

Muere otro Bebé : Prevención del Homicidio Infantil



Patricia Crittenden

Las palabras son muy poderosas. Pueden revelar significados, oscurecerlos o cambiarlos. Recientemente, “Bebe P” murió por las heridas causadas por sus padres. Recientemente en Inglaterra, los periódicos gritaron “tortura”, “¡engaño!”, “matón sádico”... Con estas evocativas palabras, las motivaciones de los adultos fueron reveladas como “malvadas” y “diabólicas” – más allá de la comprensión humana. Palabras poderosas como estas pueden interponerse en la

comprensión y la prevención de la próxima tragedia.

En el tema anterior escribí sobre Victoria Climbié. ¿Es que no hemos aprendido nada en los 8 años que han pasado desde su muerte? ¿No sabían los trabajadores que vieron a Bebé P 60 veces que los niños que son repetidamente maltratados por sus padres son muy tranquilos, muy buenos, y que cuando son lo suficientemente adultos son muy “felices”? El sobrenombre de Bebé P era “sonrisitas”: Su feliz sonrisa enmascaraba meses de dolor y terror infligidos por su madre y su padrastro (Daily Mail, Nov. 12, 2008). ¿No entendieron los profesionales que esos padres



recibieron malos tratos como niños y que frecuentemente se sentían asustados y amenazados ahora como adultos?

“La madre de Bebé P había crecido rodeada por trabajadores sociales y tenía mucha práctica en las formas de manipularlos.” Esa línea –y la palabra “manipularlos”- dan forma a nuestro entendimiento y esconden la cuestión de porqué ella necesitó de trabajadores sociales. ¿La llevó el peligro de abandono –que ella experimentó de niña- a amantes peligrosos y a hacer lo que fuese necesario para conservar a su bebé? ¿No sabían los profesionales que los adultos, como el padrastro de Bebé P, que han sido castigados de

Contenidos

Página

- 1 **Prevención del homicidio de niños**
- 2 **El Pueblo de las Primeras Naciones en Canadá reclama su vitalidad luego de generaciones de malos tratos**
- 3 **Víctimas y perpetradores: dos caras de una tragedia**
- 3 **Un enfoque DMM para estructurar la entrega de servicios**
- 4 **Tratar la traumatización severa**
- 6 **Investigación: El desarrollo problemático de los niños de madres que fueron víctimas de abuso sexual infantil**
- 7 **El Síndrome Post Traumático Crónico y sus orígenes en el trauma infantil**
- 7 **Consejos para profesionales**

Los editores desean agradecer a la traductora, Emilia Sasson, por posibilitar a tanta gente la lectura de Noticias DMM en su propia lengua.

una forma peligrosa frecuentemente castigan a sus niños de forma fuerte –muy fuerte- para enseñarles a evitar mayores peligros? Los adultos de países que sistemáticamente están expuestos al peligro saben esto. ¿Somos quienes vivimos en países seguros, incapaces de apreciar la fuerza que tiene el poder de la exposición sin protección a los peligros, para darle forma a la mente y organizar el comportamiento?

¿Qué deberíamos haber aprendido de la muerte de Victoria que podría haber prevenido la muerte de Bebe P?

- Reconocer la importancia del afecto positivo falso, especialmente cuando discrepa con la situación;
- Evitar acusaciones, y preguntar a los padres acerca de sus miedos y traumas pasados de forma de ayudarlos a proteger a sus hijos;
- Brindar servicios de apoyo a largo plazo (ver artículo de Nickel en la p. 3).

¿Cómo deberíamos reaccionar? ¿Debemos reorganizar los servicios sociales? ¿Desarrollar un nuevo Protocolo? ¿Despedir a todos? No tratemos a los profesionales de la misma forma como los padres de Bebe P lo trataron a él. Tampoco como sus padres los trataron a ellos. Reconozcamos las buenas intenciones de los profesionales bienintencionados y su angustia por las intenciones que funcionaron mal–angustia que los padres de Bebe P también sentían. No pongamos a nadie a la defensiva –porque eso cambiará su comportamiento en formas no deseadas. En lugar de esto, brindemos la información que se necesita sobre el afecto, los efectos del trauma, y la importancia de la compasión combinada con una práctica segura en toda etapa de la vida.

