de aquí y ahora con las de antes, cuando la pequeña Anna en ti estaba verdaderamente en dificultades y no podía salir de ellas. En esas situaciones no podemos hacer, por de pronto, nada. Pero como en la central de mandos sigue rigiendo el miedo de antes, la «alarma» en la cabeza sigue estando conectada. (Véase también el apartado «Recuperación tras el primer susto»; allí se enumeran los signos de shock).

(Ahora hagan referencia al círculo 2 y expliquen los síntomas intrusivos [recuerdos abrumadores] del niño). Pero el cerebro antiguo tiene otro programa más: imagínate de vuelta al conejo. Para que no vuelva a pasar otra vez algo tan terrible con el gato, cada vez que el conejo se acuerda del gato o se ve acorralado de la misma manera, la central de la memoria le envía imágenes terribles que caen como un rayo, por ejemplo, imágenes de la pata del gato. Y entonces, el conejo tiene el mismo miedo que tenía en aquella ocasión. O tal vez el conejo sueña también con esa situación terrible. De modo que está siempre atento a no ser atacado por el gato. Eso es bueno, pues de ese modo el conejo está alerta y no será atrapado por el gato. Y tal vez sea también así con nosotros, los hombres, como si estuviésemos todavía en la selva y hubiésemos sido atacados por un león.

Fíjate, si tú ves esas imágenes terribles, si algo te recuerda esas cosas terribles, el cerebro de lagarto piensa que tienes que estar atenta, que en el futuro tienes que escapar de esas cosas. Pero es como con una máquina que anda y anda siempre si no se la desconecta: ahora todo ha pasado y tú estás a buen recaudo, pero el antiguo cerebro sigue trabajando todavía en estado de alarma, y lo hace porque quiere protegerte. Y has dicho que esas imágenes duelen mucho. Y los dolores también tienen un sentido: cuando tenemos dolor de muelas, vamos al dentista y él nos cura las muelas para que la muela o el diente siga vivo y no se caiga algún día. Me has hablado de esos sueños tan feos, de esas pesadillas que a veces te hacen sentir pánico, y me has contado también acerca de las imágenes terribles que te vienen durante el día. Y todo eso es también como los dolores en el cuerpo. Y, ahora, tú y tus padres estáis aquí, y juntos reflexionamos que las heridas de tu alma necesitan una venda y muchas curas: como el diente enfermo o la herida en la piel.

(Después, ustedes le señalan el tercer círculo, que representa los comportamientos de evitación y los estados de ausencia o disociaciones). Pero, después, como es natural, estas cosas que hemos hablado hasta ahora son muy exigentes y agotadoras para nosotros. Tú misma has contado cuánto te molesta no poder dormir por la noche porque vienen las imágenes o porque pierdes los estribos y estás muy alterada. He escuchado de tus padres que, desde aquel día en que sufriste ese accidente en el agua, no quieres ir más a nadar.

(Ustedes hacen referencia a una típica situación de «gatillo» que surge de la historia previa). No toda agua es peligrosa, y creo que te estás protegiendo también de no pensar lo sucedido aquella vez, de modo que así tienes menos estrés. ¿Será así? (La niña asiente con la cabeza). Mira, de esa misma manera hay todavía más cosas que tú evitas para estar tranquila. Y tu cerebro te ayuda a hacerlo: tú, tus padres y la maestra habéis dicho que a veces estás «como ausente», y que los demás tienen que darte un empujón para que estés de vuelta «presente». ¿Es así? (La niña asiente una vez más con la

cabeza.) Creo que, en esos casos, el cerebro se pone por unos momentos en programa «ignorar todo» y, entonces, el cuerpo descansa de todo el estrés. Ya ves: en realidad, todos estos signos de enfermedad tienen sentido. Y tus reacciones son totalmente normales. Lo que no es normal es lo que te ha sucedido: el alma humana casi no puede soportar esas cosas, y por eso el cerebro se pasa al «programa de emergencia».

¿Qué queremos hacer aquí por tu alma? Decimos que el amor y la tristeza son cosas que tienen que ver con el corazón. Ya has oído decir esto, ¿verdad? (La niña asiente con la cabeza). Creo que un trauma es como si el corazón sufriese como una «congelación instantánea». En realidad, las cosas malas que pasan nos ponen rabiosos o tristes. Pero el corazón es impotente y se queda como congelado; y lo mismo les pasa a las lágrimas, a la rabia y a todo eso. Y ahora, nosotros, tú y tus padres, curando tu corazón, podemos hacer que se ablande de vuelta y que las lágrimas puedan volver a salir».

Pregunten de nuevo al niño si ha entendido lo dicho. También puede pedirse a los padres que se lo expliquen nuevamente sirviéndose de dibujos, o, en posteriores sesiones, podemos repetir en parte los contenidos si hay algún aspecto que el niño no ha comprendido y que nos parece importante para su autocomprensión.

Después, hablen sobre otros signos que pueden venir tras una experiencia traumática: por ejemplo, que los niños desarrollen de pronto un comportamiento obsesivo-compulsivo, que sufran trastornos de apetito, etc. Si se produce enuresis o encopresis, esto resulta sumamente penoso para el niño o el adolescente –para este último, aún peor–. Tengan en consideración los sentimientos de vergüenza y comprendan junto con el niño estos síntomas como expresión de la extrema tensión que busca su compensación durante la noche en una «distensión completa», también de los esfínteres. También deberían comprender ustedes junto con el niño o adolescente los comportamientos llamativos que asume de pronto en sus relaciones sociales como expresión de la situación de trauma.

Toquen también el tema de los miedos del niño, que no tienen por qué ser siempre abrumadores para merecer atención.

Deberían tratar de detectar una situación en la que el niño esté receptivo y descansado. Una explicación del trauma y de sus consecuencias como la que hemos expuesto en el ejemplo precedente es de difícil «digestión» para un niño de seis años. No tengan reparo en hacer pausas en las que el niño pueda moverse.

Por regla general, los niños se interesan mucho por estas visiones de conjunto. Lo mejor será que le expliquen primero todo esto de este modo a su pareja o a un amigo. Así se darán cuenta de si ustedes mismos han comprendido del todo lo que quieren decir o reciben todavía sugerencias acerca de cómo podrían exponerlo mejor. El diálogo de más arriba tiene carácter de ejemplo y, por supuesto, no hay que repetirlo textualmente.

Despedirse: oportunidad y «vía de solución» tras la pérdida de un ser querido

Estas preguntas preocupan a muchos adultos después de la pérdida de personas importantes en el entorno de un niño: ¿Tiene que tener un niño la oportunidad de ver nuevamente al ser querido difunto antes del entierro o constituye esto una exigencia desmesurada para el niño? Es importante recordar que, por regla general, despedirse de una persona a la que se ha perdido –sea que la despedida tenga lugar en el hospital, en un departamento de patología del hospital o en el entierro– es de suma importancia para los niños. La despedida concreta del cuerpo sin vida pone en claro para el niño que la muerte es un acontecimiento definitivo. El niño puede percibir con sus sentidos que la vida ha partido de ese cuerpo. La despedida facilita la conclusión, la finalización de un capítulo.

Antes de entrar a considerar con más detalle el despedirse trataremos algunas preguntas que los niños o los adolescentes suelen plantear a menudo cuando ha muerto una persona allegada a ellos. Dado el caso, deberían ustedes tocar las preguntas que siguen, que son típicas, a fin de aliviar la carga de un niño o un adolescente en la experiencia de pérdida que está viviendo:

Preguntas frecuentes de niños o adolescentes después de la pérdida, por muerte, de una persona allegada
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tengo yo la culpa de que mamá/papá/mi amigo haya muerto? • ¿También yo u otras personas moriremos pronto? • ¿Qué es la muerte, qué pasa en la muerte? • ¿Qué viene después de la muerte? • ¿Dónde está la persona muerta ahora?

Ofrezcan al niño de forma discreta y sin insistencia hablar del tema mencionado. Si el niño indica que no se plantea ninguna pregunta sobre el tema, no habrán hecho nada erróneo. En todo caso, el niño sacará provecho de su iniciativa, pues experimenta que un adulto se preocupa de sus sentimientos y lo invita a hablar sobre estas cosas. De ese modo, el niño podrá sentirse un poco más cobijado en el mundo después de la pérdida sufrida. Veamos a continuación algunas observaciones sobre los diferentes puntos de la lista:

Los complejos de culpa deberían ser encarados siempre activamente por los adultos. En este punto lo mejor es que esta tarea sea asumida por las personas de referencia directa. Expliquen al niño que tales sentimientos son normales, pero que un niño no es nunca «culpable» de la muerte de una persona allegada, y un adolescente, por regla general,

tampoco. Naturalmente, a veces hay niños que tienen que aprender a vivir ya en su infancia con el hecho de tener una responsabilidad manifiesta por la muerte de una persona. Un caso trágico es cuando el hermano mayor empuja al menor durante el juego y el menor se accidenta mortalmente. Ya con frecuencia había escuchado el mayor decir a su madre: «no se empuja al hermano pequeño». Tal vez, la madre, desesperada, hace también reproches de ese tipo al niño en medio de la traumática situación.

También los padres desarrollan siempre en una situación semejante insoportables sentimientos de culpa: «¿Por qué no les habré dicho a los niños de forma más insistente que no deben jugar en el techo del garaje?». Y, no raras veces, los padres, en la angustia en la que se encuentran, quieren trasladar también su propia responsabilidad a los hijos. Si ustedes como intervinientes en un caso semejante se enteran de que en los padres se dan actitudes de este tipo, deberían advertirlos con sensibilidad y empatía de que es difícil asumir la responsabilidad cuando uno se siente culpable. Pero, por regla general, nadie produce accidentes intencionalmente. Los padres no han puesto a sus hijos en peligro de forma intencional y con maldad, y los niños tampoco han tenido el deseo de que alguien muriera.

Todos cometemos errores: niños y adultos. En la mayoría de los casos tenemos suerte con nuestra propia negligencia o con comportamientos irreflexivos, y no sucede nada malo. Pero cuando alguien resulta perjudicado por comportamientos erróneos o hasta llega a perder la vida por eso, se trata normalmente de un caso trágico. Deberíamos reconocer esto ante los padres y también ante el niño o adolescente, manifestar abiertamente este punto y procurar el acuerdo de todos los implicados en el asunto. La responsabilidad última de un comportamiento erróneo por parte de un niño la tienen que asumirla los padres. Ellos establecen el marco para la vida del niño. Y, en virtud de su madurez, están más en condiciones de verificar críticamente qué sucedió, por qué razón sucedió, quién tiene responsabilidad en lo sucedido y en qué medida la tiene. Ustedes pueden decirles también a los padres qué daños pueden causar en todo el ulterior desarrollo del niño los sentimientos de culpa posteriores a un trauma. (A propósito del tema de la *culpa* tengan en cuenta también las consideraciones generales que aparecen más abajo, en el apartado «Sobre el trato con los sentimientos de culpa del niño o el adolescente».)

También habría que tematizar el *miedo* a morir que padece el niño frente a la pérdida de un ser querido. Esto vale para niños que posean la madurez intelectual como para tener

cierta idea de la muerte. Un niño de dos años puede, tal vez, decir algo al respecto, pero no tiene todavía ningún concepto de la finitud de la vida. También hasta la edad de cuatro años, a veces hasta los cinco, el ratón muerto «solamente duerme» y, en algún momento, despertará de nuevo, como el mismo niño después de dormir. Naturalmente, también un niño así adquirirá pronto la trágica conciencia de la pérdida permanente de la madre, que lo ha cuidado hasta ese momento. Pero, por regla general, se trata siempre de un trauma latente, insidioso: en los primeros años de vida necesitamos la relación con la propia madre (y con el propio padre) como el pan y la leche. Sin esa cercanía o un «sustituto» amoroso y adecuado que cubra pronto su ausencia, el alma no puede desarrollarse y los bebés pueden llegar incluso a morir.

Los niños tienden a explicarse la desaparición de un pariente diciendo que «ya volverá en algún momento». Deberían ustedes averiguar cuál es el mundo de las representaciones del niño. También aquí rige, una vez más, que es preferible preguntar de más y ofrecer al niño el espacio que necesita para manifestarse. Expliquen al niño que él mismo no se encuentra en peligro (cosa que, por regla general, solo deberían hacer si realmente es así). Díganle al niño que ustedes mismos están vivos y sanos y que van a seguir atendiéndolo y protegiéndolo. Hablen también sobre los posibles temores que siente el niño de que, tal vez, también él vaya a morir. Transmítanle el sentimiento de estar bien atendido y a buen recaudo. Si en ese momento las cosas no son (todavía) de ese modo, planteen al niño o en común con el niño la perspectiva de que así será. Esto debería transmitirle al niño una expectativa de seguridad.

Las preguntas que versan sobre el tema de la muerte tienen siempre también una dimensión trascendente, filosófica o también espiritual. Con la limitación de la vida por la muerte llegamos a los límites de lo que podemos comprender humanamente. ¿Termina todo con la muerte? ¿A dónde vamos cuando la vida del cuerpo se termina? ¿De dónde venimos? ¿Hay vida después de la muerte? Aunque sean ustedes ateos y no crean en determinada creación divina o en una vida después de la muerte, lo cierto es que, en las preguntas sobre la vida y la muerte, su hijo no se orienta según las representaciones de ustedes: «Papá, ¿mi hermano está ahora en el cielo?». En el caso extremo, el niño se encuentra en estado de «impotencia existencial», se siente sobreexigido por el tema y recurre a representaciones «salvadoras».

¿Qué responden ustedes al niño si los confronta con esta pregunta? ¿Es importante para ustedes transmitirle ahora al niño su propia comprensión del mundo, u ocupan el centro

las cuestiones tendentes a posibilitar un apoyo óptimo al niño en el procesamiento del trauma? ¿He de fingir ahora frente al niño algo en lo que yo mismo no puedo creer? ¿Se sienten también ustedes inseguros respecto de «cuestiones últimas» a raíz de los acontecimientos y de las experiencias que están teniendo consigo mismos? ¿Han perdido su propia fe y el niño les está exigiendo una toma de posición?

Ante todo tendrían que formarse una idea de cuáles son las ideas concretas que tiene el niño sobre la muerte en virtud de su desarrollo emocional e intelectual: tal como hemos expuesto más arriba, los niños pequeños no tienen una representación de la finitud de la vida. De forma correspondiente, creen en toda regla que el ser querido fallecido solo se ha ido y volverá. Más tarde, en la edad preescolar y en los primeros años de la edad escolar, los niños creen a menudo que la muerte es un sueño persistente. Solo en la fase tardía de la edad escolar y en la adolescencia se obtiene la certeza de la irreversibilidad de la muerte, y el adolescente sopesa intelectualmente consideraciones de cuño religioso sobre el tema de la muerte.

Si no son ustedes el padre o la madre, antes de hablar con el niño sobre la muerte deberían informarse si el niño proviene de un entorno en que los adultos pertenecen a una comunidad de fe y qué es lo que se ha transmitido a los niños en cuanto a actitudes y contenidos de fe.

Sobre la dimensión religiosa de la muerte y sobre cuestiones que tienen que ver con las representaciones del más allá, etc., hay mucha bibliografía especial para niños y adolescentes que trata las cuestiones de la fe desde la perspectiva de las diferentes concepciones religiosas. Ustedes deberían ver qué libro corresponde a sus propias concepciones y a las ideas que ya están presentes en el niño del cual quieren ocuparse. También en este punto corresponde una vez más preguntar ante todo al niño qué piensa sobre estos temas. En la mayoría de los casos, los niños tienen en parte ideas muy concretas al respecto, ideas que ustedes deberían hacerse explicar por ellos. Solo después tienen que transmitir de forma discreta y sin insistencia sus propias ideas sobre el tema, si les parece que sus ideas pueden ser una ayuda para el niño o el adolescente.

Deberían fijarse si el niño tiene, tal vez, ideas religiosas vinculadas al temor que pudiesen significar una carga adicional. Si no es su propio hijo el afectado, será importante visitar también a los padres del niño y hablar con ellos –primero a solas– sobre aspectos confesionales y religiosos. Las concepciones religiosas tienden a veces a producir en los niños sentimientos de culpa, lo que, como es natural, no está en la línea de la curación

del niño.

Procuren siempre ser auténticos. No pretendan hacerle creer al niño algo que ustedes no pueden ni quieren creer en absoluto. Las dudas forman parte de una actitud auténtica frente al niño o adolescente y corresponden mejor a una actitud «correcta». De lo contrario, el niño notará la falta de sinceridad y, de ese modo, surgirá aún más desconfianza en la relación con los adultos. Nunca ha resultado perjudicial que se admita frente a un niño que uno mismo no sabe la respuesta a las «preguntas últimas», aunque no cae por ello en la desesperación. Las respuestas a las cuestiones de fe no pueden reivindicar nunca un carácter de verdad absoluta para todos. Estas respuestas son el resultado de un desarrollo individual, de experiencia de vida, de conocimiento psicológico y de espiritualidad. Si ustedes perciben que el niño ha desarrollado una idea propia que le ayuda, apóyenlo en cualquier caso en su postura.

Este libro no quiere ser una publicación sobre el gran tema del duelo, razón por la cual se remite aquí a la respectiva bibliografía: por ejemplo, *Wenn Kinder trauern [Cuando los niños están tristes]*, de Christine Fleck-Bohauemiltzky (Südwest Verlag); *Im Land der Trauer – Abschiedsrituale [En el país de la tristeza – Rituales de despedida]*, de Martina Görke-Sauer (Patmos Verlag) o el conocido libro de Elisabeth Kübler-Ross titulado *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido* (Ed. Martínez Roca, Barcelona 1998), por mencionar solo algunos.

En la despedida hay algunas cosas que hay que tener en cuenta sin falta:

Reglas importantes para la despedida

1. *Antes* de hablar con el niño o adolescente sobre el tema de la despedida, aclaren con las instituciones competentes si tal despedida es posible (p. ej., desde la perspectiva jurídica).
2. Preparen al niño para la situación de la despedida de la manera más detallada posible.
3. En el caso de que el cuerpo de la persona fallecida esté parcialmente desfigurado, tienen que cuidar de que las partes desfiguradas no queden a la vista del niño.
4. Si las circunstancias ya no lo permiten, puede ser de ayuda que, aunque el cuerpo esté cubierto, pueda verse una mano.
5. En lo posible, denle al niño algún tiempo para elaborar los temas mencionados y anúncienle que tendrán mucho tiempo para hablar con él. Dado el caso, conversen nuevamente con el niño sobre determinados temas si tienen la impresión de que está inseguro (p. ej., en caso de una muerte en el marco de un accidente, en el que el cuerpo, el rostro o las manos de su familiar resultaron desfigurados).
6. En lo posible, incorporen a otros familiares en la preparación de la despedida: en una situación de vida semejante, los sentimientos comunitarios agregan más poder curativo para el niño.
7. ¿Dónde y cuándo se realizará el ritual?
8. ¿Cómo encontrará el niño el cuerpo de la persona fallecida?
9. Pregunten al niño si quisiera tocar nuevamente el cuerpo muerto: muchos niños quieren hacerlo, y está bien que así sea.
10. ¿Quién acompañará al niño? ¿Qué ha de hacer la persona acompañante: llevarlo de la mano, llevarlo en brazos? Pregunten con tiempo cuáles son los deseos del niño.
11. ¿Qué harán ustedes en el lugar donde se hará la despedida?
12. Procuren aclarar activamente por medio de preguntas cuál es la reacción del niño en caso de que tenga la idea de una despedida.

13. ¿Qué siente, piensa, experimenta el niño (el cuerpo del niño) en este momento y cuáles podrían ser sus reacciones en el momento de la despedida?
14. ¿Con qué desea contar el niño en la situación de despedida, aparte del apoyo humano? ¡Pregúntenle varias veces antes del momento en cuestión!
15. ¿Quisiera el niño preparar algo (junto a ustedes) para el momento de la despedida: un pequeño regalo para la persona fallecida, una foto, una flor, etc.?
16. ¿Están informados los representantes de la institución donde se conserva el cuerpo? Acuerden con ellas oficialmente la fecha de la cita en el lugar.
17. En caso de celebrarse un funeral, adviertan también a otras personas de que el niño se acercará a despedirse: hay adultos que creen que el niño sufre perjuicios al hacerlo. Eviten situaciones desagradables junto al féretro, comentarios, etc., haciendo anunciar (p. ej., por el párroco) que también los niños están autorizados a acceder al féretro para despedirse del difunto.
18. ¿Qué harán junto con el niño después de la despedida?
19. Anuncien al niño que, después de la despedida, ustedes tendrán tiempo para él.
20. Hagan propuestas al niño para el tiempo posterior a la despedida, pero pregúntenle también cuáles son sus deseos.
21. Si el niño lo desea, ofrézcanle la posibilidad de conversar con ustedes también en los días y semanas posteriores a la despedida.

Nota: incluso en el caso de pérdidas extremadamente traumatizantes –si, por ejemplo, el cuerpo del familiar fallecido está tan desfigurado después de un accidente que un contacto (corporal) se hace imposible–, se puede realizar una despedida ritual junto al féretro, también poner junto al féretro un regalo, una esquila con unas palabras, etc. También en ausencia del cuerpo del difunto se puede realizar una despedida del niño con la ayuda de un ritual.

Considero tan importante este proceder porque casi todos los niños manifiestan un eco positivo a este tipo de actos bien preparados y acompañados. Solo en niños que no saben aún hablar puede ser adecuado realizar un ritual de despedida no ya en la realidad, sino, p. ej., en el juego. En niños de edad escolar y preescolar pueden ustedes hablar con ellos. Esto siempre es posible, y el niño podrá comunicarles en algún momento sus sentimientos. Pregunten siempre al niño qué necesita cuando parezca estar inseguro. Algunos niños no quieren ver más el cadáver bajo ningún concepto. Esto sucede, por ejemplo, cuando el niño asocia muchas malas experiencias con la persona fallecida. En tal caso deberían ustedes apoyar al niño en su actitud y ratificar esta postura también una vez transcurrido un tiempo después del entierro, a fin de corregir sentimientos de culpa que puedan suscitarse en el niño o el adolescente.

Sobre el trato con los sentimientos de culpa del niño o del adolescente

Muchos niños que han sufrido un trauma desarrollan sentimientos de culpa que los torturan. Un ejemplo en este sentido es Lars, que, mientras retozaba, saltó de forma no intencional sobre el vientre de su madre embarazada, como consecuencia de lo cual ella

dio a luz a su bebé muerto (véase el apartado «Cómo los sentimientos de culpa pueden estresar a los niños después de experiencias traumáticas», pág. 79). La relación entre el comportamiento del niño y los acontecimientos traumáticos no siempre puede reconocerse tan claramente como en el caso de Lars.

El tema de la culpa es extremadamente delicado. La pregunta de la culpa puede desencadenar sentimientos sumamente intensos y acercar a la persona a recuerdos traumáticos. Por tanto, en este asunto debe tenerse cautela. Si se sienten ustedes inseguros, deberían dejar el tratamiento del tema en manos de profesionales. Por el otro lado, no en toda situación hay a disposición del niño un terapeuta psicotraumatológico. Observen al niño o adolescente antes de la conversación sobre el tema y hagan una valoración de si podrán «amortiguar» las posibles reacciones. Si se consideran capaces de sostener con el niño o el adolescente una conversación sobre el tema de los sentimientos de culpa, tienen de todos modos desde el principio la posibilidad de dejar que él intervenga en la decisión acerca de aquello de lo que quiere y de lo que no quiere hablar. Al comienzo de la conversación habría que recordarle al niño o al adolescente, especialmente en este tema, la arriba mencionada regla del stop (es decir, que puede detener en cualquier momento la conversación con un «stop»).

No deberían tratar una posible cuestión de culpabilidad respecto de los acontecimientos traumáticos ya en el primer encuentro con una persona joven traumatizada. Por el contrario, en una situación aguda en la que, como padre o madre, como transeúnte o socorrista, pueden ofrecer ayuda inmediata, el asunto se plantea de manera diferente: aquí es muy importante tratar ya al comienzo del encuentro el tema y liberar al niño o al adolescente de la culpa. Que en una situación semejante pregunten ustedes sobre posibles sentimientos de culpa no ha dañado hasta ahora a ningún niño, si explican la pregunta. Especialmente beneficiosa parece esta actitud cuando se presentan ustedes como representantes de alguna «fuerza del orden», como, por ejemplo, la policía.

Si su relación personal no es suficientemente buena como para hablar sobre la temática de la culpa –en el caso de ser, por ejemplo, una maestra que no está especialmente cerca del niño o el adolescente–, deberían, tal vez, instar a otros adultos, por ejemplo, a los padres, a que iniciaran una conversación sobre ese tema.

Como padres, parientes cercanos o también como tutor o tutora de la clase pueden ustedes encarar abiertamente con el niño los sentimientos de culpa y «disculparlo». Pero en este punto es ante todo importante tener presente el sentido de estos sentimientos:

como se ha expuesto en el capítulo 1, en el apartado «Cómo los sentimientos de culpa pueden estresar a los niños después de experiencias traumáticas», estos sentimientos protegen a la persona de otras sensaciones abrumadoras: como antídoto contra la experiencia de impotencia durante la traumatización, la culpa es por regla general más fácil de soportar que el hecho de que no se ha podido hacer nada para evitar la catástrofe.

Reconozcan primeramente todos los intentos realizados por el niño o el adolescente para apañarse con la carga del trauma. Aclárenle reiteradamente al niño que tienen ustedes por lo menos una cierta idea de las vivencias que ha sufrido y está sufriendo. Pero no asuman en esto una actitud de exagerada consternación, pues con ello podrían suscitar en el niño una reacción de rechazo. La compasión puede disminuir al otro, y especialmente los adolescentes reaccionan de forma «alérgica» ante ello y lo experimentan como un ataque a su independencia, una independencia que ellos se han conquistado con esfuerzo a pesar de la difícil situación por la que atraviesan. Además, son especialmente «susceptibles» a este aspecto cuando han sufrido violencia de personas muy allegadas (como sus padres, etc.). No obstante, la capacidad de empatía que ustedes poseen tiene también una natural limitación, y lo mejor será que ustedes la formulen claramente ya al comienzo del encuentro y de la conversación: el mundo interior de un adolescente con un trastorno por estrés postraumático solo puede ser captado realmente por alguien que haya pasado alguna vez por esa patología. Entender que las propias posibilidades son limitadas y ayudar al niño o al adolescente desde esa base es para las personas jóvenes en cuestión una expresión de respeto por el trastornado mundo interior y exterior en el que tienen que situarse. Si han conseguido ustedes un acceso al niño o al adolescente a través de una actitud respetuosa como esta, podrán encarar también temas como el de la culpa.

En el siguiente diálogo se expone cómo pueden hablar con el niño sobre el tema de la culpa:

- *Adulto:* Muchos niños tienen después de un acontecimiento terrible la sensación de tener la culpa de lo sucedido. ¿Tienes también tú estos pensamientos?
- *Niño:* (Niega con la cabeza).
- *Adulto:* Así está bien. Solo quería estar seguro de que a ti no te sucedía esto, y pensé que era preferible preguntarte, porque estos pensamientos pueden perturbarlo mucho a uno. Tú no tienes ninguna culpa en todo esto: nunca un niño tiene la culpa de las cosas terribles que suceden, porque son los adultos los que tienen que cuidar de los niños.

Si el niño indica que tiene sentimientos de culpa, «discúlpelo», entonces, a través de las palabras que le dicen y de toda la actitud que asumen ante él. Tomen partido a favor del niño tanto en su presencia como en su ausencia si se ve hostigado por otros adultos u otros niños, y expliquen con claridad por qué lo eximen de toda culpa. Inviten al niño a manifestar sus propios pensamientos sobre el tema y denle tiempo creando una atmósfera distendida y serena como la que se requiere para toda conversación que trate temas tan importantes como este. (Sobre los posibles sentimientos de culpa de los padres y su tendencia a achacar la responsabilidad a los niños, véase más arriba el apartado «Despedirse: oportunidad y “vía de solución” tras la pérdida de un ser querido».)

Qué necesitan los niños pequeños y los más grandes: sobre las diferentes necesidades y las ayudas que se requieren según la edad

En todos los esfuerzos que realicen a favor de un niño o un adolescente traumatizado tengan siempre en consideración que, independientemente del desarrollo intelectual, emocional y corporal, pueden darse diferentes necesidades de apoyo. Ustedes pueden ofrecer al niño o al adolescente ayudas para el cuerpo, para la mente y para el alma. ¿Qué es lo que traerá bienestar a su hijo?, pueden averiguarlo ustedes si hablan con él.

Los más pequeños, que (todavía) no pueden llegar a ustedes mediante el habla, muestran a través de su «cara de bienestar» o de su tranquilidad

el hecho de que todo está bien. Estos niños necesitan la cercanía y la atención de los padres, y a su alrededor debería reinar la mayor tranquilidad posible y producirse los menores cambios posibles. Para ellos es importante contar con un horario del día ordenado; habría que evitar asimismo separaciones innecesarias de las personas de referencia, como también viajes cansadores (a no ser que la familia entera tenga de ese modo la posibilidad de tener un muy buen descanso). Eviten el estrés corporal para el niño (por insuficiencia de sueño, intervenciones médicas que puedan diferirse, calor, frío, ruido, hambre, etc.).

Los niños «grandes» sienten a veces inhibición para aceptar ayudas a raíz de su reserva y distancia. Pero si, después de una conversación con ustedes, ellos pueden estar seguros de que ustedes han entendido las dimensiones de su devastación interior y de que no los

consideran «locos», también los adolescentes pueden aceptar generalmente de buen grado la ayuda. Solo que, a veces, tardan un par de días en hacerlo. Frente a estos jóvenes compórtense «como siempre»: tengan paciencia. El mismo «principio de la banda elástica» (es decir, ser flexible, paciente, pero, en última instancia, firme) con el que han superado también otras crisis de su hija púber o de su impertinente hijo *teenager*, les ayudará también aquí: el «barómetro» señala tiempo tormentoso, la hija «lanza el huracán», ustedes «izan la vela de la tormenta» y permanecen moderados – pero resistentes– y resisten la mar embravecida cogiendo «simplemente» con fuerza el timón. La serenidad es la mejor «medicina» cuando tienen que enfrentar a estos jóvenes después del trauma que han sufrido.

Con niños de edad intermedia (es decir, de escolaridad primaria y poco antes o poco después), el trato es por lo general de lo más fácil. Estos niños hablan con uno, son más abiertos que los que atraviesan por los años difíciles del desarrollo (años que, sin embargo, forman parte de la vida: por ejemplo, las fases de rebeldía a los dos o tres años y, sobre todo, el tiempo que se inicia con la pubertad). La psicología del desarrollo denomina estos tiempos intermedios también como «fase de latencia».

El «hacha de guerra» está, por así decirlo, enterrada; los clamorosos intentos del niño de conquistar una nueva autonomía frente a los padres se han aquietado. Las dificultades con los padres se han superado en la mayoría de los casos, y las tareas de desarrollo en la relación (bidireccional) padres-hijos se han superado. Otras tareas de desarrollo que esperan a los padres y al niño en la pubertad no revisten aún carácter agudo, y todo parece más o menos pacífico. En este período pueden ustedes, por un lado, hablar bien con el niño sobre sus necesidades, y, por el otro, hacerle propuestas para su cuerpo, su alma y su mente. Los niños están en condiciones tanto de entender como de aceptar y aplicar las ayudas. ¿De qué modo pueden ustedes ayudar en el tiempo que sigue a la experiencia traumática? Sobre esto se tratará en los próximos apartados.

Cómo pueden seguir ayudando los adultos

En lo que sigue señalaremos los diferentes ámbitos de vida en los que los niños y adolescentes pueden necesitar ayuda: el entorno familiar, el jardín de infancia, la escuela, etc. Se señalarán diferentes posibilidades de apoyo que las personas del entorno pueden ofrecer concretamente al niño o el adolescente. Como adultos tienen ustedes casi en todos los ámbitos una «función de guía» que constituye un deber y que deberían

reconocer. Este papel les permite también ser una ayuda para el niño en sus dificultades. Y nos hace bien cuando tomamos contacto por vez primera con un niño traumatizado: si nos fijamos atentamente, una situación semejante moviliza enormes fuerzas en nuestro interior. Pero, si no sabemos cómo hemos de ayudar, la dificultad podría hacernos sentir impotentes.

Los párrafos que siguen tienen por cometido darles algunas sugerencias como adultos en los diferentes papeles en los que pueden encontrarse frente a un niño traumatizado.

Cuidado de sí mismos por parte de los padres después de la catástrofe

Si ustedes mismos y su hijo se han visto afectados en común por una «catástrofe», presten atención también a su propio bienestar. Solo si cuidan de tener suficiente «provisión de energía» para ustedes mismos, podrán ser también un apoyo para el niño. Por supuesto, el niño o el adolescente los necesita a ustedes después de los sucesos acaecidos. Al respecto les presentamos un nuevo caso de estudio:

En la casa de la familia K., de cuatro personas, se ha producido un robo con violencia. El padre estaba en ese momento en viaje de negocios. El ladrón había logrado acceder a través del balcón y registró primeramente la vivienda en la parte del frente buscando objetos de valor. Como no encontró nada en esa área, prosiguió su búsqueda en la parte posterior de la vivienda y entró también en el dormitorio de los padres. Al encontrar allí a la madre de los dos niños (Sara, de cinco años, y Jutta, de ocho), la despertó violentamente e, iluminándola con la linterna que llevaba, le dijo imperativamente que debía coger todo el dinero y los objetos de valor que tuviera y ponerlo todo en la mochila que estaba junto a la puerta del balcón. Cuando la señora K. le dijo, perturbada, que apenas tenía dinero en la casa, el ladrón la golpeó dos veces con fuerza en el hombro. La mujer gritó, cosa que despertó a los niños, que corrieron al pasillo, encendieron la luz y, desde allí, fueron testigos de la dramática escena que se desarrollaba en el dormitorio de los padres. El ladrón golpeó nuevamente a la madre en presencia de los niños, esta vez en la cabeza, y la mujer cayó al suelo. El criminal abandonó entonces rápidamente la casa llevando un par de objetos en la mano y dijo imperativamente a los niños que no debían llamar a la policía porque, de lo contrario, regresaría y los mataría. La madre, seriamente herida, se arrastró nuevamente hasta la cama e intentó, a pesar de todo, tranquilizar a los niños. Finalmente, pudo convencerlos de que fueran a por el teléfono y llamaran a la

policía.

Más tarde, en el hospital, los médicos diagnosticaron a la señora K. una herida abierta en la cabeza. Las tres víctimas –la madre y los niños, que habían presenciado los hechos– sufrieron un grave trastorno por estrés postraumático.

Tras una intervención de crisis aguda en el ambulatorio psicotraumatológico, la familia decidió en los días subsiguientes ir por de pronto tres semanas al Sur. Los síntomas de un trastorno por estrés postraumático casi habían desaparecido en la madre después del regreso. Tanto la señora K. como su esposo –que también había sufrido en su infancia un grave atraco a mano armada y estaba muy impresionado por los sucesos– se sentían ahora bien recuperados. Los dos niños, por el contrario, seguían sufriendo los síntomas de un grave trastorno por estrés postraumático. Con el apoyo de los padres, recibieron con éxito un tratamiento terapéutico psicotraumatológico.

El señor y la señora K. decidieron más tarde darse el gusto de pasar un fin de semana de «mimos para padres», una vez que, tiempo después de su regreso de las vacaciones, el estrés del robo comenzara a afectarlos nuevamente. Los abuelos, a los que ambos niños querían mucho y que vivían en la misma ciudad, se quedaron entretanto a cargo de los niños. Los padres decidieron pasar un wellness-weekend en la costa a fin de reunir fuerzas para los pasos que tenían delante: habían decidido buscar una nueva casa y los niños, que seguían teniendo un comportamiento anómalo, necesitaban la fuerza de los adultos a su lado.

El ejemplo muestra a las claras que también ustedes tienen que pensar a veces primero en sí mismos a fin de poder estar después disponibles para sus hijos. Precisamente en un momento en el que toda la familia sufre la carga de acontecimientos trágicos, los adultos tienen que ser muy prudentes para que las propias «baterías» no se agoten, con la consecuente amenaza de colapso general. Agreguemos otro ejemplo de una situación semejante:

Britta, de doce años de edad, fue víctima de abuso sexual por parte de un agresor desconocido. La madre se hizo después graves reproches por no haber impedido la agresión, unos reproches que resultaban autodestructivos para ella. De ese modo, se fue retrayendo cada vez más del conjunto de la familia y dejó de acudir también a las conversaciones que se llevaban a cabo en el ambulatorio psicotraumatológico para Britta con participación de los padres y la familia. En una conversación que

había concertado ella sola con el terapeuta, narró en medio de lágrimas que ella misma, cuando tenía la edad de Britta, había sido víctima de abuso por parte de un tío. El terapeuta pudo derivarla para que la atendiese una colega especializada en el tratamiento de mujeres traumatizadas. Gracias al propio tratamiento, la madre pudo participar nuevamente en el tratamiento de su hija. Después, los síntomas de Britta fueron remitiendo visiblemente, y el clima en el resto de la familia se hizo menos tenso.

Este caso de estudio muestra de forma impresionante cuánto puede perjudicar el estado de uno de los padres el buen desarrollo del hijo afectado. Una mal entendida actitud de sacrificio propio puede traer consigo hasta daños para el niño. Cuiden, por tanto, de ustedes mismos, de su pareja y de la relación entre ambos: en este punto rigen las mismas reglas que para el niño: ¡traten con cuidado y respeto su propio cuerpo, su mente y su alma! Hay buena bibliografía que señala a los adultos técnicas y modos para arreglárselas mejor con su propia vida después de haber sufrido experiencias agobiantes: por ejemplo, *Eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt* [Un viaje de mil millas comienza con el primer paso], de Luise Reddemann, y *Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen* [Nuevos caminos para salir del trauma. Primeros auxilios en el estrés psíquico grave], de Gottfried Fischer.

Dar seguridad y amor: la actitud correcta de los padres

¿Qué es lo que más necesita el niño después del trauma? Transmítanle ante todo seguridad. En general, como padres tienen ustedes las mejores posibilidades para hacerlo. También los niños mayores requieren a menudo en tiempos semejantes una certidumbre de este tipo: «¿Cuándo regresas del trabajo?»; «¿tenéis que salir sin falta esta noche a la celebración?».

Los niños, como también los adolescentes, son a menudo muy sensibles a las separaciones cuando no han procesado aún el trauma. Tomen en serio al niño, pero, si las preocupaciones que manifiesta son exageradas y no guardan relación con la realidad, señálenselo. No obstante, primero pregúntenle si los miedos que tiene no guardan, quizá, una relación con los acontecimientos sufridos, y qué pueden hacer ustedes para que no tenga más miedo. Si el niño y los padres están de acuerdo en que, «en realidad», el miedo es infundado, se puede tener también una actitud solícita ante el niño o el adolescente en ese tiempo difícil y dar cabida concretamente a sus miedos infundados: en tal caso, el hijo de diez años tendrá permiso para ir nuevamente a la cama de la madre, y

el padre cerrará la puerta de la calle con dos vueltas de llave en lugar de una sola, etc.

No obstante, este tipo de medidas tomadas en atención al niño deberían ser limitadas, y ello tanto en la situación presente como también en la futura. El ser humano es un animal de costumbres, y tales «extras» podrían convertirse en una rutina y permanecer una vez que los miedos hayan desaparecido. Habría que evitar un desarrollo semejante. Si admiten ustedes de ese modo los miedos de los niños, el resultado es generalmente un retroceso en el desarrollo. El trato objetivo con el problema, una limitación clara de las reglas especiales y la búsqueda de alternativas en la línea de un autogobierno del niño pueden resultar de ayuda en estos casos. Tal vez encuentren ustedes en el apartado «Abrir el cofrecillo: despertar recursos» sugerencias para apoyar a su hijo a fin de que domine mejor los miedos, por ejemplo frente a las «pequeñas» separaciones cotidianas.

Sean siempre respetuosos frente a los temores y los «peculiares» movimientos de la sensibilidad del niño que constaten a partir del acontecimiento traumático. Todos los niños y adolescentes son extremadamente susceptibles después de un trauma, y a menudo se avergüenzan de experimentar retrocesos respecto de la autonomía que ya habían adquirido. Alíense con los ámbitos «más maduros» que quedan en el pensamiento y en la sensibilidad de su hijo. Y hagan que su hijo sienta que lo aman aún más que antes: una persona traumatizada siente dudas de ciertas cosas, tal vez también del amor de sus padres, sobre todo cuando entran en juego sentimientos de culpa. Díganle al niño o también al adolescente que lo quieren aun cuando decirlo parezca a primera vista innecesario. Cojan con más frecuencia al niño en brazos aunque se muestre a veces renitente: el orgullo herido, la pérdida de autoestima después del trauma hacen a veces imposible al niño aceptar abiertamente las manifestaciones de afecto. Un trato juguetón, pequeñas «pruebas de amor» que se dan «al pasar», pueden ser el camino para poder expresar sus sentimientos para con el niño. ¡Sean creativos! Pero no olviden nunca respetar los esfuerzos del niño o del adolescente por recuperarse por sí solo.

Con todo, la atención amorosa y la promoción de la autonomía no representan, en realidad, contradicción alguna. También en este punto rige la máxima de seguir la línea del propio sentimiento. No obstante, pueden seguir siempre las indicaciones dadas en este libro, que tal vez puedan ayudarlos a encontrar un camino de acción que corresponda con ustedes personalmente.