No podemos evitar todas las muertes, pero podemos dejar de repetir los mismos errores.

Patricia Crittenden, Ph.D. escribió acerca del homicidio infantil en Raising Parents (2008).

La Experiencia Canadiense de Escuela Residencial: Una Perspectiva Personal



Mary Courchene

“El tratamiento de niños en escuelas residenciales indígenas es un triste capítulo de nuestra historia y nunca será repetido.” Esta declaración fue hecha por el Primer Ministro Steven Harper el 11 de Junio del 2008 en la Casa Canadiense de los Comunes, cuando oficialmente pidió disculpas frente a muchos representantes de los pueblos de las Primeras Naciones, Inuit y Métis de Canadá por una política de asimilación gubernamental devastadora. La internación en escuelas residenciales duró un siglo y dio lugar

a generaciones de niños que fueron arrancados de sus familias y forzados a vivir en escuelas en donde su lenguaje y cultura estaban prohibidos y en donde muchos fueron abusados física y sexualmente.

Yo fui uno de los representantes en ese día histórico. También soy una de las 87,000 supervivientes de la escuela residencial y estoy escribiendo para compartir una perspectiva personal acerca del devastador legado que este curso de acción ha dejado en las vidas de generaciones de los pueblos de Primeras Naciones, Inuit y Métis de Canadá.

Recuerdo a mis años preescolares como felices y llenos de amor, con muchos cuidados y rodeada de mi familia que incluía a padres, abuelos, hermanos y otros miembros de la familia extendida. Cuando tenía 5 años, mi hermano mayor y yo fuimos llevados a una escuela residencial, que incidentalmente estaba sólo a una caminata de 5 minutos del lugar en donde vivíamos.

¡Recuerdo ansiar ir a la escuela porque podría aprender inglés, y así descifrar lo que decían las burbujas de las revistas que miraba por horas!

Extrañamente, mis padres no nos anticiparon nada de lo que podríamos esperar de la escuela, y pronto descubrí la razón. ¡Mi madre aún tenía presentes los dolorosos recuerdos de la década que había pasado en la misma escuela, en la que ahora se vía forzada por ley a inscribir a sus hijos!

La vida en la escuela residencial era una de miseria, increíble soledad y falta de amor parental y cuidados. Durante los 13 años que estuve forzada a quedarme, fui sistemáticamente privada de dignidad y orgullo, y adoctrinada para creer que mi cultura, costumbres y lenguaje eran salvajes y primitivos. Como resultado, rápidamente aprendí a odiar todo mi mundo, incluyendo a mí misma y a mi gente. (También odiaba a mis ancestros). Un verano en casa, durante nuestro descanso anual de dos meses, recuerdo mirar a mis padres con resentimiento extremo y odio, simplemente porque eran indios y me saludaron en nuestro lenguaje tradicional.

“De ahora en adelante solo hablaremos inglés en esta casa” proclamé. Mi padre me miró con tristeza mientras mis palabras lo agujijoneaban. “Bueno, supongo que no volveremos a hablar con esta pequeña niña” dijo en Ojibway, el lenguaje de nuestra gente. Sólo tenía 11 años.

Ya en ese entonces, la ausencia de mi hogar había causado un daño irreparable. Era casi un robot, incapaz de expresar emociones positivas como el amor y la alegría. En su lugar, lo que me motivaba en ese momento crucial de mi niñez, era el miedo y el odio. Era una extraña en mi propia casa, incapaz de relacionarme con mis padres, y, debido a que no se permitía la interacción entre niños y niñas, ni siquiera podía relacionarme con mi hermano en la misma escuela.

Relato esta parte de la historia de mi vida para señalar que el sistema escolar residencial en Canadá destruyó la unidad familiar de toda una población de las Primeras Naciones. Fue deliberado y sistemático.

Las poblaciones de Primeras Naciones, Inuit y Métis de Canadá aún se están tambaleando por esta edad oscura de la historia Canadiense. Nuestras estadísticas de bienestar infantil, prisiones y nuestras tasas de graduación corroboran este fenómeno. No es sorprendente que las personas Aborígenes aún luchen por encontrar su identidad. Muchos jóvenes, especialmente en grandes centros urbanos, encuentran que están desconectados de su cultura y lenguaje y están perdidos en una sub-cultura malsana.