El ámbito de protección del jardín de infancia y de la escuela

Los niños y los adolescentes pasan una parte considerable del tiempo de su vida en

establecimientos de educación infantil, centros de formación y escuelas. Por tanto, vale la pena saber qué pueden hacer ustedes como colaboradores de un establecimiento semejante cuando un niño sufre un trauma.

En el capítulo 2 hemos aprendido algo acerca de la importancia que, en el contexto de acontecimientos traumáticos acaecidos dentro del mismo establecimiento o en su entorno, puede tener su institución tanto para el niño víctima como para los demás niños y adolescentes que entren en contacto con él. La exposición que sigue parte de las consideraciones del capítulo 2. Ante todo habría que distinguir si el acontecimiento traumático ha sucedido directamente dentro del mismo establecimiento o si alguno de los niños o de los adolescentes a los que prestan servicios ha sufrido un trauma psíquico fuera de él. Si dentro de su establecimiento se ha producido algún suceso grave que pueda resultar hasta traumático para algunos niños, deberían recurrir, en lo posible, al apoyo profesional. Pero, en la emergencia, son ustedes mismos los responsables de lo que suceda. Tienen muchas posibilidades de acción, lo que puede representar una sobreexigencia. Las consideraciones que exponemos en este libro pueden ayudarles a estar mejor preparados para la emergencia.

Si atienden ustedes a un niño o adolescente que ha sufrido un trauma fuera de su establecimiento, es importante aclarar al comienzo qué informaciones sobre los hechos han llegado también a otros niños. En estos casos existe siempre el peligro de que el niño víctima sea llevado por sus «consabidores» a sufrir *flashbacks*. Ustedes deberían ayudar a impedir que esto suceda. Pregunten al niño víctima a quién querría contarle algo. Más tarde pueden ustedes incorporar a estos otros niños y adolescentes «consabidores» al «plan de ayuda» para el niño víctima, presuponiendo que la madurez intelectual y general de esos niños lo permita, y que sea el deseo del niño víctima.

En primer lugar, nos dedicaremos a la situación que se crea en el jardín de infancia o en una institución de educación infantil análoga.

¿Cómo encarar en el jardín de infancia problemas que aparecen a menudo en el contexto de traumas?
<ul style="list-style-type: none">• ¿Tienen otros niños conocimiento de lo sucedido? Si así fuese, esos niños deberían ser identificados.• Hablen ustedes con dichos niños sobre los acontecimientos, dejándolos hablar primero a ellos.• Tienen que evitar que la información transmitida por ustedes haga que los niños se enteren del alcance de la catástrofe y puedan, de ese modo, sentirse abrumados. A veces se encontrarán ante la alternativa entre Escila y Caribdis: por un lado, es preciso saber cuáles son los niños afectados; por el

otro, hay que evitar que niños no afectados sean puestos al corriente de la situación.

- Si han encontrado niños que están sufriendo también la carga de los acontecimientos o que incluso dan la impresión de estar traumatizados, denles el mismo apoyo que está recibiendo el niño víctima.
- Si en algunos niños se «activa» un trauma del pasado, estén atentos a estos niños, aunque sin actuar de forma precipitada. Entren en contacto con los respectivos padres u otros representantes legales y aconséjenles que, en lo posible, acudan a una consulta profesional.
- Procuren evitar que se den situaciones «gatillo», en las que otros niños puedan confrontar de forma no controlada al niño víctima con el tema del trauma («¡Hombre, lo de tu madre sí que es terrible!»). En este punto puede resultar de ayuda informar algo acerca del trauma a todos los niños que estén en condiciones de entenderlo y orientarlos acerca del modo en que pueden apoyar o, por el contrario, sobrecargar aún más al niño víctima.
- Si el establecimiento entero se ve afectado de forma aguda por un acontecimiento traumático, hagan en primer lugar una valoración de la situación como la que hemos descrito al comienzo del apartado titulado «La emergencia aguda: seguridad y ayuda en los primeros momentos». Procedan después como se explica en los primeros párrafos del presente capítulo.
- Si algún colaborador o tutor de los niños sufre daños considerables y hay niños que resultan testigos presenciales de una tragedia humana en el jardín de infancia (p. ej., la muerte de una tutora en presencia de los niños), procedan de acuerdo a lo dicho en el punto precedente. En ese caso cabe preguntarse en qué medida ha de darse a todos los niños la posibilidad de despedirse de la tutora mediante un gesto ritual –en común, pero cada niño a su modo–.
- En toda ulterior medida que tomen deberían ustedes incorporar de forma intensiva a los padres. También los padres de los niños que están a su cuidado pueden verse afectados de forma persistente por este tipo de acontecimientos, y esta circunstancia la percibirán ustedes a su vez en los mismos niños. En el caso de suceso de mucha gravedad, tanto los padres como el establecimiento deberían recibir un acompañamiento por parte de ustedes mismos, de psicólogos especialistas en traumas y emergencias o de otros profesionales.
- Si un colaborador de la institución presenta síntomas de un trastorno por estrés postraumático pero no lo reconoce por sí mismo, tienen que intervenir ustedes. Diríjanse en primer lugar al mismo colega y adviértanle de que se hace daño a sí mismo y, posiblemente, también a los niños si no se procura ayuda. Si esta iniciativa no resulta efectiva, tendrán que recurrir también a la dirección del establecimiento.
- Si hay padres que se ven visiblemente agobiados por la catástrofe de un niño en concreto, lo más apropiado será ofrecerles una conversación y derivarlos a una ayuda especializada, por ejemplo a una terapeuta psicotraumatológica. Es mejor para la persona en cuestión acudir a consulta y enterarse después de que todo está en orden que no que la onda de conmoción alcance y perjudique también a más padres y niños. (En acontecimientos [violentos] de especial crueldad he acompañado reuniones vespertinas con padres en las que algunos de ellos [y sus hijos] necesitaron que se les prestara atención aguda. Estas familias «solo» habían sido testigos mediatos de una catástrofe. Los actos de violencia doméstica estremecen sobre todo a las mujeres que sufren o han sufrido ellas mismas violencia de hecho en el entorno doméstico).
- Por los acontecimientos surgen a menudo tensiones considerables por parte de los padres: bien se ven ustedes expuestos a reproches en el sentido de no haber impedido la catástrofe, y se establecen alianzas críticas de padres contra alguno o algunos de los colaboradores del establecimiento, o bien los mismos padres se hacen reproches mutuos. Para bien de los niños procuren acallar discusiones carentes de objetividad. Recurran, al mismo tiempo, a un mediador que pueda asumir una posición neutral y moderadora. Adviertan a todos los participantes de que la impotencia y el desvalimiento pueden conducir a una exaltación tal de los ánimos que no se pueda encontrar una salida de la

situación.

- Los niños pueden verse afectados y sufrir daños en tales desarrollos que se dan entre los adultos. Tanteen, por eso, en el tiempo subsiguiente a los acontecimientos, el eco que despierta el asunto en la conversación de los niños, p. ej., en el círculo de sillas de la mañana. Pero eviten que los niños se adentren en conversaciones sobre contenidos que puedan resultarles abrumadores. Introduzcan al comienzo la «regla del *stop*». En este caso, la regla puede significar que, si el peso de la temática se hace demasiado grande para un niño, este pueda abandonar el aula en compañía de una cuidadora sin tener que fundamentarlo. En tal caso, cuiden ustedes de que un colega esté a disposición del niño.
- Especialmente difícil es la situación si tiene también una dimensión jurídica y hay que plantear la cuestión de la responsabilidad por los acontecimientos traumáticos desde la perspectiva legal. En ese caso es posible que las diferentes partes necesiten también diferentes asesores *psicológicos*, y no solo apoyo jurídico. La dirección del establecimiento debería intentar mantenerse al tanto de la situación también desde el punto de vista psicotraumatológico.

Esta lista no puede considerar todas las cuestiones y problemas que se plantean en una situación tan compleja como una catástrofe en un establecimiento de educación infantil. Ya sería un éxito que, como colaboradores de una institución semejante, encontraran ustedes sugerencias para percibir atentamente la situación especial que se suscita en el establecimiento desde la perspectiva del niño traumatizado. Conversen con sus colegas incluso si en su institución no se ha producido todavía ninguna situación de ese tipo. Por ejemplo, los directores de escuela de Hamburgo han analizado en los últimos años de forma metódica posibles acontecimientos traumáticos en las escuelas. En este caso trataron sobre la forma en que pueden abordarse actos de violencia o atentados. En el análisis se tuvo también en cuenta la perspectiva psicotraumatológica.

En la enumeración que sigue se mencionan problemas especiales que se verifican en la situación propia de una escuela. Se trata de señalar el modo en el que pueden ustedes encarar tales problemas:

Posibilidades de encarar problemas típicos que se dan en las escuelas o en otros establecimientos de formación cuando hay alumnos que han sufrido un trauma psíquico

- Si tienen ustedes conocimiento de que ha habido un acontecimiento traumático y se encuentran de pronto con síntomas como signos de sobreexcitación o estados de ausencia (disociaciones), deberían valorarlos inicialmente como expresión del trauma sufrido por el alumno en cuestión. Si no están seguros acerca del origen de anomalías que se presentan repentinamente en el alumno, procuren establecer de forma cuidadosa el diálogo con el niño o el adolescente y aclarar la eventual existencia de un estrés extremo en el pasado inmediato. Después, procuren que el alumno reciba más ayuda.
- El conjunto de síntomas que se presentan en un alumno individual puede conducir a riñas entre los alumnos: en tal caso, usted debería intervenir con actitud componedora. Esta intervención debería

darse antes de que los frentes se endurezcan y el niño traumatizado pueda tener que cargar con un sufrimiento adicional por la situación generada en la escuela.

- Los sentimientos de culpa que se suscitan por los posibles síntomas pueden ser abordados por ustedes aclarando que son los acontecimientos los que han de calificarse como «locos», mientras que, por el contrario, las reacciones que se han suscitado ante ellos son «normales». Entre esas reacciones figuran estallidos emocionales, comportamiento retraído y descenso en el rendimiento escolar.
- Deberían realizarse encuentros de clase con todos los alumnos a fin de informar sobre las consecuencias de los traumas y hacer que todos presten atención al comportamiento propio y de los demás alumnos. Esto promueve la solidaridad con un niño víctima si los acontecimientos son ya de dominio público en el establecimiento. Pregunten al niño afectado si quiere participar en un encuentro de ese tipo.
- Cuidado con los temas «gatillo», como violencia, abuso, guerra, etc. Un número no insignificante de niños y adolescentes ha vivido estas atrocidades y su tematización en clase dispara en ellos crisis psíquicas que pueden llegar hasta los *flashbacks*. ¿Qué posibilidad existiría de que trataran ustedes primero como tema de clase el *trauma psíquico* y abordaran solo después la cuestión «espinosa»? De ese modo pueden ustedes contribuir a que sus alumnos adquieran importantes conocimientos básicos acerca del tema y, al mismo tiempo, darles eventualmente la oportunidad de permanecer fuera de la hora de clase. Dado el caso, debería darse al alumno la posibilidad de abandonar la clase mientras se trata el tema.
- A un niño traumatizado que se aísla procuren integrarlo (nuevamente) en el grupo de la clase hablándole, en el marco de una conversación confidencial, acerca de los *recursos* de que dispone. Si han establecido una relación de confianza con el alumno, pueden tal vez remitir a las ayudas que se mencionan en el apartado «Abrir el cofrecillo: despertar recursos». Si se diera la ocasión y previa consulta con el alumno, incluyan en esta iniciativa también a los padres.
- Intentos de suicidio y suicidios consumados en el entorno de la escuela necesitan una atención bien organizada de toda la escuela, sobre todo si el acontecimiento ha llegado al conocimiento de la generalidad. El peligro concreto de que sigan otros actos de suicidio es considerable. Los directores de la escuela deberían informarse a través de los tutores de clase si hay alumnos que, después de los sucesos, hayan llamado la atención por hacer manifestaciones concretas de tenor suicida, o parezcan muy deprimidos o alterados de alguna otra manera. Aquellos alumnos que den la impresión de estar en dificultades deberían ser abordados con tacto y delicadeza. En la medida en que tengan ustedes una posición de responsabilidad, háganse asesorar eventualmente por profesionales en la materia.

En los apartados que siguen se considerarán acontecimientos traumáticos especiales y el modo en que se los puede encarar. Ante todo se explicará qué tienen que emprender ustedes si les toca tratar con niños que han sido testigos de una acción violenta:

¿Qué deberían tener en cuenta en el trato con niños que han sido testigos presenciales de actos de violencia?

- Después de un acontecimiento violento, presten atención a los niños del entorno que den la impresión de haber experimentado cambios.
- Sensibilicen a otros adultos en el entorno de los niños que se han «enterado de algo» para detectar a

niños con signos de estrés o de *shock* (véase más arriba). Insten a tales adultos a que estén alertas a esos niños y dispuestos a asistirlos.

- Prepárense *en común* en su grupo de colegas e inviten a profesionales que puedan asesorarlos (p. ej., colaboradores de instituciones de protección al menor, del equipo de intervención en crisis de la Cruz Roja, terapeutas psicotraumatológicos experimentados, sacerdotes de la pastoral de emergencias, etc.).
- Pregunten con delicadeza a los niños cómo se encuentran y háganlo en un lugar resguardado.
- En el caso de niños que están sufriendo estrés por los acontecimientos, cuenten con que podrían verse ustedes introducidos en «secretos de familia».
- Respeten la esfera privada del niño, prométanle que serán discretos y reservados.
- Intercambien con sus colegas –bajo absoluta reserva– cuando se trate de la posible comisión, en el ámbito de la familia, de actos constitutivos de delito.
- En un contexto institucional como la escuela, etc., inicien una conversación con *todos* los niños acerca de los acontecimientos, si pueden partir de la base de que *todos* ellos están al corriente de lo sucedido.
- Pónganse de acuerdo previamente con sus colegas acerca de los niños de quienes se supone que pueden haberse visto afectados de manera especial por los acontecimientos que han presenciado en cuanto se tiene conocimiento de que también ellos han hecho la experiencia de fuerte violencia, o bien existe la sospecha de que están sufriendo maltratos.
- Anuncien a los niños que conversarán con ellos sobre los sucesos y que ellos podrán hablar después en confianza con ustedes si sienten el deseo de hacerlo.
- Ofrezcan a los niños la posibilidad de abandonar el aula (acompañados) si los temas los hacen sentirse mal.
- Estén preparados para encarar a niños que sufran de forma aguda por recuerdos abrumadores.
- Familiarícense con el modo en que habrán de tratar con tales niños basándose, por ejemplo, en lo expuesto más arriba en este mismo apartado.
- Pregunten después a los niños si sienten miedos o si tienen deseos de hablar sobre estas cosas.
- Permanezcan atentos a los mencionados «niños problemáticos»: ¿reaccionan con estrés a la discusión en clase, en el jardín de infancia o en el club?
- Asegúrense de que esté a disposición otra persona que pueda ayudar a estos niños cuando la conversación en el grupo pueda «disparar» en ellos la evocación de posibles experiencias traumáticas propias.

Si son ustedes el primer adulto que un niño encuentra, desvalido, después de una experiencia de violencia, deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

Violencia extradoméstica: ¿qué deberían tener ustedes en cuenta en el lugar de los hechos?

- ¿Tiene el niño lesiones corporales que necesiten ser atendidas de forma urgente (por ustedes mismos) o, tal vez, también por personal médico profesional?
- Por regla general, den intervención inmediata a la policía y al equipo de socorristas: eventualmente, encarguen esta tarea a otros transeúntes y sigan ocupándose del niño.
- ¿Existe la posibilidad de asegurar pruebas de la acción violenta en el lugar de los hechos? Si hay otros testigos, deberían anotar su nombre, número de teléfono y dirección. Una prosecución penal

exitosa mejora habitualmente el posterior éxito del tratamiento, pues el restablecimiento jurídico de la justicia después de un delito suscita un sentimiento de seguridad en este mundo que puede resultar benéfico para la curación.

- Den al niño y a los padres que han sufrido los hechos de violencia la posibilidad de entrar nuevamente en contacto con ustedes y déjenles el número de teléfono o la dirección, y anótense el teléfono de la familia afectada.
- Si los familiares les han dejado el número de teléfono, tomen después contacto cada cierto tiempo de forma discreta para saber cómo está el niño. Ustedes son para el niño el primer factor de una seguridad redescubierta después de un brutal acto de violencia. La continuidad tiene en estos casos un efecto saludable. No esperen recibir una llamada de los padres sino que, dado el caso, tomen ustedes mismos la iniciativa.
- Presten atención a los signos de *shock* mencionados más arriba, así como a los consejos para las primeras medidas que tomar («La emergencia aguda: seguridad y ayuda en los primeros momentos», págs. 118ss.).

Especialmente delicado resulta el trato con el tema de la violencia doméstica. Como ya hemos expuesto más arriba, es posible que sean ustedes el único adulto que se da cuenta del sufrimiento del niño. Y esto significa también que tienen ustedes una gran responsabilidad por el bien de la víctima. No obstante, una sospecha injustificada puede estigmatizar a los padres y perjudicar de ese modo también al niño. En lo que sigue se listan puntos importantes que deberían tener ustedes en cuenta en el trato con niños que puedan estar siendo víctimas de violencia doméstica:

Violencia doméstica: ¿qué deberían tener en cuenta en el trato con el niño?

- Ante todo, observen al niño. ¿Qué les ha llamado la atención en él? ¿Muestra aspectos llamativos en lo corporal? ¿Hay signos de una lesión que pueda requerir la atención de un médico? ¿Tiene el niño comportamientos anómalos?
- ¿Muestra el niño los arriba mencionados signos de *shock*, fija a menudo la mirada en el vacío, se aísla, se muestra temeroso en el contacto con adultos o con otros niños, o muestra signos de un trastorno por estrés postraumático?
- Si se encuentran con un niño semejante, háganse asesorar por un centro de protección al menor, por la oficina local de protección al menor o en su entorno profesional.
- Deberían desarrollar ustedes una estrategia para el proceder ulterior y haberla acordado con el centro de protección al menor y, dado el caso, con su propio establecimiento.
- Si quieren seguir estando a disposición del niño, permanezcan «en la brecha»; no dejen «caer» al niño una vez que, a través de su intervención, han tocado ustedes la herida psíquica y esta se ha «abierto». Los primeros pasos que han dado los obligan a un acompañamiento continuo y fiable del niño.
- Busquen ayuda *antes* de la primera conversación. El niño solamente se abrirá a ustedes si pueden transmitirle seguridad y saben cómo deben proseguir su acción.
- Hablen con el niño en un ambiente resguardado, pregunten con tacto y delicadeza por posibles situaciones que representen para él una carga. En la mayoría de los casos, el niño no indicará al

comienzo nada. Ofrezcanle la posibilidad de mantener otra conversación, pero sin que ello represente un asedio para él.

- Pregunten al niño concretamente por sus miedos o si tiene deseos de hablar sobre las cosas que lo oprimen.
- Ofrezcanle la compañía de sus sentimientos sin que ello adquiera un tono patético.
- Cuenten con que el niño haya sido presionado para no hablar sobre sus experiencias de violencia. El niño tiene miedo y tiene que poder fiarse de la discreción de ustedes.
- En lo posible pónganse de acuerdo con el niño acerca de los eventuales pasos que emprenderán.
- Estén preparados para reacciones que puedan suscitarse en el niño a causa de recuerdos abrumadores (véanse los signos de *shock*).
- Familiarícense con las actitudes que deben asumir en el trato con el niño, por ejemplo, según lo expuesto al comienzo del presente capítulo.
- Posiblemente se encuentren ustedes ante actos constitutivos de delito. La violencia contra un niño es un delito. No obstante, tengan la valentía de tocar el tema: probablemente son ustedes la única persona con un acceso consciente al sufrimiento del niño.
- No están solos: el sistema público de protección de menores, las oficinas públicas correspondientes y los juzgados de familia asumirán *en virtud de la ley* la responsabilidad por el niño ante la sospecha de un peligro para el bien del niño. Si el niño está en peligro, pueden hacer una denuncia a la oficina de protección al menor competente en su distrito. La oficina tiene que seguir después el caso.
- Tomen conciencia con antelación acerca del punto a partir del cual entregan ustedes la «conducción» del caso y las instituciones mencionadas asumen la responsabilidad por el niño. Pero sigan en una actitud de disponibilidad emocional frente al niño.
- Si van a poner fin a una conversación con una palabra de aliento, piensen antes qué quieren decir y ofrezcan una fecha concreta de encuentro para más adelante. Ahora puede comenzar para el niño una odisea, y el éxito de las medidas que seguirán no puede estimarse todavía. Por eso, permanezcan en la cercanía del niño y estén a su disposición (también en lo emocional).

Según los estudios científicos, lo que más perjuicio causa a los niños es la violencia de tinte sexual. Con un niño del que sospechan que pueda estar siendo objeto de abuso sexual tienen que ser especialmente cuidadosos. Tengan también en cuenta lo expuesto en el capítulo 1. Una falsa sospecha puede tener aquí efectos especialmente destructivos.

Violencia sexual: ¿qué deberían tener en cuenta en el trato con el niño?

- La violencia sexual implica siempre una experiencia de transgresión extrema. Estén atentos a las reacciones del niño cuando ustedes se le acercan. Observen con cautela (ocultamente) reacciones de temor que pueda tener el niño.
- Si tienen ustedes la sospecha de que el niño ha sido objeto de abuso por un adulto del mismo sexo que ustedes, deberían pedir a un adulto del otro sexo que ayude al niño (contando con su apoyo).
- Los sentimientos de vergüenza y de culpa son especialmente marcados en estos niños. Ténganlos en cuenta y alivien al niño tratando de forma delicada con los temas y no hablando *directamente* de los hechos.
- Eviten así los recuerdos traumáticos de los posibles sucesos.

- Siempre debería ofrecerse al niño hablar sobre lo sucedido si lo desea.
- Por lo demás, en la mayoría de los puntos rigen las consideraciones hechas en el capítulo 1 sobre la violencia doméstica.

En los temas que acabamos de mencionar –violencia doméstica y sexual– no actúen nunca solos, sino que incorporen desde temprano a su institución. En estos casos es también a menudo oportuno transmitir rápidamente las informaciones pertinentes a las instancias administrativas del Estado. La oficina de protección al menor ha de ser su primer interlocutor. También puede darse intervención al juzgado de familia. Sin embargo, aténganse al principio del camino de las instancias habituales, y la primera instancia es la oficina de protección al menor. Como educador o maestro deberían seguir estando emocionalmente a disposición del niño y preocuparse de él aun cuando ya hayan presentado el «caso» a otras instituciones. Ofrézcanse a estas instituciones preguntándoles de qué forma pueden ustedes seguir (emocionalmente) comprometidos por el bien del niño desde la perspectiva concreta de cada institución.

En todas las dificultades que pueden presentarse en el contexto de traumas psíquicos de niños y adolescentes en la escuela y el jardín de infancia, el establecimiento de educación infantil o la escuela es también un lugar en el que el niño o adolescente puede recuperarse después de un trauma. La normalidad que él experimenta en el establecimiento educativo puede servirle de distracción respecto de recuerdos traumáticos y de otras dificultades relacionadas con su catastrófica experiencia. Los puntos concretos que pueden resultar de ayuda en este contexto han sido expuestos en el capítulo 2, en el apartado sobre los problemas con niños y adolescentes traumatizados en el jardín de infancia, la escuela y la formación.

¿Qué pueden hacer los padres de los niños amigos?

Cuando los niños experimentan sufrimientos anímicos suele ser poco lo que se hace a favor de ellos. A menudo se echa la vista a un lado. Por eso, sean valientes y aborden con cautela el tema del sufrimiento que padece el amigo o la amiga de su hijo. Lo mejor será que «tanteen» a través de varias conversaciones sin aproximarse demasiado a contenidos de índole traumática. Díganle al niño desde el primer momento que no quieren abordar el tema de las cosas malas que le han pasado, sino que quieren saber cómo le va ahora a él o, también, a otras personas implicadas. Entonces, el niño podrá considerar si quiere o no confiarse a ustedes. Si el niño se ha abierto y ustedes le ofrecen

hablar alguna vez también con su mamá, su hogar se convertirá posiblemente para el niño en otro lugar en el que se sienta a buen recaudo y sabrá que también ustedes están a su servicio en las dificultades que está sufriendo. Lo notará también, por ejemplo, si ustedes indican a su propio hijo que apoye a su amigo o amiga. En conflictos entre ambos niños que puedan suscitarse de forma aguda por la traumatización de un amigo, pueden ustedes intervenir con ánimo componedor y explicar la situación haciendo referencia al estrés anímico del amigo de su hijo. De ese modo, el amigo se siente protegido.

Constrúyanle al niño en su propia casa un «nido» emocional. De ese modo pueden apoyar al niño y a su familia, por un lado, a través de la amistad que su propio hijo puede ofrecer al niño víctima, y, por el otro, al ofrecer al niño algo del cobijo familiar, que (momentáneamente) no puede recibir en su propia familia a raíz de la situación en que se encuentra.

Otra forma de la que pueden ayudar al niño o a los niños de la familia en cuestión es dando apoyo a sus padres para que hagan también algo por sí mismos. Por ejemplo, si el niño víctima es hijo único y tiene un buen contacto con la familia de ustedes, el niño podría pasar alguna vez un fin de semana pernoctando en su casa, y sus padres disfrutar de un fin de semana de descanso en casa o, por ejemplo, en una cabaña en la montaña. Pero sean cuidadosos al hacer una propuesta semejante: ¿se atreve ya el niño víctima a estar un fin de semana en casa de ustedes y sin sus padres? ¿Pueden sus padres asumir un ofrecimiento semejante? Como es sabido, preguntar no cuesta nada, y, por lo menos, es probable que los padres se alegren por el gesto atento.

En general deberían considerar cómo pueden apoyar a los *padres* del niño. Por regla general, lo que más aprovecha al niño son unos padres que estén «en forma», si es que también ellos llevan pesadas cargas. Que su situación mejore representa por lo común una ayuda inmediata para el niño. Los niños están íntimamente vinculados al estado de ánimo de sus padres, y ello tanto más cuando más pequeños sean.

Especial importancia puede adquirir también la familia de ustedes si en la familia del niño traumatizado se ha producido el fallecimiento de alguno de sus miembros. En ese caso, el niño víctima puede recibir de manera especial junto a ustedes algo que ya no existe más en su propia casa: una familia intacta. No obstante, experimentar de ese modo la carencia que hay en su casa puede resultar una carga para el niño y hacer que se retraiga. Procuren «seducir» con amor al niño a que haga lo propio y lleve consigo también un

poco de la felicidad de su propia familia.

Si ustedes mismos son padre o madre de una familia monoparental y en la «familia completa» (es decir, con padre y madre) del amigo fallece uno de los padres, el niño víctima encontrará junto a ustedes en cierta medida la misma situación en la que él se encuentra después de la pérdida. En ese caso, el dolor «compartido» entre los niños puede resultar también una ayuda para el niño víctima a fin de poder aceptar mejor su propia situación. Tal vez se desarrolle también un encuentro entre ambas familias monoparentales y el sentimiento de comunidad humana resulte una ayuda tanto para el niño víctima como para la experiencia social de su propio hijo. Es positivo que su hijo tenga la vivencia de su propio sentimiento y compromiso solidario con el niño amigo. En el caso de que se suscite una competencia con el niño víctima, hablen con su hijo y háganlo aliado de su «buena acción»; de ese modo, se sumará al proyecto.

Cómo pueden ayudarse mutuamente los niños

En general se considera que las relaciones entre los niños pueden desarrollar un efecto sumamente saludable para ellos. El amigo o la amiga del niño o niña víctima del trauma es habitualmente un niño intacto, de modo que el niño traumatizado puede beneficiarse de su vitalidad. Además, los niños viven en el presente: esto ayuda al niño víctima a distanciarse de recuerdos traumáticos del pasado. Este sigue siendo también un objetivo importante aun cuando el niño acuda a un terapeuta profesional.

Los niños se apoyan mutuamente por su modo de ser infantil. En lo que sigue consideraremos algunos puntos que deben tenerse en cuenta en las relaciones de niños coetáneos de los cuales uno ha sufrido un trauma.

Cómo pueden ayudar los hermanos y qué necesitan ellos mismos

Las relaciones entre hermanos son de gran importancia cuando se trata de la curación de traumas psíquicos. Como padres de estos niños deberían ustedes observar ante todo si los hermanos del niño víctima también han resultado perjudicados de forma directa o indirecta por los acontecimientos. Oriéntense por las consideraciones expuestas en el capítulo 2 a fin de captar la situación de los hermanos.

Hablen con los niños en una atmósfera preferiblemente tranquila, personal y distendida. En la emergencia, los hermanos necesitan fundamentalmente la misma atención por parte de ustedes que el niño víctima. Si los hermanos menores o también mayores –y aquí

deberían incluir también al reservado y distante hermano púber– experimentan que sus padres toman en serio sus dificultades, serán más capaces de renunciar en ese tiempo difícil a una parte de su atención y, dadas las circunstancias, estarán también en condiciones de estar más disponibles para su hermano traumatizado. Y en este punto resultan ellos a veces de más ayuda que los adultos, tal como quedará claro en lo que se expondrá más abajo.

El encuentro entre niños se produce más o menos en condiciones de paridad: ellos comparten sus miedos, dificultades y pasiones de una forma que es casi imposible con adultos. Para una situación en la que uno de los niños ha sufrido un trauma, esto significa que los hermanos conocen muchas veces, sin expresarlo verbalmente, la gravedad y magnitud del sufrimiento de su hermano o hermana traumatizado. Al hablar con ellos, uno se enteraría no raras veces de que ya se han sensibilizado por la situación del niño víctima y que, algunas veces, se encuentran ellos mismos abrumados por los acontecimientos. Si ayudan ustedes a esos niños y adolescentes, estarán también ellos en condiciones de dar fuerza al hermano directamente traumatizado ya por su sola existencia y su cuidado fraterno. Los hijos únicos que han sufrido un trauma lamentan no raras veces de manera especial no contar con un hermano con el cual poder compartir su destino en su propio plano de infancia.

¿Qué es, pues, lo que distingue en particular el apoyo que pueden brindar los hermanos? El siguiente resumen procura que ustedes se familiaricen con algunos aspectos importantes.

¿Qué apoyo pueden dar de forma natural al niño traumatizado sus hermanos en edad infantil?

- Los hermanos que ya tenían antes una buena relación se mantienen unidos como uña y carne en situaciones extremas –siempre que todos ellos se sientan apoyados por los padres–. Recuerden que también los niños y adolescentes no directamente afectados necesitan ayuda. En circunstancias buenas, los vínculos emocionales entre hermanos son firmes e intensos, y están marcados por la confianza, tanto más si cada niño ha sido reconocido y respetado con comprensión en el seno de la familia.
- La experiencia común de vida y desarrollo hasta el momento de la experiencia traumática crea una cercanía íntima entre los hermanos en edad infantil y puede contribuir a que, después del trauma, surja una nueva confianza en sí mismo y en el mundo así como en las relaciones humanas.
- Las «buenas costumbres comunitarias» –las vacaciones, el juego en común, los rituales familiares entre los niños y con ellos, etc.– pueden resultar especialmente curativas después del trauma si los niños traumatizados retoman nuevamente el «hilo de la vida» junto con sus hermanos.
- Cuando están juntos, los niños tienen una enorme capacidad, mientras juegan, para aislarse del resto

del mundo y crear en ese marco mundos lúdicos positivos que pueden oponerse a experiencias negativas. Los especialistas en traumas dan a esta característica el nombre de «capacidades separativas». En la mayoría de los casos, los adultos tienen que aprender (de nuevo) con gran esfuerzo esta capacidad separativa –es decir, a separar claramente experiencias buenas de experiencias malas, traumáticas–. Los «mundos (lúdicos) positivos» que pueden oponerse a la experiencia del trauma y a los recuerdos abrumadores son reconstruidos de forma mucho más fácil por hermanos (en edad infantil) «sanos» en común con el hermano o la hermana traumatizado.

- Los hermanos en edad infantil pueden establecer con más facilidad unos para otros «momentos de poder»: su entendimiento capta con mayor enfoque y más inmediatez el aquí y ahora, y las cosas positivas. Aun cuando un niño esté triste por la muerte de su querida abuela, puede reír alborozadamente con su prima durante el entierro. A menudo los adultos no toleran este recurso de los niños –en lugar de dejarse inspirar por la ligereza infantil!–.
- El hecho de que los niños compartan un mismo nivel de lenguaje puede facilitar la comunicación sobre temas estresantes. Si, por ejemplo, los hermanos en una edad infantil algo más avanzada no se ven sobreexigidos por la temática, se puede ver que traducen todo a su hermano menor en un «lenguaje infantil» –mientras los padres se esfuerzan por explicarle, por ejemplo, la psicología del trauma–. Pregunten, pues a los hijos mayores, sin dudarlos: «¿Cómo lo explicarías tú?».
- En especial los niños mayores ayudan a sus hermanos menores y actúan –tanto en el plano emocional como en el del lenguaje– como «constructores de puentes» hacia el mundo de los adultos.
- Los hermanos menores ayudan a un hermano mayor traumatizado a través de su típica presencia *inmediata*, más integral, ingenua en el sentido positivo del término, a través de lo *lúdico*. Dadas las circunstancias, esto ayuda a los niños mayores y adolescentes, ya más orientados por el entendimiento, a romper los círculos mentales que giran en torno al trauma y a establecer una distancia interior respecto de los acontecimientos, distancia que tanto cuesta establecer a los traumatizados.
- La mera presencia, pero también las caricias y el afecto fraterno casi siempre profundo, auténtico e inquebrantable –la manita que acaricia, la mirada, la voz, pequeños regalos del hermanito hechos con ánimo de consolar– ayudan a curar las heridas del alma y a superar las experiencias dolorosas.

Sin embargo, los hermanos en edad infantil pueden no solo desarrollar una acción benéfica en el entorno del niño o adolescente traumatizado: como ya hemos dicho, pueden también resultar considerablemente afectados por los acontecimientos y convertirse después en una carga adicional para el niño traumatizado si ellos mismos desarrollan miedos, se retraen o hasta se comportan de forma agresiva. En el capítulo 1 se han enumerado ya los puntos importantes que deberían ustedes tener en cuenta en los hermanos de un niño que haya sufrido un trauma. En lo que sigue se describirán manifestaciones extremas de crisis y el modo en que pueden ustedes encararlas.

¿Cómo pueden ustedes encarar las dificultades que se plantean en los hermanos del niño traumatizado y en la relación entre hermanos?

- Observando atentamente al hermano del niño traumatizado, ustedes encuentran en él

comportamientos anómalos que se presentan a partir de los acontecimientos traumáticos: da la impresión de que el niño está nervioso, el jardín de infancia refiere alteraciones de su comportamiento o la aparición de más temores, los maestros señalan una disminución en el rendimiento escolar, y el niño se muestra más agresivo que antes con ustedes y con los amigos:

- Procuren comprender ante todo qué está sufriendo el hermano del niño traumatizado. Si pueden hacerse una idea al respecto hablen con él sobre su situación de una forma delicada y en una atmósfera confidencial y personal: «Paul, me ha llamado la atención que..., ¿puede ser que la situación de tu hermanita te esté preocupando mucho?». Cuenten con que esa pregunta produzca fuertes reacciones o estallidos emocionales. Frente al gran sufrimiento del hermanito traumatizado, las propias necesidades están acompañadas la mayoría de las veces por sentimientos de vergüenza, en especial si el hermano afectado es de edad algo mayor que el niño traumatizado. Si la reacción es así, no se pongan tensos y muéstrense comprensivos. Tal vez necesiten varias cuidadosas arremetidas para poder iniciar una conversación. Muéstrenle al niño que también él tiene derecho a sufrir a causa de los acontecimientos sufridos por su hermano y que, tal vez, necesita «algo» de apoyo, un apoyo que ustedes quieren ofrecerle. A menudo el niño no querrá ayuda alguna, pero el hecho de que ustedes le hayan preguntado ya le está ayudando. El niño o el adolescente sabe ahora que ustedes están «presentes» cuando se trata de sus sentimientos. De ese modo se podrá romper la soledad que sufre el niño no traumatizado con sus sentimientos de dolor. Explíquenle la situación. También él debe tener la posibilidad de tener «bajo control» la situación a través de una comprensión de lo que le sucede: esa comprensión ayuda no solamente al niño traumatizado, sino también al hermano que sufre. Pero denle también la oportunidad de sentir que puede ayudar. Conversen con él acerca del modo en que puede ayudar, dentro de sus posibilidades, a su hermano traumatizado.
- *El hermano del niño traumatizado muestra signos de un trastorno traumático:* en ese caso pueden intentar aclarar, sobre la base de las recomendaciones del capítulo 1, si realmente se está ante un trastorno por estrés postraumático. En tal circunstancia tienen ustedes dos hijos que necesitan mucho apoyo. Aun cuando el hermano afectado no haya presenciado los acontecimientos traumáticos, puede suponerse que ese niño, al que hasta ese momento no se le había prestado mayor atención, es un «consabidor», circunstancia que parece abrumarlo. Ustedes pueden averiguar con tacto y delicadeza –con ayuda de la «regla del stop», como en el caso del niño víctima– si el hermano a) tiene conocimiento de la catástrofe, y si b) sufre por la presencia de síntomas patológicos del tipo de los *flashbacks*. Es posible que sea necesario recurrir una vez más a la ayuda profesional si no quieren exponerse a sí mismos y a los niños a una sobreexigencia permanente.
- *El hermano del niño traumatizado muestra con desesperación que se siente culpable de la catástrofe sufrida por su hermano:* si el hermano del niño traumatizado está ya en condiciones de expresar sus sentimientos de culpa –en la mayoría de los casos en un estallido emocional–, ya se habrá ganado mucho. «Dis-culpen» ustedes a ese niño y ayúdenle a entender cómo se llega a esos sentimientos irracionales. Reiteren en el tiempo subsiguiente dicha «dis-culpa». Los sentimientos de culpa suelen ser extremadamente persistentes, y el niño o adolescente puede reprocharles falta de honestidad: por ejemplo, acusarlos de querer «solo tranquilizarlo». Por eso, insistan en el tema aun cuando sean ásperamente rechazados. Pregunten también al hermano afectado si algún otro niño o adulto del entorno lo ha inculpado. Es posible que tengan que aclarar esto mismo en una conversación abierta con todos los intervinientes, como «portavoz» o, dado el caso, como «abogado» del niño. Únanse a la dificultad del niño frente a otros hermanos y frente a su propia pareja. Pero pónganse antes de acuerdo al respecto con el niño o adolescente. La vergüenza y la impotencia son sentimientos muy comunes en las personas que sufren un estrés psíquico extremo. Deberían saberlo y encarar con la correspondiente tolerancia reacciones emocionales y opiniones manifestadas de forma exacerbada.

La exposición que precede muestra que la familia que se encuentra bajo la influencia de los acontecimientos traumáticos no llega a encontrar tranquilidad. En medio del proceso cuiden una y otra vez de sentirse ustedes personalmente más o menos bien. Aprovechen las posibilidades que pueden ayudar también a su hijo o recurran en estos tiempos difíciles a bibliografía que pueda ayudar especialmente a adultos en crisis extremas, p. ej., los libros de Luise Reddemann o de Gottfried Fischer arriba mencionados.

Los niños necesitan a veces el apoyo de sus padres a fin de poder desplegar bien los recursos de que disponen en el «cofretillo» de la relación entre hermanos para ayudarse mutuamente. En lo que sigue se expondrá de nuevo de forma resumida lo más importante que necesitan los niños para ser capaces de prestar ayuda a sus hermanos.

Las siguientes acciones son las que podrán emprender ustedes para ayudar a su hijo traumatizado y a sus hermanos a superar juntos el trauma

- Estén siempre atentos a que ninguno de los hermanos en edad infantil se vea sobreexigido por *tener* que estar demasiado a disposición del hermano afectado por el trauma. En la mayoría de los casos, los niños *quieren* estar a disposición unos de otros. Ustedes deberían apoyar con tacto y delicadeza esta necesidad del hermano que quiere solidarizarse. Encontrar la justa medida y adecuarse al cambio de las circunstancias podrá ser su función de padres.
- A veces, los recursos de las relaciones entre hermanos tienen que ser primero descubiertos y después reconocidos y promovidos por los padres.
- Constrúyanle a sus hijos un «nido» común: por ejemplo, muchos niños traumatizados buscan «refugio» de noche en la cama de un hermano mayor o también de un hermano menor, o se acurrucan juntos en el sofá. Si el niño traumatizado se retrae, pregúntenle ustedes si no le gustaría juntarse con sus hermanos. Digan a los niños que todas estas peculiaridades, también el retraerse, son normales. Apoyen el comportamiento que busca protección: reconozcan expresamente lo positivo del «hacer pija», recompensen a los niños en común con un cacao caliente o bien léanles un bonito cuento para la noche, pero insértese en el grupo de hermanitos solo de forma cuidadosa. A veces, los adultos no hacen más que molestar cuando los niños tienen entre ellos un sentimiento de bienestar para la satisfacción de sus propias necesidades en la mutua relación.
- Haga uso de su imaginación para la pregunta acerca del apoyo que puede estar necesitando la «pandilla» para dar y recibir en el «puerto seguro» de la relación íntima entre hermanos.
- Con los niños más pequeños pueden elaborarse a través del juego, el dibujo y la pintura o las manualidades mundos imaginativos comunes sobre lo que puede «curar» de nuevo el alma del niño traumatizado.
- El quehacer creativo *en común* con los niños crea representaciones saludables que se arraigan bien en la memoria: hagan con los niños manualidades como, p. ej., un «atrapasueños». Según tengo entendido, la idea de un «atrapasueños» proviene de la medicina indígena. Una red elaborada de forma ritual tendrá la función de proteger al que duerme de las pesadillas. Confeccionen con el niño una pequeña rueda de ramas con una red hecha de hilos multicolores de lana adornada en el interior

del anillo con plumas, perlas y cosas bonitas reunidas previamente con los niños en la naturaleza o extraídas de la cesta de gangas. El «atrapasueños» –que tiene la función de retener las pesadillas– puede liberar al niño, por ejemplo, de pesadillas del tipo de los *flashbacks*, y ayuda tal vez al mismo tiempo al hermanito que a veces tiene también pesadillas. Sorprendentemente, estas cosas ayudan a veces incluso a personas adultas. No entendemos siempre por qué hay cosas que actúan y ayudan como «medicinas», pero a veces tampoco lo sabemos en la medicina académica. (Así, por ejemplo, no sabemos mucho sobre la forma de actuar de muchos medicamentos de la terapia habitual contra el cáncer. Los efectos de los medicamentos son a menudo «descubrimientos casuales»: un médico empleó en la dificultad con un paciente un preparado con un efecto posible, y el medicamento resultó útil. Por supuesto, la ciencia sigue intentando descifrar sus mecanismos de acción a fin de poder desarrollar, con tal conocimiento, medicamentos aún mejores. Pero, por de pronto, para enfermedades tan graves rige la consigna de que lo principal es que se pueda ayudar al paciente. Esto vale también para niños y adolescentes gravemente traumatizados. A veces basamos nuestros métodos de tratamiento en primer lugar en observaciones más o menos casuales de que algo posee un éxito visible, y solo después entendemos por qué este o aquel recurso resulta efectivo).

- En todos los niños que tengan, por su edad, la apertura necesaria, introduzcan rituales de curación: la vivencia comunitaria es especialmente intensa entre hermanos. Un niño traumatizado se siente así «resguardado» en las relaciones íntimas con sus hermanos según la consigna: «juntos somos más fuertes».
- Los rituales de curación han sido siempre de ayuda en la historia de la humanidad. Con ellos pueden ayudar ustedes mismos –sin o antes del «ritual» de la psicoterapia (también la psicoterapia puede considerarse parcialmente como un «ritual» profesional)–.
- Todas las medidas expuestas en este capítulo, tomadas de los diferentes «cofretillos», pueden ser introducidas de forma universal en la comunidad de hermanos. Son una ayuda también para niños que solo han sufrido lesiones «leves» que forman parte de la vida cotidiana: la tristeza por un peluche extraviado, una herida en una pierna, etc.
- Nunca reprochen a un niño por no ponerse a disposición para ayudar a su hermano traumatizado. En la mayoría de los casos hay «buenas razones» para ello, razones que tienen que ver con inhibiciones interiores del niño en cuestión que van en contra del deseo natural de ayudar al hermano que sufre.
- Antes bien, pregúntense cómo pueden ayudar ustedes al niño, sin acosarlo, para que *también él* ayude a su hermano. Sean extremadamente cuidadosos y delicados con esta situación.
- Cuando un hermano algo mayor actúa incluso de forma dañina frente al hermano traumatizado, se trata de un indicador de su propia dificultad y es una acción que corresponde más a una petición de ayuda. En ese caso, tal vez también este niño necesite ayuda (profesional).
- El hermano del niño traumatizado puede desarrollar su autoestima en una situación de estrés familiar a través de la ayuda que presta a su hermano. Adviertan al niño de su importancia y fomenten de esa manera el efecto colateral positivo de la situación de estrés familiar.
- Durante el desarrollo del proceso pregunten siempre de nuevo en privado al hermanito dispuesto a ayudar si siente una carga demasiado pesada por la situación y por su papel de apoyo para el hermano traumatizado. Pregúntenle también cómo pueden ustedes ayudarle a ser un «hermano solícito».

Aun con todos los aspectos positivos que tiene para el niño traumatizado la relación con sus hermanos existen siempre de nuevo aspectos negativos a tener en cuenta: todos, y sobre todo los hermanos y hermanas del niño víctima, están expuestos a una presión

considerable por el conocimiento de las catastróficas experiencias de su hermano. Por eso, estén alertas en todo momento y observen con atención la relación de los hermanos entre sí a fin de poder reconocer y, dado el caso, contrarrestar a tiempo desarrollos negativos para el niño y sus hermanos. Si la situación ha experimentado alguna vez un desarrollo crítico, puede también «retrotraerse» si señalan ustedes a los niños y adolescentes caminos posibles y los apoyan con respeto y sensibilidad en su relación de hermanos.

Cómo pueden ayudar los amigos y otros niños, y cómo pueden los adultos apoyarlos en ello

Los amigos que se ayudan mutuamente necesitan a veces apoyo. En lo que sigue se expondrán de forma resumida los apoyos más importantes que necesitan los niños cuando quieren ayudarse unos a otros. Los puntos son en parte idénticos a los que acaban de mencionarse en relación con los hermanos de los niños traumatizados (solo que «hermano» se reemplaza aquí por «amigo»). Por esta razón los tratamos en esta ocasión de forma abreviada.

Las siguientes acciones son las que podrán emprender ustedes para ayudar a un niño traumatizado y a su amigo a superar mejor el trauma

- Presten siempre atención a que ninguno de los niños amigos se vea sobreexigido por la situación. (Para más detalle, véase más arriba).
- A veces, los recursos de la amistad tienen que ser en primer lugar descubiertos y después reconocidos y promovidos por los adultos.
- Constrúyanle a los niños un «nido» común: por ejemplo, muchos niños traumatizados buscan «refugio» en casa del amigo. Reconozcan expresamente lo positivo del «hacer piña», recompensen a los niños en común con una bonita «acción comunitaria» o algo semejante. (Para más detalle, véase más arriba).
- Hagan uso de su imaginación para la pregunta acerca del apoyo que pueden estar necesitando los niños a fin de dar y recibir en el «puerto seguro» de la amistad íntima.
- Nunca reprochen a un niño amigo por no ponerse a disposición para ayudar a su amigo traumatizado (Para más detalle, véase más arriba).
- Antes bien, pregúntense cómo pueden ayudar ustedes al niño amigo para que *también él* ayude al niño víctima (Para más detalle, véase más arriba).
- El amigo debería recibir el reconocimiento de los adultos por la ayuda que brinda al niño traumatizado. De ese modo, el compromiso social recibe de forma temprana una calificación positiva. El amigo solícito puede reforzar de ese modo su autoestima.
- Durante el desarrollo del proceso pregunten siempre de nuevo en privado al amigo dispuesto a ayudar si siente una carga demasiado pesada por la situación y por su papel de apoyo al niño traumatizado. Pregúntenle también cómo pueden ustedes ayudarlo a seguir siendo un «amigo solícito».

Estén alertas en todo momento y observen con atención al niño amigo a fin de poder reconocer y, dado el caso, contrarrestar a tiempo desarrollos negativos. También un amigo o amiga de su hijo puede desarrollar síntomas que, si bien raras veces corresponderán a un trauma, pueden ser muy bien expresión de una sobreexigencia. Esta puede resultar una amenaza en especial cuando los adultos (los padres de ambos niños) tienen entre sí una relación estrecha y la carga psíquica de la situación de conjunto pesa sobre todos. Que ustedes como padres del niño amigo puedan también ayudar depende de que tengan todavía reservas de energía. A fin de cuentas, no contribuye a ayudar el que sus «baterías» se agoten por completo, pues ayudarán –ustedes y su hijo– a la familia afectada, pero descuidarán, ante la dificultad del otro, sus propias necesidades –y las de su hijo–. Digan en alguna ocasión también «no» y, de ese modo, creen las condiciones para permanecer comprometidos por más tiempo y de forma más fiable. La necesidad de cuidarse a sí mismos vale también para el resto de los intervinientes que se empeñan por ayudar al niño traumatizado y a su familia.

«Mi hijo en grupos difíciles»: relaciones estresantes con niños de la misma edad tras el trauma. Posible trato con ellos

En el capítulo 2 se han descrito diferentes constelaciones difíciles de relaciones con niños de la misma edad que pueden suscitarse con posterioridad a experiencias traumáticas de su hijo. Ya se ha hecho referencia a que el buscar a otros niños (de comportamiento difícil) es a menudo un modo –malogrado– de procurar ayudarse a sí mismo. Señalaremos ahora las posibilidades que tienen ustedes para encarar estas relaciones que ha establecido su hijo después del trauma.

En el resumen que sigue encontrarán aspectos importantes que deberían tener en cuenta como padres, docentes de educación infantil o maestros si un niño o adolescente se junta de forma creciente con coetáneos suyos que observan un comportamiento más bien «difícil».

Estos son los aspectos que deberían tener ustedes en cuenta si su hijo o alumno se junta con un grupo «difícil»
<ul style="list-style-type: none">• No extraiga de forma precipitada la conclusión de que el trato con esos coetáneos suyos es «malo» para el niño. Solo raras veces se juntan los niños con coetáneos «difíciles» porque se los haya

«corrompido». Antes bien, su acercamiento proviene de que se han «buscado y encontrado».

- Pregúntense ante todo si el niño o el adolescente podría tener una razón para juntarse con esos «niños-problema».
- Reconozcan el valor del hecho de que el niño o el adolescente entre en relación con otros, aun cuando se trate de *outsiders* difíciles. Reconozcan también el apoyo que, según el mismo niño indica de forma directa o indirecta, le brindan los demás integrantes del grupo. Este contacto ha estado precedido no raras veces por un total aislamiento social del niño traumatizado. Pregúntenle qué le atrae de esos niños y si le resulta una ayuda para apañárselas mejor con su situación de extrema carga psíquica. No construyan ya desde la primera conversación una crítica. Si así lo hicieran, lo más probable es que, a partir de ahí, el niño se cierre.
- Procuren enterarse a través de niños y adolescentes mayores si en los «nuevos» grupos se consumen drogas o alcohol. Una falta de confianza o un tono de reproche conducirá más bien a que el adolescente se cierre aún más, de modo que ustedes dejarán de tener todo acceso a temas importantes. Tampoco en el caso de que se confirme la sospecha de estos comportamientos deberían formular ustedes reproches al adolescente, sino intentar, a través del diálogo, establecer un nexo entre ese comportamiento y sus síntomas de trauma.
- Si un niño o adolescente traumatizado consume drogas necesitan ustedes apoyo profesional para poder ayudarlo. Ofrezcan al adolescente acompañarlo a un establecimiento especializado que puede tratar el problema de las drogas y tenga al mismo tiempo competencia en el trato con los trastornos por estrés postraumático. Evite una «estigmatización» del adolescente en el sentido de haber «caído tan abajo», pero tampoco idealice el desarrollo que está sufriendo. Antes bien, establezca una relación entre ese proceso y las experiencias traumáticas.
- Aclárenle siempre a un adolescente que, en última instancia, es él el único que puede producir realmente un cambio, por lo que él mismo tiene que reaccionar activamente: tiene que querer ayuda y aceptarla. Procuren señalar con claridad las posibles consecuencias que tendría si el adolescente no acepta ayuda alguna. Ofrezcanle acompañarlo y, en caso necesario, ser su interlocutor.
- Si el niño o el adolescente manifiesta visiblemente querer apartarse (nuevamente) de esas relaciones – cosa que puede manifestarse en primer lugar a través de una nueva crisis–, ofrezcanle con tacto y delicadeza su apoyo. En niños menores pueden ustedes intentar fomentar cuidadosamente contactos con otros niños de la misma edad que den la impresión de ser amigables y más equilibrados. Por ejemplo, a través de los padres pueden planificarse encuentros. Den ánimos al niño traumatizado para que permita que nuevos niños de su edad se le acerquen.
- Si la importancia de los viejos conocidos de la pandilla desaparece y el niño o adolescente se reorienta interiormente, pueden tocar también el tema de los miedos que, posiblemente, el niño no ha percibido hasta ese momento de forma consciente. Esta reorientación puede comenzar cuando el trauma y sus consecuencias psíquicas se estén superando progresivamente (p. ej., en el marco de una psicoterapia). En tal caso, una cercanía y una relación con adultos de confianza y con sus padres que signifiquen para él un apoyo, puede fomentar el «tránsito» a un nuevo círculo de amigos.

Una vez que el niño ha recalado en el puerto supuestamente «seguro» del grupo de coetáneos difíciles, tendrá que hacer de nuevo esfuerzos considerables para separarse de un grupo semejante. Surgen miedos, el sentimiento de seguridad que brinda el grupo corre peligro de perderse sin que el niño sepa si las nuevas relaciones en las que entrará podrán sostenerlo. La reorientación lleva a veces a finalizar dolorosamente amistades que

se han desarrollado y, posiblemente, han dejado de «cuadrar» con la persona. Reglas rígidas de comportamiento y concepciones dogmáticas de la pandilla son experimentadas ahora por el adolescente que ha proseguido su desarrollo como una limitación y como un impedimento para continuar su camino personal. Entonces deberían estar ustedes presentes para darle esperanzas y ánimos y para aportar con tacto su propia experiencia de vida (alguna vez excepcionalmente) y relatar, tal vez, circunstancias del pasado en las que ustedes mismos no sabían cómo seguía el camino y, sin embargo, encontraron una salida y, después de haber sufrido la separación, conocieron a otras personas que les dieron en el plano personal incluso más que aquellas de las que se habían separado.

En tiempos así pueden ustedes ayudar a menudo sin decir muchas palabras. Especialmente en los adolescentes el apoyo puede expresarse con gestos de cariño y de empatía: una sonrisa más en la mesa del desayuno, un contacto físico cuidadoso cuando sienten que el adolescente está luchando consigo mismo, un poco del «programa de mimos parentales». Y también en esta fase tengan «resistencia» en el manejo de los «acuses de recibo» del niño o adolescente: también en esta fase pueden producirse estallidos emocionales contra ustedes. Aclárenle que ustedes consideran que la responsabilidad por el estrés que en ese momento sufre el niño no está en ustedes sino en otra parte, pero que comprenden la tensión que irradia. Tal vez, después de un estallido se dé también una primera oportunidad de entrar en diálogo.

Abrir el cofrecillo: despertar recursos

Hay niños y adolescentes que son sumamente resistentes a perjuicios provenientes de fuera (como la violencia, la negligencia, etc.). Raras veces sufren trastornos postraumáticos. La investigación se ocupa desde hace algunos años de forma más intensiva con este fenómeno, descrito como «resiliencia».

¿Qué es lo que hace fuertes a los niños? Se han encontrado algunos factores, como el estatus social, la inteligencia, etc. Busquen también en el niño al que ustedes acompañan aspectos de resiliencia que puedan promover. Busquen fuentes de fuerza: los recursos del niño. Del mismo modo como todo organismo vivo presenta puntos débiles, dispone también de puntos fuertes. Estos puntos fuertes deberíamos encontrarlos y desarrollarlos en común con el niño. El apartado que sigue les dará sugerencias al respecto.

Acompañante en un largo viaje: el efecto terapéutico de la imaginación

La hermosa película titulada *La vida es bella*, de Roberto Benigni, trata acerca de un hombre que hace creer a su hijo menor de edad en el campo de concentración que todo es solo un juego. En la *imaginación del niño*, los hechos pueden transformarse en una escena lúdica con buenos y malos, gracias a lo cual gran parte del horror desaparece a los ojos del niño. Aun cuando, por supuesto, la película procede a una elevación poética de la realidad, muestra al mismo tiempo de forma impresionante cómo el mundo se transforma por completo cuando lo vemos con ojos de niño. Con ningún adulto podría haber aplicado el padre su talento lúdico para mantener esa «escenificación» protectora ante el horror manifiesto.

Los niños tienen, por un lado, una especial vulnerabilidad psíquica, pero disponen, por otro, del poder de la imaginación, que es capaz de crear una distancia respecto de aquello que resulta especialmente difícil de soportar en un TEPT: los síntomas de un trastorno por estrés postraumático que más torturan a la mayoría de las personas –niños y adultos– son los recuerdos abrumadores, los *flashbacks*. Como hemos descrito más arriba, el cerebro hace creer a la consciencia que las vivencias del pasado se están reiterando aquí y ahora, y ello con toda su fuerza y crueldad, y con los impotentes sentimientos de aniquilación. El entendimiento tiene que oponer una y otra vez a esta confusión del aquí y ahora con el pasado la realidad segura. Las partes lesionadas de la psique necesitan cuidado y atención: entonces, el alma puede encontrar de nuevo la serenidad.

La curación de un trauma es sobre todo un logro de la imaginación y, por supuesto, de las nuevas experiencias positivas que se hacen con la realidad. Así como en el film de Benigni la imaginación de un juego preserva de los horrores de la realidad, en un trauma psíquico la imaginación tiene que «exterminar» de algún modo el horror de los recuerdos pasados, ya no reales. La fantasía crea la distancia necesaria respecto de los recuerdos, que quieren imponerse con fiereza. La toma de distancia es algo que debe practicarse: el «programa de emergencia» que se activa después del trauma y procura dominar los pensamientos solo se deja «convencer» lentamente. Los pensamientos positivos tienen que abrirse de alguna manera un nuevo «espacio» en el cerebro. A ello pueden contribuir también algunos ejercicios y medidas simples que exponemos a continuación. El «programa de emergencia», que simula un horror interminable, resulta así reducido paso a paso.

Aparte de las palabras aclaradoras para el niño que, tal vez, ya hayan encontrado ustedes a lo largo de la lectura de este libro, deberían dedicarse ahora en mayor medida a una

forma lúdica de superación del trauma del niño. En lo que sigue les presentaremos algunos ejercicios y técnicas que pueden aplicar de forma directa con niños y adolescentes traumatizados. Estos ejercicios y técnicas sirven para:

1. La estabilización del estado psíquico del niño.
2. La toma de distancia respecto de recuerdos del trauma y, con ello, de los pensamientos concomitantes.
3. La «curación de las heridas interiores», de aquellas partes interiores del niño o adolescente que se han visto lesionadas por los acontecimientos.

Explíquense al niño que quieren ayudarlo a oponer a los pensamientos malos, en lo posible, muchos buenos pensamientos. Y, por supuesto, un proceso como ese se desarrolla en la cabeza, donde también se agitan a veces pensamientos malos. Expliquen al niño todos los ejercicios y déjenlo decidir cuál desearía poner en práctica.

El *ejercicio del árbol* (Krüger-Reddemann 2007, pág. 157) puede plantearse si los niños o adolescentes se quejan de recibir poco en algún sentido. «En este momento me viene a la memoria que las plantas, por ejemplo los árboles, reciben todo lo que necesitan sin hacer ningún esfuerzo. Es como que simplemente se abren al alimento, y, en general, reciben de la tierra y del sol exactamente el alimento que necesitan. ¿Se te ocurre algo con este pensamiento? ¿Tiene algún significado para ti? Suponiendo que te identificaras con un árbol, ¿cómo sería recibir alimento «simplemente así»? Si hicieras la prueba de comportarte durante un rato como si fueras un árbol que no tiene que esforzarse, ¿qué significaría, en concreto?, ¿cómo se expresaría en ti?».

A los niños de una edad comprendida entre el jardín de infancia y la escolaridad primaria se les hace dibujar con lápices de colores u otros materiales un árbol lo más detallado posible para ayudar a su concentración. Entonces, los niños comienzan a narrar. En general se pueden utilizar muy bien los cuadros: imágenes buenas que se asocian con buenos recuerdos y que se cuelgan para exponerlas a la vista estimulan al niño también en casa a repetir los pensamientos positivos. También pueden proponer a los adolescentes que dibujen los cuadros interiores.

El ejercicio «de deshacerse de equipaje» (Krüger-Reddemann 2007, pág. 158) puede estimular un diálogo sobre las cargas que los adolescentes llevan consigo. «Se me figura como si arrastraras contigo un equipaje muy pesado. Imagínate que lo dejas por un momento, ¿cómo te sentirías entonces?, ¿podrías sentirte más aliviado?». En adolescentes de edad algo mayor puede agregarse: «Estarías entonces más abierto para

cosas nuevas? Y si por un momento te sintieras más aliviado, ¿sería posible, tal vez, clasificar el contenido de tu equipaje para poder determinar qué necesitas todavía y qué no?».

Con niños pequeños pueden confeccionar un bonito *cofre del tesoro* en cuyo interior se deposite cada día un símbolo: por ejemplo, para simbolizar recuerdos hermosos, se deposita en el cofrecillo un recorte de papel pintado. Rituales semejantes pueden introducirlos apropiadamente a la noche, antes de leer un cuento de las buenas noches. A los adolescentes puede recomendárseles escribir un *diario de buenos recuerdos*. Pero en ese diario solo está permitido anotar cosas buenas, aunque sean pequeñas. En los «días malos» o de tanto en tanto, el niño o adolescente puede recurrir a su cofre o a su diario. Ejercicios vespertinos de este tipo tienen sentido porque muchas víctimas de traumas psíquicos sufren trastornos del sueño a causa de cavilaciones y *flashbacks* que les sobrevienen al caer la tarde o durante la noche.

Estimulen al niño o adolescente a enumerar y anotar todas las cualidades buenas que posee. Después, invítenlo a reunir las experiencias buenas, magníficas de su vida ensartándolas como en un *collar de perlas* y considerar de nuevo con detalle cada uno de los acontecimientos.

El «atrapasueños» arriba mencionado –una rueda hecha con ramas con un tejido y plumas de adorno, etc.– ayuda a combatir las pesadillas que conducen a menudo a trastornos del sueño. Pueden armar el «atrapasueños» como manualidad junto con el niño o comprarlo en alguna tienda (p. ej., tiendas de productos étnicos). Contra las pesadillas ayuda también que la mamá o el papá dibujen un «aparato atrapasueños» en el que queden encerradas las cosas que suscitan miedo.

Los sentimientos excesivos de rabia, miedo, desesperación, pueden desterrarse a una *caja de caudales* imaginaria o pintada hasta que el niño o adolescente encuentre el tiempo que necesita para enfrentarse de nuevo a esos sentimientos. Para ese fin pueden sugerir al niño o adolescente que se imagine una suerte de *regulador* en la cabeza. En el regulador pueden estar indicados, por ejemplo, grados de intensidad del miedo de 0 a 10: el 0 significa «ningún miedo», y el 10 significa «miedo máximo». Pregunten, después, al niño:

Adulto: ¿En qué marca está ahora tu miedo?

Niño: En 8.

<p><i>Adulto:</i> Bien. ¿A qué marca tienes que bajar ahora el regulador para que puedas soportar el miedo?</p> <p><i>Niño:</i> A 5.</p> <p><i>Adulto:</i> Inténtalo, entonces.</p>

También pueden sugerir al niño o adolescente que se imagine el alma herida como una parte más joven de sí mismo a la que él regala hoy pensamientos buenos: amor, calidez, atención. En los niños más pequeños, en lugar de pensamientos pueden ser también pequeños regalos en la imaginación que le parezcan especialmente valiosos.

Todas estas medidas sirven para aquietar la tormenta interior que sucede a la experiencia traumática. No todo ejercicio será aceptado por todo niño. Prueben con su hijo qué ejercicios son adecuados. De todos modos, dejar «jugar» los pensamientos tiene un efecto curativo. Casi todas las concepciones de psicoterapia para traumas trabajan con estas «imaginaciones», como se las denomina.

Dos caras de la misma moneda: cuidado del alma, cuidado del cuerpo

Pueden apoyar el «trabajo en la cabeza» si sugieren al niño que cuide también su cuerpo. A través de una alimentación equilibrada se ayuda a un buen «suministro de energía» para el niño o el adolescente. Fruta y verdura fresca, la menor cantidad posible de platos precocinados, comidas sabrosas y tomadas a horarios regulares es algo que ustedes mismos pueden realizar. El preparar y consumir la comida puede ser una vivencia comunitaria placentera. En el tiempo posterior al trauma empleen tiempo en las comidas tanto ustedes como el niño. Inviten al niño a saborear conscientemente todo lo que contiene el plato: ¿quién es capaz de hacer la mejor descripción del sabor de una zanahoria? La atención es también una forma de practicar la distancia. Al observar con atención se constituyen un observador y un objeto observado.

Cuiden de que el niño tenga suficiente movimiento. Al moverse, se reducen «jugando» hormonas de estrés. Deberían ofrecer al niño juegos de movimiento. Practicar deporte en el club también es bueno si al niño o adolescente le gusta ese tipo de actividad física.

El cuidado del cuerpo del niño pequeño pueden hacerlo ustedes mismos: denle después del baño un pequeño masaje con un buen aceite que él mismo haya escogido según el perfume. A los adolescentes pueden sugerirles que se hagan un masaje ellos mismos. También pueden ofrecer a los adolescentes comprarse alguna prenda bonita de modo que se sientan más a gusto consigo mismos.

Hay muchas posibilidades más de cuidar el cuerpo. Hablen con su hijo y desarrollen la

inventiva.

Olvidar el dolor en el juego y en la actividad creativa

Aparte de las posibilidades que les hemos presentado hasta aquí, lo que posee una fuerza enorme para actuar curativamente en el alma traumatizada del niño es el juego infantil. Cuando los niños dejan de jugar están expresando que en su alma se ha producido la mayor devastación posible. Estimulen al niño traumatizado a jugar y a activar su creatividad cada vez que tengan ocasión de hacerlo. Jugar crea –tanto en niños como en adultos– un ámbito entre la realidad exterior y la interioridad del alma así como entre los recuerdos traumáticos y el anhelado mundo intacto.

Los «ingredientes» del juego no tienen por qué ser costosos: la imaginación del niño se crea sus propios mundos con las cosas más sencillas. Piedras, maderitas, flores, etc., se convierten en espíritus malignos; naves en el océano o hadas buenas... Y el espacio abarcado por el juego en la cabeza del niño se hace inaccesible en ese momento para los recuerdos traumáticos.

En el juego con su hijo pueden introducir momentos curativos por la vía de los símbolos. El niño que sigue teniendo en su interior un resto de esperanza y el núcleo de una experiencia positiva y de confianza en el mundo, aprovechará por sí mismo la actividad de la pintura, las manualidades, etc., para generar sanación en su alma. La muñeca preferida será atendida con tiritas –como si representara el alma infantil–, el dragón de la suerte traerá chocolate y magníficos regalos al caballero extraviado. Sean un buen asistente de la doctora de muñecas y ayuden al dragón de la suerte a encontrar cosas buenas para el pobre caballero. Si ustedes no se sienten tan inclinados al juego, pongan a su hijo en contacto con otros niños, en lo posible con niños a los que les guste mucho jugar, de los cuales el niño traumatizado pueda dejarse «contagiar» en el juego: así se podrán contraponer al horror nuevos mundos interiores llenos de vida.

¿Cuándo necesita el niño ayuda profesional?

Si el alma ha sufrido una grave lesión, a menudo es necesario recurrir después a la ayuda profesional para el niño o adolescente y a un asesoramiento del entorno social. El objetivo de una terapia es circunscribir temporalmente el horror: hacerlo «finito». En un niño en cuyo cerebro está activado de forma constante el «programa de emergencia» resulta difícil alcanzar lo que se denomina «integración» del trauma. La circunscripción del trauma a un tiempo determinado –con un comienzo y un fin de los sucesos– se

encuentra impedida. La experiencia traumática «no termina nunca». Los *flashbacks* «simulan» una y otra vez frente a la consciencia que el peligro sigue presente «aquí y ahora», y ello aunque «el entendimiento sepa» que la consciencia se equivoca. Tal saber no resulta de ayuda. Si el sufrimiento psíquico sigue siendo demasiado grande durante un tiempo prolongado, se hace necesario un tratamiento. Este tendrá éxito si la persona puede enfrentar el recuerdo traumático, apartarse después de él y no ser como absorbido y casi destruido por los recuerdos.

En lo que sigue señalaremos cuándo el niño o adolescente necesita ayuda profesional después de una experiencia traumática

¿Cuándo existen indicios de que un niño o adolescente necesita ayuda profesional?
<ul style="list-style-type: none"> • El acontecimiento al que el niño o el adolescente ha estado expuesto tiene, para la comprensión de la mayoría de las personas, dimensiones catastróficas. • El niño o el adolescente muestra tendencias suicidas. • Se ponen de manifiesto anomalías que perjudican (de forma persistente) la vida cotidiana del niño o el adolescente. • Uno de los padres se ve extremadamente afectado o está traumatizado por la situación, y la dificultad no puede ser contenida por un miembro adulto de la familia. • Varios niños de la familia han quedado traumatizados. • Las condiciones de vida de la familia están considerablemente afectadas por diferentes factores, como desocupación, pobreza, enfermedades o minusvalías físicas, etc. • El adolescente desea por propia iniciativa un tratamiento.

Si no están ustedes seguros, siempre puede aconsejarse, por lo menos, durante una consulta profesional. A veces, en el caso de situaciones traumáticas de menor gravedad, bastan unas pocas horas de tratamiento para el niño y la familia. Procuren que, en lo posible, los profesionales elegidos para el tratamiento se destaquen por un conocimiento profesional en el campo de la psicotraumatología de los niños y adolescentes.

Si las experiencias que hace el niño o adolescente después de un acontecimiento traumático son, en su tendencia, positivas, a partir de la experiencia extrema pueden desarrollarse también una actitud positiva ante la vida y una forma de vida modificada en sentido positivo. Entonces podemos hablar también de una transformación. En la psicotraumatología se habla asimismo de *posttraumatic growth*, de un crecimiento humano después de experiencias extremadamente estresantes.

Por supuesto, no se puede ni se debe idealizar un trauma. La mayoría de las personas

traumatizadas, y en particular los niños, pasan por una situación de vida extremadamente trágica, hecho que a menudo se asocia con daños importantes para su desarrollo emocional, intelectual, social y corporal. La probabilidad de que se instale un círculo vicioso de fracaso –sobre todo por el hecho de que, con frecuencia, falta la ayuda– es mayor que la de una transformación feliz de las experiencias traumáticas. Pero, a través de su ayuda, ustedes pueden contribuir considerablemente a que se dé un desarrollo positivo, por lo menos en parte.

Panorámica sobre ulteriores posibilidades de tratamiento

Si se hiciese necesario un tratamiento ulterior, hay algunos procedimientos habituales que se aplican en las zonas de habla alemana. La mayoría de los procedimientos han sido concebidos para adultos y adaptados después a las circunstancias de los niños y los adolescentes. Una incorporación consecuente del ámbito social y de la familia queda en la mayoría de los casos fuera de consideración en la concepción originaria. Del mismo modo, casi de ningún modo se considera al hombre como un ser en desarrollo. Pero esta consideración es absolutamente necesaria en el caso de niños y adolescentes, tal como puede verse también en lo expuesto en este libro. Además, la mayoría de los procedimientos han sido elaborados solamente para el tratamiento de un trauma agudo.

Todos los procedimientos distinguen tres fases de tratamiento:

1. Estabilización y fase de distanciamiento.
2. Confrontación con el acontecimiento traumático si el paciente está lo suficientemente estabilizado y ha hecho propias un número suficiente de técnicas de distanciamiento.
3. Integración de la experiencia traumática en el panorama de vida con un comienzo y un fin de la experiencia traumática. La última fase tiene lugar principalmente fuera de la terapia. Para ella se requiere a veces toda una la vida.

Para niños o adolescentes se cuenta con experiencias, por ejemplo, en los siguientes procedimientos reconocidos para adultos:

Terapia psicodinámica imaginativa del trauma (Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie [PITT], Reddemann 2007): este procedimiento trabaja preferentemente con imaginaciones y con el llamado «modelo de los “estados del yo”». Los «estados» (partes, aspectos) más jóvenes y traumatizados del yo son atendidos en la terapia por medio de técnicas imaginativas. Una confrontación se da por medio de técnicas de

observación en las que el paciente tiene en todo momento el control de la situación. El procedimiento se adecua tanto para el tratamiento agudo como, especialmente, para el de traumas crónicos, reiterados. El procedimiento fue adaptado a niños y adolescentes, y se lo denomina «Terapia psicodinámica imaginativa del trauma para niños» (*Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder [PITT-KID]*, Krüger-Reddemann 2007).

Desensibilización y reprocesamiento a través de movimientos oculares (Eye Movement Desensitization and Reprocessing [EMDR], Shapiro 1989): este procedimiento se caracteriza por una técnica especial de confrontación en la que movimientos rítmicos de los ojos o de la cabeza durante la llamada *exposición* deben llevar a una reunificación, es decir, a una integración de fragmentos de recuerdos desintegrados. Este procedimiento es el más aplicado a nivel mundial. Para niños existe un procedimiento adaptado para traumas agudos (Tinker-Wilson 2000). Para el tratamiento de niños con traumas crónicos no existe, que yo sepa, manual alguno.

Terapia dialéctico-conductual (Dialectical Behavior Therapy [DBT], Linehan 1996): este enfoque terapéutico reúne enfoques de terapia conductista y enfoques psicodinámicos en el tratamiento de pacientes con traumas agudos y crónicos. El procedimiento ha sido adaptado también para adolescentes, pero no para niños.

Además de los procedimientos de terapia individual expuestos, puede hacerse necesario aplicar procedimientos de terapia familiar centrados en el trauma. Los niños deben entenderse siempre en relación con su entorno social, que, dado el caso, requiere apoyo profesional.

Perspectivas: trauma psíquico y sociedad

El papel de los medios

A los medios les corresponde, por un lado, el papel de difundir aún más en el futuro un conocimiento general sobre los traumas psíquicos en la infancia y adolescencia. Por otro lado, en el ámbito de los medios se ha puesto de manifiesto que hay formas de presentar los hechos que difunden una y otra vez imágenes de horror acerca de la miseria humana y, de ese modo, representan tanto en nuestro entorno local como a nivel global una carga para los niños y adolescentes por las abrumadoras noticias que se difunden en imagen y sonido. En tal sentido hay ejemplos concretos de niños que, al día siguiente de producirse actos de violencia en el entorno social, han visto en los medios imágenes del horroroso suceso y han desarrollado a partir de allí síntomas de patología. Otros niños se enteran a través de los medios, por ejemplo, del trasfondo de su propia historia familiar traumática, hasta ese momento desconocida.

La sociedad mediática informada tiene para el futuro la tarea de cumplir su labor informativa, pero protegiendo al mismo tiempo a los niños y los adolescentes de las imágenes de horror.

La responsabilidad de la política (sanitaria) y de la sociedad

En la política sanitaria y en la sociedad se ha prestado hasta ahora poca atención a los niños, sobre todo después de que han sufrido una lesión psíquica aguda y grave. Solo nos volvemos hacia ellos cuando desarrollan síntomas y procuran expresar de forma visible (y, con ello, en la mayoría de los casos de forma molesta para los adultos) su dificultad interior y mitigarla con intentos desesperados de solución –soltando la presión emocional que los oprime–. Antes de que esto suceda echamos demasiado a menudo la vista a otro lado. Más abajo quisiera seguir un poco más este fenómeno, pues es difícil de entender la razón por la cual se ha prestado hasta ahora tan poca atención en la sociedad a las gravísimas lesiones psíquicas inmediatas de los niños. A todo esto, desde que se han

estudiado las consecuencias de la guerra de Vietnam en adultos de menos de 20 años sabemos de la existencia del trastorno por estrés postraumático y de otros trastornos que se presentan después de un estrés extremo.

En primer lugar, una pregunta simple: ¿Por qué son tantos los niños que resultan víctimas de violencia dentro y fuera de la familia? Esta violencia es la causa de los traumas psíquicos en mucho más de la mitad de los casos de traumas en niños y adolescentes, y ello a pesar de que, en el mundo occidental, vivimos (o queremos vivir) todos en una sociedad democrática y humana.

Si la psique no ha podido curarse después de haber sufrido un trauma, la persona conserva en el núcleo interior de su yo los signos de una lesión. Como ha demostrado la investigación, en el caso de niños maltratados esas partes del yo hacen nuevamente eclosión, por ejemplo, cuando ellos mismos, y en un número abrumadoramente alto, se convierten como adultos en agresores –también de niños–. Estas partes o aspectos interiores del yo que están todavía heridos podrían designarse como «niños interiores» en el adulto, que, incluso décadas después de la pérdida traumática, siguen estando todavía desesperados, impotentes, furiosos o tristes, «piensan» como el niño amenazado e impulsan al adulto a actuar «de manera infantil»: por ejemplo, cuando el adulto se siente «amenazado» por su propio hijo de un año y, paradójicamente, lo agrede como si se estuviese en juego su propia supervivencia. Las entrevistas y las investigaciones que se han realizado con padres que maltratan a sus hijos pequeños dan resultados de este tipo, si bien, como es natural, estos padres hacen con vergüenza su confesión. No obstante, de ese modo se puede iniciar, en el caso de un desarrollo positivo, la curación del «niño herido en el adulto» y terminar la espiral de violencia que, de otro modo, se prolongará tal vez por generaciones.

La política (sanitaria) tiene aquí la tarea de advertir a la sociedad de estas cosas y realizar una labor de información. A las personas que tienen la voluntad de superar su propia disposición violenta, debería ofrecérseles suficientes posibilidades de recibir un tratamiento psicoterapéutico apropiado.

Otra pregunta se plantea al constatar la poca atención y ayuda que han recibido los niños que atravesaban por una dificultad psíquica aguda. ¿Por qué ha pasado tanto tiempo hasta que los adultos comenzaron a preguntarse por las consecuencias de los traumas sufridos por los niños? Ignorar el sufrimiento temprano después de una catástrofe ha llevado incluso a que se achaque a las víctimas infantiles la culpa de las consecuencias de

los traumas (crónicos) que sufren, por ejemplo, en el caso de la conducta hipermotora o de la agresividad: así, cuando las víctimas se convierten en agresores, el niño es considerado tal vez como de «carácter difícil» o como «igual a su padre, que es también tan brutal». Con vistas a los conocimientos que este libro quiere transmitir, tales ideas se equivalen al más puro cinismo. ¿Por qué hemos tendido hasta ahora a echar la vista a otro lado –científicos, terapeutas, médicos y hombres adultos en general–?

Las causas no están solamente en la impotencia aguda frente a la catástrofe del niño y en el desconocimiento del estado interior del niño después de una catástrofe: todos hemos sido una vez niños y podríamos intentar ponernos en la situación del niño traumatizado. Pero preferimos dejar el asunto, nos ocupamos de nosotros mismos, no tenemos «ni idea» de los asuntos de la psique. En cuanto a los profesionales de la terapia, hasta ahora solo han comenzado de forma limitada y solo algunos de sus representantes a ocuparse de los niños que sufren un trauma agudo. Frente a las manifiestas dificultades psíquicas que sufren los niños, esto resulta especialmente difícil de comprender.

Especialmente en Europa hay muchos «niños interiores» en los adultos actuales –padres y abuelos– que, tras los horrores de varias guerras, siguen sin ser atendidos. Casi ninguno de los supervivientes ha tenido los recursos ni tampoco la fuerza, después del agotamiento producido por los acontecimientos, para procesar con serenidad sus propios traumas, y ni hablar de volverse hacia el sufrimiento mudo de los niños de la guerra. Avisos de desaparecidos, noches de bombardeos, incendios infernales, la contemplación cotidiana de la muerte, la destrucción de las ciudades con la pérdida de los hogares de la población civil, los horrores de la guerra en el frente, y, finalmente, culpa y sentimientos de culpabilidad por haber sobrevivido: todos estos mundos catastróficos tanto exteriores como interiores han marcado y siguen marcando a generaciones, y, con ellas, a hijos y nietos, cuando el dolor, encerrado en el inconsciente (colectivo) de una sociedad, manifiesta sus efectos.

Las ideologías educativas que glorifican la violencia significan per se que la mirada no se dirige al sufrimiento de los niños. Ternura, respeto, calidez de corazón son realidades que muchos padres y abuelos de los niños que viven a nuestro alrededor nunca han recibido, sobre todo de sus padres. También son padres los que tienen que asumir la responsabilidad decisiva por las guerras de este mundo. Una vez más son allí tal vez los sentimientos de culpa los que obnubilan en general la mirada para ver al niño traumatizado.

La guerra ha deshumanizado siempre a los hombres, les ha distorsionado la visión de la belleza de la vida y les ha impedido tener respeto por ella. El niño es símbolo de la vitalidad de todos nosotros y, al mismo tiempo, es siempre la víctima más frecuente.

Que los expertos miren hacia otro lado –y esto es lo que menos puede comprenderse– se ha puesto también de manifiesto en los terapeutas y médicos de los años de la posguerra, cuando los abrumadores traumas psíquicos reales fueron negados en relaciones terapéuticas –y negados tanto por el paciente como por el terapeuta, ambos sobreexigidos por esa realidad–. Esta actitud se hace comprensible si sabemos que la mayoría de las formas de terapia «se adentran» de alguna manera en el sufrimiento, quieren iluminar con detalle los déficits desde todos los ángulos a fin de solucionar de ese modo «el problema». Pero el alma no tolera un procedimiento semejante: cuando queremos acercarnos sin preparación al «problema» de la experiencia traumática, nos amenazan los *flashbacks* y otros síntomas extremos.

En nuestro trato con el niño real de hoy se pone, tal vez, de manifiesto nuestro trato con el propio «niño interior» en el sentido de una «posición depresiva» colectiva de la sociedad después de las muchas catástrofes de las guerras. ¿Es que no vale la pena volverse hacia el niño interior y exterior? Posiblemente, nuestra sociedad es hostil ante los niños por varias razones. Uno de los aspectos centrales de la terapia de los traumas es el tratamiento de la cuestión de la culpa, que aparece casi siempre después de una experiencia traumática. La pregunta que se plantea el «niño eterno interior» frente a la amenaza existencial de la guerra –«¿Qué falta he cometido para que me suceda este horror?»–, esa pregunta sumamente irracional, en la mayoría de los casos inconsciente pero aun así presente, no aclarada a lo largo de todas las generaciones, marca posiblemente también nuestro propio trato con el sufrimiento de los niños traumatizados del presente, con los cuales, no obstante, nos identificamos en el fondo del nuestro corazón. No podemos mirar ese dolor, despreciamos –en una identificación inconsciente– el desvalimiento que nosotros mismos vivimos frente al propio dolor no curado o frente al horror que ha vivido la generación de nuestros padres. Y desestimamos, en lo que posiblemente es, en definitiva, un reflejo, la debilidad de los niños cuyo dolor muchas veces no hemos visualizado hasta el día de hoy.

Otro punto que parece importante señalar es el hecho de que justamente los niños pequeños despliegan su vida en primer lugar en el «microsistema de la familia» y desarrollan percepciones, sentimientos, conductas, actitudes, en constante interacción

con su entorno. Los conocimientos científicos sobre la transmisión de traumas más allá de las fronteras generacionales –aun cuando el niño no haya sido traumatizado directamente por sus padres– nos han enseñado que el sufrimiento se «traspasa» inconscientemente de padres a hijos. O sea, «espíritus del trauma» dominan a familias enteras y mantienen vivo el miedo no resuelto del pasado –p. ej., en la atmósfera que domina en una familia en la que se ocultan cosas que no se articulan verbalmente–; padres y abuelos no han sido liberados de su sufrimiento, no han podido aceptarlo hasta el día de hoy y persisten en una actitud de temor, para menoscabo de las generaciones subsiguientes, que han interiorizado el dolor tabuizado, el miedo, el mandato de sigilo, y los transmiten a su vez de forma inconsciente a sus propios hijos.

La conducta frente a niños con traumas agudos del presente puede verse desde estos presupuestos, aspectos que son relevantes sobre todo para los terapeutas profesionales, pero que también deberían formar parte de la cultura general: solo si un miembro de la familia comienza a reconocer en su contexto el sufrimiento del conjunto de la familia puede reunir el coraje para articular, tal vez, estas cosas, para romper la «coraza de miedo» que se ha dispuesto en torno a ciertas familias y para recurrir, posiblemente, a la ayuda profesional, tanto para sí mismo como para toda la familia. Y vale la pena: el horror ha pasado y ya no es más que un fantasma del ayer.

Los conocimientos alcanzados por la neuropsicobiología, la investigación sobre el estrés y las catamnesis de largo plazo sugieren que el trauma de un niño no representa solamente una carga para la psique del niño, sino que lo enferma también en el cuerpo: patologías cardíacas, cáncer, problemas de dependencia en la mitad de la vida, todo ello tiene por lo menos una relación estadística con experiencias traumáticas de la infancia (Felitti et ál. 1998).

El tiempo parece estar maduro en Alemania para, más allá del sufrimiento incommensurable que ha hecho caer la población alemana sobre innumerables seres humanos en la propia nación como también sobre otros seres humanos de otras partes, considerar también el sufrimiento de los niños de la guerra del propio pueblo, niños que ya se han convertido en padres y abuelos de otros niños con los que ustedes tienen que tratar ahora: sean sus propios hijos o sean los niños que son puestos a su cuidado en cuanto maestras jardineras o como docentes.

Trauma y pastoral eclesial

Las preguntas que tienen que ver con los temas de *las pérdidas traumáticas, las ofensas, las separaciones y la muerte* tienen para muchos seres humanos afectados o que trabajan mucho con personas gravemente traumatizadas, una dimensión religiosa y espiritual. Una ayuda de motivación religiosa puede significar eventualmente un apoyo y consuelo especial para una persona (joven) que sufre un trauma (agudo). No obstante, para la mayoría de los niños y los adolescentes, la religión y la fe solo adquieren normalmente un mayor significado a partir de los últimos años de educación primaria en el enfrentamiento consciente con los temas mencionados. A partir de esa edad o de ahí en adelante, la introducción de temas religiosos en el lugar donde desempeñan su labor la policía y los servicios de emergencia requiere algunas consideraciones básicas.

La pastoral confesional de emergencias es, junto al psicólogo profesional de emergencias y los grupos de ayudantes no profesionales, p. ej., el equipo de intervención en crisis de la Cruz Roja, una parte importante del llamado apoyo psicosocial agudo de los servicios de emergencias y de la policía en el lugar de los hechos. Ante todo hay que reconocer positivamente el compromiso no remunerado de los agentes de pastoral. Sin los muchos grupos de ayudantes legos –también en la pastoral confesional–, el apoyo psicosocial agudo, urgentemente necesario, no sería posible. Las posibilidades de la policía, de los servicios de salvamento y de los bomberos no son suficientes para prestar este apoyo. Algunas personas (jóvenes) vinculadas religiosamente experimentan asimismo, más allá de los primeros auxilios de la psicología de emergencias, un apoyo especial por parte de la pastoral confesional. A través de la fe compartida con el socorrista en el lugar del horror –o poco después de los acontecimientos– surge para los niños y para algunos adolescentes una (tácita) vinculación con «su Dios». Niños más pequeños que han tenido experiencias positivas con la Iglesia y la religión pueden identificarse con espontánea ingenuidad con el mundo de fe de un agente de pastoral y, de ese modo, extraer un provecho inmediato de las ideas de cuño religioso. Los adolescentes experimentan sentimientos religiosos en parte muy intensos que pueden resultar útiles para resistir las cargas de un trauma.

Un colaborador que cuente con formación teológica y que conozca bien a niños y adolescentes tendrá, dado el caso, más práctica para responder a algunas preguntas: ¿Termina todo después de la muerte? ¿Cómo puedo entender y afrontar el sufrimiento? ¿A dónde vamos cuando termina la vida corporal? ¿De dónde venimos? ¿Hay vida después de la muerte?

Si los padres se han tornado inseguros respecto de las «preguntas últimas» a causa de los acontecimientos y de las ulteriores experiencias, una conversación discreta y respetuosa con un agente de pastoral puede resultar a veces útil. Algo más de seguridad por parte de los padres ayuda de forma mediata al niño: por ejemplo, si el adulto se siente «a buen resguardo» en su fe y en su comunidad de Iglesia, este sentimiento de seguridad puede repercutir también de manera positiva en el estado de ánimo del niño. «La fe mueve montañas»: si el agente de pastoral ayuda a los padres a desarrollar una idea consoladora de Dios, del más allá y de la vida después de la muerte, es posible que el niño o adolescente pueda extraer provecho de ello en la conversación con los padres. El agente de pastoral puede, en diálogo con los padres, desarrollar a partir de su propia experiencia formulaciones o giros que se adecuen al niño y a su comprensión religiosa. Pero eso presupone una comprensión psicológico-evolutiva del niño o el adolescente por parte del agente de pastoral. Si como agente de pastoral perciben ustedes que el niño ha desarrollado ideas religiosas propias que le ayudan, apóyenlo de todas maneras en ello. La investigación sobre los traumas muestra que, tendencialmente, las personas que poseen una vinculación religiosa se arreglan mejor con el trauma.

En consecuencia, un trato reflexivo con las cuestiones de fe que sea adecuado a la edad del niño o el adolescente y a las condiciones previas existentes en la familia no debería rechazarse por principio. Todas las religiones se enfrentan de forma intensiva con el dolor humano y con el trato con él, y ofrecen soluciones que pueden brindar una ayuda diferenciada a las diferentes personas, también a niños y adolescentes. En Europa, la ampliamente organizada pastoral de emergencias cuenta hasta ahora sobre todo con la presencia de las Iglesias cristianas. Por ejemplo, hay adultos cristianos que refieren una y otra vez acerca del efecto curativo del contacto que los pacientes establecen en el plano de la imaginación con los santos y con la Virgen María. Los niños musulmanes y cristianos hablan acerca de las imágenes de ángeles que les traen protección, consuelo y curación. Generar este tipo de representaciones, llamadas afirmaciones, corresponde en parte a un procedimiento de terapia psicotraumatológica: en la terapia del trauma se invita a los pacientes a generar en su interior representaciones que les ayuden, a inventar «seres auxiliares» que actúen en contra de las imágenes de horror provenientes del trauma. Los eclesiásticos pueden ayudar a los niños y adolescentes a escoger, de la larga tradición de las religiones, historias que poseen efectos saludables para la psique, una ayuda que adultos sin formación teológica no podrían ofrecer así sin más.

No obstante, hay también adolescentes que entran «en crisis» al tomar contacto con

agentes de pastoral cristianos porque asocian con la «Iglesia» confesiones rígidas, conservadorismo, falta de veracidad, etc. No tienen a la Iglesia en consideración alguna o han tenido con la institución experiencias negativas concretas. Además, la experiencia traumática puede causar en niños y adolescentes creyentes y confesionalmente vinculados, así como en sus padres, una crisis religiosa con un cuestionamiento general del sentido de los acontecimientos: «¿Cómo puede Dios permitir este horror, hacerme esto a mí?», preguntas que personas creyentes y religiosamente vinculadas se plantean una y otra vez frente a experiencias traumatizantes de la vida.

En virtud de estos últimos puntos de vista puede resultar difícil la acción de un socorrista psicosocial confesionalmente vinculado. La acción del socorrista, que puede no tener en principio el propósito de tratar con la víctima ninguna cuestión de fe, puede encontrarse con el obstáculo del contexto eclesiástico de su intervención. Prejuicios y miedos pueden dificultar, entonces, una toma de contacto que resulte de ayuda para la víctima. El contacto con un eclesiástico o con otros socorristas religiosamente motivados que se presentan a las víctimas explícitamente como representantes de las iglesias puede significar que, por el vínculo confesional, haya ciertas preguntas que adquieran preponderancia en la conversación. El adolescente desesperado en el lugar de los acontecimientos, que está sufriendo la muerte de su amigo, puede no aceptar la ayuda del agente confesional de pastoral aduciendo diferentes reparos: por ejemplo, el temor de que el socorrista lo vea todo solamente desde su perspectiva religiosa, y ello aun a pesar de que el socorrista encare su labor orientándose por los lineamientos generales de acción de la psicología de las emergencias.

Es importante que los niños y adolescentes no hayan tenido anteriormente experiencias negativas con representantes de las religiones y con sus ideas y actitudes de cuño religioso o eclesiástico y que no asocien miedos con todo ello. Sin embargo, este puede ser el caso si el niño o el adolescente asocia a las cosas de la fe ideas demasiado estrictas de castigo y persecución. Si la Iglesia, la religión y la espiritualidad han sido empleadas (abusivamente) por los adultos para manipular o para una educación (moral) demasiado estricta, los temas religiosos pueden suscitar en el niño aún más miedo (del que ya tiene por la situación) y constituir, de ese modo, experiencias de estrés. En ese caso, el tratamiento de temas religiosos puede ser incluso perjudicial. Por tanto, como agente de pastoral deberían hacerse un cuadro sobre este asunto antes del contacto con el niño, y aclarar qué es lo que pueden y quieren ofrecerle.

No obstante, sigue en pie que, incluso desde una perspectiva crítica, la pastoral confesional puede ser de ayuda en niños y adolescentes si se orienta hacia las necesidades del niño y por su desarrollo mental y anímico. La inclusión de los padres y de sus ideas religiosas es importante en este contexto, por lo menos en el caso de niños pequeños.

De modo que el agente de pastoral confesional puede ayudar de forma especialmente positiva a algunos niños y adolescentes y a sus familias, pero se encuentra también bajo el peligro de que, en otros, su vinculación religiosa suscite reparos y, de ese modo, no en todos los casos pueda ofrecer posibilidades de primeros auxilios psicológicos. El diálogo religioso debería ofrecerse con absoluta discreción y libertad, y solo realizarse si la víctima manifiesta el deseo de mantenerlo.

«SOS: Save Our Souls!»: A favor de la persona joven con trauma psíquico

Los acontecimientos catastróficos de la vida causan en los niños por regla general síntomas psíquicos de especial gravedad sin que los niños afectados estén en condiciones de expresar de forma adecuada la dificultad interior por la que están pasando. Muchas personas, incluso algunos expertos, afirman siempre de nuevo que las fuerzas de autocuración de la psique son por lo común suficientemente fuertes como para que los síntomas de un trastorno de trauma psíquico remitan de forma espontánea, como por sí solos. Y, efectivamente, la ciencia ha constatado que gran parte de los pacientes adultos con un trastorno por estrés postraumático supera de nuevo con el correr del tiempo los síntomas, también sin tratamiento.

Pero las consecuencias de un trauma no pueden fijarse a los criterios de diagnóstico de un trastorno traumático que hemos conocido más arriba. Las consecuencias de una experiencia de violencia en un niño de ocho años pueden llegar, dado el caso, a que un muchacho valiente y emprendedor se convierta en una persona excesivamente cautelosa. Inconscientemente seguirá, tal vez, en una actitud de alerta constante, tendrá miedos difusos a vincularse con otras personas, aun cuando, quizá, dos años después de los acontecimientos no presente ya síntomas visibles de un TEPT. Su desarrollo entero, incluyendo su vida profesional, puede sufrir bajo la influencia negativa de esas experiencias «que dejan huella» si el niño o adolescente no ha recibido ayuda alguna. Por tanto, las consecuencias de un trauma psíquico no solo se manifiestan en los síntomas de

un trastorno por estrés postraumático, como hemos dicho más arriba. Sobre otros múltiples trastornos psíquicos y físicos que pueden ser suscitados o verse reforzados por un trauma se ha hablado extensamente en los capítulos 1 y 2.

Es de esperar que, al final de este libro, no se plantee ya la pregunta acerca de si acaso es necesario dar a los niños que han sufrido una grave lesión psíquica la posibilidad de recibir una buena atención desde el primer momento. Esta cuestión debería tener ya una respuesta obvia. En estos casos se requiere primeramente la intervención de la persona adulta que se encuentra en el entorno directo del niño o el adolescente, tanto de legos como de profesionales de la policía, del servicio de emergencias, docentes, maestras de jardín de infancia, etc. La atención amplia y óptima de niños y adolescentes traumatizados no es solamente una tarea médica y terapéutica, sino también una tarea social que el mundo de los adultos debería plantearse en el futuro con más empeño. Esto tiene que ver con el reconocimiento temprano, el tratamiento y la promoción global de niños que hayan sufrido traumas así como de sus familias.

Espero que este libro les haya expuesto con claridad el sufrimiento a menudo invisible de los niños y adolescentes traumatizados. Lean de vez en cuando nuevamente uno u otro capítulo y difundan los conocimientos adquiridos entre otros adultos y entre los mismos niños. A menudo, los pequeños entienden más de lo que los creemos capaces.

Tal vez este texto resulte también de ayuda para dar en general algo más de «popularidad» al tema de la curación del alma. Aún hoy, las cuestiones de la psicología siguen siendo para muchas personas una «chifladura». Semejante visión debería cambiar. Todo ser humano, sea niño o adulto, puede verse afectado el día de mañana por una lesión psíquica. Y no tiene por qué ser siempre un trauma para que se movilicen nuestro apoyo y nuestra ayuda solícita.

Cabe desear que ustedes, como lector o lectora, hayan encontrado en estas páginas claridad para entender los fenómenos y ayudas para la acción, y que el libro haya podido llamarles la atención acerca de la necesidad de una atención global de los niños y los adolescentes afectados por un trauma así como de sus familias. En este punto se requiere la intervención de legos y profesionales. La psicotraumatología no debería ser más una «ciencia oculta».

La salud física y psíquica de los niños es el potencial creativo de nuestra sociedad del mañana. Con nuestro conocimiento y el necesario coraje podemos hacer en el futuro todos juntos una contribución aún mayor a la salud de los niños y, con ello, a una

sociedad más humana.

Agradecimiento

Agradezco a mi querido amigo Achill el aliento que me ha dado para que escribiera este libro.

Bibliografía

- Charcot, J. M. (1887), *Leçon sur les maladies du système nerveux faites a la Salpêtrière* (t. 3), Progress Médical A. Delahaye & E. Lecrosnie, París.
- Felitti, V. J., Anda, R. E., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. y Marks, J. S. (1998), «Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse childhood Experiences (ACE) Study», *American Journal of Preventive Medicine* 14 (4), págs. 245-258.
- Fischer, G. (2005), *Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen*, Walter-Verlag, Düsseldorf-Zürich.
- Fleck-Bohaurnilitzky, C. (2003), *Wenn Kinder trauern*, Südwest Verlag, München.
- Freud, S. (1888), «Hysterie», *Psyche* 7.
- Görke-Sauer, M. (2006), *Im Land der Trauer – Abschiedsrituale*, Patmos Verlag, Düsseldorf.
- Hüther, G. (2003), «Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. Das allgemeine Entwicklungsprinzip», en K. H. Brisch, T. Brisch y T. Hellbrügge (eds.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*, Klett-Cotta, Stuttgart, págs. 94-104.
- Janet, P. (1901), *The mental states of the hystericals*, Putnam's Sons, Nueva York.
- Kolk, B. A., van der (2000), «Die Vielschichtigkeit der Anpassungsprozesse nach erfolgter Traumatisierung, Selbstregulation, Reizdiskriminierung und Entwicklung der Persönlichkeit», en B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane y L. Weisaeth (eds.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie*, Junfermann, Paderborn, págs. 169-194.
- (2005), «Developmental trauma disorder. A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories», *Psychiatric Annals* 5, págs. 401-408.
- Krüger, A. (2006), «Psychische Traumatisierung im Kindes – und Jugendalter», en L. Reddemann (ed.), *Psychotraumata. Der seelisch erschütterte Patient in der primärärztlichen Versorgung*, Deutscher Ärzteverlag, Colonia, págs. 39-54.
- (2008) «Therapie in einer traumatherapeutischen Ambulanz», en M. A. Landolt y T. Hensel (eds.), *Traumatherapie bei Kindern und jugendlichen*, Hogrefe, Gotinga, págs. 265-279.
- Krüger, A. y Reddemann, L. (2007), *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche. PITT-KID – Das Manual*, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Kübler-Ross, E. (1974), *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*, trad. de Elena Barrutia, Ed. Martínez Roca, Barcelona 1998.
- Levine, P. A. y Kline, M. (2005), *Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können*, Kösel-Verlag, München.
- Linehan, M. (1996), *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*, CIP-Medien, München.
- Markowitsch, H. J. y Welzer, H. (2005), *Das autobiographische Gedächtnis. Hirnorganische Grundlagen und biosoziale Entwicklung*, Klett-Cotta, Stuttgart.
- Henry Miller, H. (1988), *Das Lächeln am Fuße der Leiter*, con ilustraciones de Joan Miró, Rowohlt Verlag, Reinbek bei Hamburg.

- Oppenheim, H. (1889), «Wie sind die Erkrankungen des Nervensystems aufzufassen, welche sich nach Erschütterungen des Rückenmarks, insbesondere Eisenbahnunfällen, entwickeln?», *Berliner klinische Wochenschrift*, págs. 25, 166-170.
- Reddemann, L. (2001), *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*, Klett-Cotta, Stuttgart.
- (2004), *Eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt. Seelische Kräfte entwickeln und fördern*, Herder, Friburgo de Brisgovia.
- (2006), *Überlebenskunst*, Klett-Cotta, Stuttgart.
- (2007), *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*, Klett-Cotta, Stuttgart (4ª edición aumentada).
- Saint-Exupéry, A. (1980), *El principito*, trad. de Bonifacio del Carril, Alianza, Madrid, 1980
- Shapiro, F. (1989), «Eye movement desensitization: A new treatment for posttraumatic stress disorder», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 20.
- Tinker, R. H. y Wilson, S. A. (2000), *EMDR mit Kindern. Ein Handbuch*, Junfermann, Paderborn.

Referencias de las citas

- 7 De: Saint-Exupéry, A., *El principito*, trad. de Bonifacio del Carril, Alianza, Madrid, 1980.
- 7 De: Miller, H., *La sonrisa al pie de la escala*, trad. de J. C. Silvi, Barcelona, Bruguera, 1980.
- 132;
- 137-139;
- 181s. De: Krüger, A.–Reddemann, L., *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche. PITT-KID – Das Manual*, Klett-Cotta, Stuttgart, 2007.

Créditos de las imágenes

- 48 Tabla tomada de Andreas Krüger, «Psychische Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter», en Reddemann, Luise (ed.), *Psychotraumata. Der seelisch erschütterte Patient in der primärärztlichen Versorgung*, Deutscher Ärzte-Verlag, Colonia 2006.
- 61 Ilustración sobre el cerebro: © Getty Images.

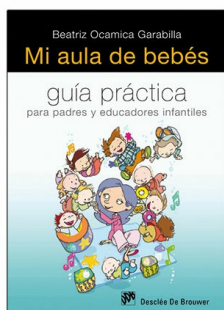
Acerca del autor



BIOGRAFÍA

Andreas Krüger, nacido en 1964, es psiquiatra de niños y adolescentes, especialista en el tratamiento de traumas infantiles, área de la que fue responsable en el Hospital Universitario de Hamburgo-Eppendorf. Es director del Instituto de Psicotraumatología de la Niñez y la Adolescencia en Hamburgo, (www.ipkj.de), así como director médico de la asociación Ankerland para la ayuda a niños traumatizados (www.ankerland.org). Ha trabajado como profesor en la Universidad Alice Salomon de Berlín y es autor de numerosas publicaciones sobre el tema.

Otros libros



Adquiera todos nuestros ebooks en
www.ebooks.edescllee.com



El acoso escolar en la infancia.

Cómo comprender las cuestiones implicadas y afrontar el problema

Christine Macintyre

ISBN: 978-84-330-3602-5

www.ebooks.edesclée.com

¿Qué es lo que hace que algunos niños sean acosadores y otros víctimas?, ¿qué puedes hacer si, a pesar de tus mejores esfuerzos, un menor sigue molestando a otro?, ¿qué pasos puedes dar antes de entrar en contacto con los padres y qué les dirás? La práctica del **acoso** se mantiene en todos los centros escolares. A pesar de la aplicación de las políticas anti-acoso, padres y profesores se sienten igualmente perplejos porque no entienden qué han hecho o qué han dejado de hacer para permitir que esto suceda.

Christine Macintyre explora este tema tan sensible, respondiendo a muchas de las preguntas planteadas y analizando por qué uno de cada doce niños en edad escolar es víctima de acoso. Este libro, sumamente práctico, examina las raíces del problema y muestra a los profesionales lo que pueden hacer para ayudar a los menores y para mejorar su propia práctica, proporcionándoles apoyo y guía acerca de cómo: fomentar la autoestima de los niños afectados, mostrando cómo la confianza recién adquirida les permitirá contrarrestar los efectos del acoso sufrido o del hecho de ser acosadores; decir a

los padres que su hijo es agresor, o víctima de acoso, y establecer con ellos relaciones de apoyo mutuo; crear un entorno de aprendizaje que impida el deseo de intimidar por parte de los menores.

Basado en **casos reales** y en evaluaciones de estrategias que han sido ensayadas con éxito, este libro sugiere formas novedosas e inspiradoras de afrontar un problema al que muchos profesionales se enfrentan actualmente.



El espacio común

Nuevas aportaciones a la Terapia Gestáltica aplicada a la infancia y la adolescencia

Loretta Cornejo

ISBN: 978-84-330-3611-7

www.ebooks.edesclée.com

Una vez más Loretta Cornejo nos hace reflexionar, no solo con la mente sino también con el corazón, sobre el significado de la búsqueda de un lugar en la vida y, como consecuencia, de un lugar dentro del trabajo terapéutico.

Este cuarto libro quiere transmitir la necesidad de que ese espacio que intentamos ocupar sea compartido, común. En medio de un mundo globalizado por obra y gracia de las tecnologías, pareciera que no hay fronteras, pero esto no significa que cada uno de nosotros no deba tener incorporado en su interior un sitio desde donde trabajar y convivir de modo integrado.

En este trabajo, como ha venido haciendo en los anteriores, la autora escribe de modo cercano -como a ella le gusta decir desde el cerebro pero también desde la piel-, sobre el lugar de diferentes figuras afectivas: el lugar de los padres, el lugar de los niños, el lugar de los abuelos, el lugar de los hermanos, el lugar de los jóvenes, el lugar del mundo y, por último, el lugar del terapeuta.

A lo largo de estas páginas se van intercalando las frases de los niños y jóvenes, las de los padres, las de los abuelos... con las técnicas para trabajar los diferentes aspectos de la terapia. También para el terapeuta, al final del libro, recoge medidas para el propio cuidado, aprendizaje y toma de contacto consigo mismo y con su vocación de ayuda.



Los niños, el miedo y los cuentos

Cómo contar cuentos que curan

Ana Gutiérrez
Pedro Moreno

ISBN: 978-84-330-2512-8

www.edesclee.com

El **miedo** a la oscuridad y a dormir solo, el miedo a los cohetes y a las tormentas, el miedo a los animales, el miedo a las inyecciones o al pediatra, el miedo a las personas desconocidas... son algunos de los muchos miedos que sufren los **niños**. Estos miedos pueden aparecer como por arte de magia... y desaparecer cuando el niño madura. Sin embargo, en ocasiones, el miedo es desproporcionado, muy intenso y resulta claramente una fuente de sufrimiento tanto para el niño como para sus padres y madres. En estos casos el miedo se ha convertido en fobia y el pequeño necesita ayuda para superar su miedo. De lo contrario, además de sufrir innecesariamente, el niño puede padecer alteraciones importantes en su desarrollo, tanto a nivel emocional como en su relación con los demás y en su rendimiento académico.

El propósito de esta obra es ofrecer a los padres, maestros y, en general, a todas las personas relacionadas con el cuidado de los niños, una herramienta poderosa y especialmente adaptada para los miedos infantiles: **los cuentos terapéuticos**. El lector descubrirá que, a través de la creación de cuentos personalizados, es posible establecer

contacto con el canal emocional del miedo infantil, encauzando y resolviendo, de este modo, las emociones dolorosas. Los cuentos terapéuticos, cuando se adaptan a cada niño, pueden lograr unos resultados excelentes, como lo demuestra la práctica clínica de los autores. En este libro se desvelan los detalles prácticos para crear y contar cuentos que curan a los niños con miedos.



¿Todo niño viene con un pan bajo el brazo?

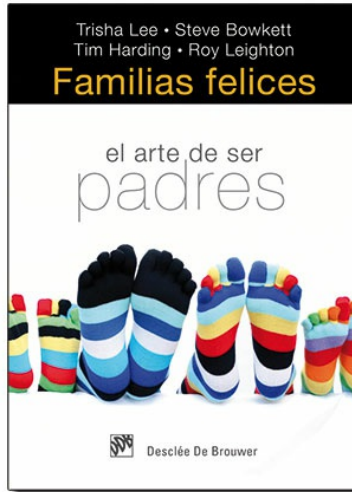
Guía para padres adoptivos con hijos con trastorno del apego

José Luis Gonzalo
Óscar Pérez-Muga

ISBN: 978-84-330-3607-0

www.ebooks.edeslee.com

Los **hijos adoptados**, como todos los niños, atesoran muchas cualidades positivas y nos hacen crecer como personas. Sin embargo, su educación puede ser un auténtico desafío para todos porque para poder ser un niño adoptado primero éste tuvo que ser abandonado. Adoptar supone también asumir que la memoria emocional de los hijos puede contener heridas que sufrieron en sus lugares de origen. La obra se fundamenta en la **teoría del apego** explicando de una manera sencilla y con atractivas metáforas los tipos de apego que el niño ha podido desarrollar, con ejemplos prácticos sobre cómo actuar en cada caso. Los autores inciden en la capacidad que los menores tienen para salir adelante si se potencian sus recursos resilientes, enriqueciendo la guía con historias y vivencias de los propios niños.



Familias felices

El arte de ser padres

Trisha Lee
Steve Bowkett
Tim Harding
Roy Leighton

ISBN: 978-84-330-2485-5

www.edesclee.com

Hoy se espera que los jóvenes no solo tengan un expediente brillante, sino que también sean equilibrados, que desarrollen inteligencias múltiples, que sean individuos creativos y maduros que puedan afrontar el cambio y la complejidad en un abrir y cerrar de ojos.

Este libro, informativo y entretenido, proporciona a los padres **herramientas prácticas** para que sus hijos empiecen con buen pie. Basado en una investigación sólida, los autores reúnen diferentes experiencias personales de la vida familiar y también distintas aproximaciones a la creatividad, inspirándose en el teatro-fórum, el arte de contar, la música, la dinámica espiral (ds)... Que nos ayudarán no solo a ver cómo podemos desarrollarnos como seres humanos maduros y cariñosos, sino también a comprender el acto de **equilibrio entre nuestro pensamiento y el ambiente que nos rodea**, y cómo pueden influirse mutuamente.

Familias felices se centra en la actividad que constituye el mayor desafío: ser madre o padre de niños pequeños y adolescentes. No hay un manual de paternidad, pero sí que hay muchas ideas e indicadores buenos, y esta obra contiene numerosas fuentes con esa inspiración. Los autores de este libro son padres, de modo que conocen todos los problemas y las dificultades, pero tienen además la ventaja de que han trabajado con niños durante muchos años y ofrecen a los padres confianza, aliento, perspectiva filosófica y abundantes consejos prácticos para formar a **niños felices y equilibrados**.



Mi aula de bebés

Guía práctica para padres y educadores infantiles

Beatriz Ocamica

ISBN: 978-84-330-2499-5

www.edesclee.com

¿Qué ocurre tras las puertas de un aula de bebés? ¿Cómo podemos organizar la dinámica para mantener el clima de bienestar con todos los peques? ¿Cómo evoluciona las relaciones interpersonales?...

Cada niño es un mundo pero las dificultades al **trabajar con un grupo de bebés** son universales: el periodo de adaptación, las dificultades para dormir a todo un grupo, los malos comedores... Hablo de los problemas cotidianos, el día a día en el aula, así como las herramientas que he ido adquiriendo para solventarlos y organizar bien la clase.

Es la experiencia la que aporta los recursos necesarios para hacer frente a las dificultades con resuelta eficacia, y es éste precisamente el objetivo del libro, poner a vuestra disposición los conocimientos adquiridos tras veinticinco años trabajando con numerosos grupos. Aprendiendo con la observación sistemática de los bebés, tanto en relación a la evolución del aula en general como de cada bebé en particular.

El libro es una **guía práctica** dirigida especialmente a **educadores infantiles**, pero su lenguaje cercano y asequible puede resultar útil para cualquier padre o persona que por

circunstancias de la vida, sin muchos conocimientos sobre educación infantil, deba afrontar el cuidado y la atención de varios niños a la vez y se siente desbordado o inseguro.



Borrando la J de jaula

Cómo mejorar el funcionamiento del aula

Isabel Cazenave

Rosa Mª Barbero

ISBN: 978-84-330-3559-2

www.ebooks.edesclee.com

¿Quién no ha hecho alguna vez la broma de llamar “jaulas” a las aulas?

Para muchos, la **educación** es una foto en sepia, decolorada y con rancio olor a naftalina, donde los alumnos están alineados y desdibujados... y este es un lastre en forma de viejas estructuras e idiosincrasias que a día de hoy y con retraso entra en un vórtice de cambio, en un punto de inflexión donde los nuevos profesionales buscan reconciliar al maestro con la **motivación** y con la importante naturaleza de su figura para poder así innovar, redefinir los roles y potenciarse a sí mismo y al alumno en un proceso creativo donde los viejos decálogos den paso a la comunicación, a la emoción y la empatía en un nuevo tablero para los grandes valores...

No existe una macroindustria del bonsái, porque cada uno es único e incomparable y la estandarización sacrificaría la belleza y peculiaridades de cada uno. De esta manera estas páginas pretenden separar la escuela del concepto de macroindustria para situarla en el terreno que le corresponde, la educación de personas por encima de la estandarización de

quintas o promociones... ¿Cómo? Mediante **alternativas creativas** y dinámicas para mejorar el clima del aula, previniendo y abordando las dificultades que nos podemos encontrar, recogiendo también el importante papel que la familia juega en semejante reto.

Este libro, que apela al entendimiento de la **educación desde un sentido holístico** e integrador, permite comprender a las personas a partir no solamente de sus capacidades intelectuales sino de todo su conjunto emocional. Y para eso es necesaria la actitud dispuesta de docentes que crean en el diálogo con sus estudiantes y que luchen por los “casos perdidos” a través de una educación con corazón.



Cyber Bullying

El acoso escolar en la era digital

Robin Kowalski
Susan Limber
Patricia Agatston

ISBN: 978-84-330-2398-8

www.edesclee.com

Cyber Bullying recopila la información más actual y esencial sobre la naturaleza y la incidencia de esta epidemia de nuestro tiempo. Revisando las novedades más recientes en la investigación sobre el tema, las autoras se sirven de amplios estudios con más de 3.500 alumnos de primer ciclo de **secundaria**, proyectos de investigación por la red y el uso de redes sociales online, así como de datos procedentes de grupos de discusión integrados por víctimas y agresores de casos reales de **ciberacoso**, además de la aportación de los padres de unos y otros.

Escrito en un estilo accesible, este texto fundamental ofrece a los profesores, los padres, los psicólogos y los responsables de la elaboración y la aplicación de las normativas escolares, unas técnicas de prevención cruciales, además de una serie de estrategias para abordar eficazmente el fenómeno del **acoso cibernético**, esto es, de la crueldad social entre los jóvenes a través de las nuevas tecnologías electrónicas.

AMAE

Directora: Loretta Cornejo Parolini

Adolescencia: la revuelta filosófica, por Ani Bustamante (2ª ed.)

El síndrome de Salomón. El niño partido en dos, por María Barbero de Granda y María Bilbao Maté (2ª ed.)

La adopción: Un viaje de ida y vuelta, por Alfonso Colodrón Gómez-Roxas

Esto, eso, aquello... también pueden ser malos tratos, por Ángela Tormo Abad

La adolescencia adelantada. El drama de la niñez perdida, por Fernando Maestre Pagaza (2ª ed.)

Riqueza aprendida. Aprender a aprender de la A a la Z, por Roz Townsend

Los padres, primero. Cómo padres e hijos aprenden juntos, por Garry Burnett y Kay Jarvis

PNL para profesores. Cómo ser un profesor altamente eficaz, por Richard Churches y Roger Terry (2ª ed.)

EmocionArte con los niños. El arte de acompañar a los niños en su emoción, por Macarena Chías y José Zurita (2ª ed.)

Muñecos, metáforas y soluciones. Constelaciones Familiares en sesión individual y otros usos terapéuticos, por María Colodrón (2ª ed.)

Madre separada. Cómo superan las mujeres con hijos la separación, por Katharina Martin y Barbara Schervier-Legewie (2ª ed.)

Rebelión en el aula. Claves para manejar a los alumnos conflictivos, por Sue Cowley

¿Hay algún hombre en casa? Tratado para el hombre ausente, por Aquilino Polaino

Cyber Bullying. El acoso escolar en la era digital, por Robin Kowalski, Susan Limber y Patricia Agatston

222 preguntas al pediatra, por Gloria Cabezuelo y Pedro Frontera

Borrando la “J” de Jaula. Cómo mejorar el funcionamiento del aula. La educación desde una perspectiva humanista, por Isabel Cazenave Cantón y Rosa Mª Barbero Jiménez

Porque te quiero. Educar con amor... y mucho más, por Pilar Guembe y Carlos Goñi (3ª ed.)

Focusing con niños. El arte de comunicarse con los niños y los adolescentes en el colegio y en casa, por Marta Stapert y Eric Verliefde

Los cuentos de Luca. Un modelo de acompañamiento para niñas y niños en cuidados paliativos, por Carlo Clerico Medina

Familias felices. El arte de ser padres, por Trisha Lee, Steve Bowkett, Tim Harding y Roy Leighton

Mi aula de bebés. Guía práctica para padres y educadores infantiles, por Beatriz Ocamica Garabilla

Los niños, el miedo y los cuentos. Cómo contar cuentos que curan, por Ana Gutiérrez y Pedro Moreno

¿Todo niño viene con un pan bajo el brazo? Guía para padres adoptivos con hijos con trastornos del apego, por José Luis Gonzalo Marrodán y Óscar Pérez-Muga

El acoso escolar en la infancia. Cómo comprender las cuestiones implicadas y afrontar el problema, por christine macintyre

El espacio común. Nuevas aportaciones a la terapia gestáltica aplicada a la infancia y la adolescencia, por loretta zaira cornejo parolini

Primeros auxilios para niños traumatizados, por andreas krüger

Índice

Portada interior	2
Portada	3
Cita	4
Prólogo	5
Introducción	7
1 Traumas psíquicos en niños y adolescentes: aspectos técnicos básicos que habría que conocer	11
El trauma anímico: una realidad desconocida	11
¿Cuándo se habla, propiamente, de una experiencia traumática?	13
¿Qué efectos tiene un trauma psíquico?	15
Entender los síntomas y su sentido, factores que pueden contribuir a la aparición de un trastorno subsecuente a un trauma psíquico	20
«Estrés constante, películas de terror, episodios de black out»: el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y los síntomas típicos en niños después de la catástrofe	26
Signos de sobreexcitación	27
Recuerdos apabullantes (intrusiones)	28
Comportamientos de evitación y estados alterados de consciencia	31
Otros síntomas típicos en niños	32
Reacciones emocionales mediatas	34
Las repercusiones de traumas en el desarrollo temprano	35
Sobre las funciones cerebrales y corporales alteradas tras situaciones de estrés extremo	42
Funciones de la memoria alteradas por estrés extremo	45
Diferentes «rostros» del trauma: posibles causas de un trauma psíquico	47
Catástrofes naturales	48
Accidentes técnicos	52
Experiencias de violencia extradoméstica	52
Experiencias de violencia doméstica	55
Abuso sexual	56
Pérdida de una persona allegada	58
Cómo los sentimientos de culpa pueden estresar a los niños después de experiencias traumáticas	58

Los niños de Beslán: las catástrofes del terrorismo y sus efectos invisibles	60
Panorámica histórica: Aquiles, los veteranos del Vietnam y el niño psíquicamente traumatizado	62
2 Cuando el trauma lleva al aislamiento: repercusiones de traumas en el entorno social	66
«Kati ya no quiere que la tome en brazos: ¿cómo entenderlo?». El niño traumatizado y sus padres	67
«Desde lo sucedido con ese malvado, Clara no para de chingar»: el niño traumatizado y sus hermanos	71
«Marvin se aísla continuamente, está como ausente»: el niño traumatizado, su círculo de coetáneos, sus pares y amigos	74
«Maia reacciona con creciente agresividad después del accidente»: niños y adolescentes traumatizados en el jardín de infancia, el colegio y la formación profesional	77
«Niños de la guerra»: jóvenes (colectivamente) traumatizados y la sociedad	85
3 El trato con el trauma psíquico	90
La emergencia aguda: seguridad y ayuda en los primeros momentos	93
Recuperación tras el primer susto: la ayuda correcta en los primeros momentos	97
Lo que el cuerpo necesita inmediatamente después del shock	101
Caminos para salir del mutismo: tras el trauma, explicar el mundo exterior e interior	102
Despedirse: oportunidad y «vía de solución» tras la pérdida de un ser querido	110
Sobre el trato con los sentimientos de culpa del niño o del adolescente	116
Qué necesitan los niños pequeños y los más grandes: sobre las diferentes necesidades y las ayudas que se requieren según la edad	119
Cómo pueden seguir ayudando los adultos	120
Cuidado de sí mismos por parte de los padres después de la catástrofe	121
Dar seguridad y amor: la actitud correcta de los padres	123
El ámbito de protección del jardín de infancia y de la escuela	124
¿Qué pueden hacer los padres de los niños amigos?	132
Cómo pueden ayudarse mutuamente los niños	134
Cómo pueden ayudar los hermanos y qué necesitan ellos mismos	134
«Mi hijo en grupos difíciles»: relaciones estresantes con niños de la misma edad tras el trauma. Posible trato con ellos	141
Abrir el cofrecillo: despertar recursos	143
Acompañante en un largo viaje: el efecto terapéutico de la imaginación	143

Dos caras de la misma moneda: cuidado del alma, cuidado del cuerpo	147
Olvidar el dolor en el juego y en la actividad creativa	148
¿Cuándo necesita el niño ayuda profesional?	148
Panorámica sobre ulteriores posibilidades de tratamiento	150
4 Perspectivas: trauma psíquico y sociedad	152
El papel de los medios	152
La responsabilidad de la política (sanitaria) y de la sociedad	152
Trauma y pastoral eclesíástica	156
«SOS: Save Our Souls!»: A favor de la persona joven con trauma psíquico	160
Agradecimiento	163
Anexo	164
Bibliografía	164
Referencias de las citas	165
Créditos de las imágenes	165
Acerca del autor	166
Otros libros	167
El espacio común	168
El acoso escolar en la infancia	170
Los niños, el miedo y los cuentos	172
¿Todo niño viene con un pan bajo el brazo?	174
Familias felices	175
Mi alula de bebés	177
Borrando la J de jaula	179
Cyber Bullying	181
AMAE	183