Esta declaración de guerra a nuestro espíritu dejó cicatrices generacionales y una historia que el mundo entero debería conocer, dada la reputación de país libre de Canadá.

¿Cómo podemos sanar?

La solución es reclamar nuestras tradiciones, nuestras costumbres y nuestros lenguajes conectándonos con nuestros propios ancianos, quienes son los portadores de nuestro conocimiento tradicional. Este movimiento de reclamación de revitalización es fuerte y somos un pueblo resiliente.

Nosotros sanaremos.



Photo: Duane Burnett, BC, Canada

Mary Courchene es la anterior Decana de Educación Aborigen en el Red River College en Winnipeg, Canadá.

Trauma y Victimización



Pat Crittenden

Noticias DMM #5 está enfocada al trauma; el número 4 trataba del sexo y la violencia. Puesto de otra manera, estábamos discutiendo acerca de perpetradores y víctimas. Este número también se refiere a la resiliencia y a la transmisión del apego a través de las generaciones. Estos términos son bastante comunes, pero no nos deslicemos de forma demasiado rápida y sencilla a través de significados que al ser tan complicados, preferiríamos evitar.

Por ejemplo, la dicotomía entre víctimas y perpetradores. Peder Nørbech y Val Hawes nos han mostrado que los asesinos peligrosos son usualmente víctimas que han llegado a la adultez. Jennie Noll, en este número, describe como una niña victimizada por el abuso sexual de su padre luego es negligente con sus propios niños de una forma tan severa que uno de ellos morirá y otros dos serán alejados de sus cuidados. ¿Esta chica es una víctima o un perpetrador? ¿Se refieren estas palabras a personas diferentes o sólo a nuestra actitud hacia la misma persona en diferentes puntos de su vida? ¿Reducen nuestros términos la complejidad de su sufrimiento y nuestra entera comprensión a un solo acto – de forma de que nuestra elección de una respuesta nos resulte menos estresante?

Tal y como lo veo hoy, palabras como perpetrador, abusador, y delincuente definen a la persona desde la perspectiva de otros y para los propósitos de otros. Al así hacerlo, los términos omiten aspectos cruciales de la persona, tanto del presente como acerca de la forma en que se desarrollaron.

Las personas que dañan a otras personas casi siempre han sufrido mucho en momentos en los que no se podían proteger a sí mismos. Más aún, casi nunca había nadie que los consolara. Como Sverre Varvin y Mary Heller señalan, hicieron lo que pudieron, con la madurez y experiencia que tenían en el momento, para protegerse a sí mismos. Estoy de acuerdo. Dan el mejor sentido que pueden, de su situación, en la niñez; y organizan su comportamiento para protegerse a sí mismos del peligro y del dolor. Usualmente, esto significa (1) atender de forma hiper-vigilante alguna información, (2) descartar información inexacta o que genera distracción, generalmente información acerca de seguridad y confort, y (3) actuar rápidamente, frecuentemente antes de que se pueda iniciar una integración pensada. Cuando observamos su comportamiento peligroso, encontramos difícil el ver que se sienten amenazados y que están actuando para proteger o consolarse a sí mismos. La comprensión de esto podría cambiar nuestra respuesta en formas que pueden reducir tanto su amenaza a otros como su sufrimiento.

Las víctimas se enfrentan al problema opuesto. Frecuentemente no podemos predecir de qué forma sus esfuerzos por protegerse a sí mismos pueden algún día poner en peligro a otros, incluyendo a sus parejas y niños – las mismas personas a quienes quieren proteger. Nuestros esfuerzos por rescatar a las víctimas frecuentemente ignoran las complejas relaciones con los miembros familiares que los ponen en peligro.

Esto nos lleva a la resiliencia. Muchas personas que fueron victimizadas no dañan a otros o, habiendo dañado a otros, ellos, sin embargo, llegan a apreciar lo que han hecho y cambian. Al llamarlos resilientes, podemos estar ignorando el proceso a través del cual se logró su madurez. La resiliencia conjura la noción de que ellos, de alguna forma, mágicamente, no fueron afectados por el daño que experimentaron.

¡No es así! Ellos sufrieron, ellos trabajaron muy duro para comprender tanto la experiencia como su rol en ella, y ellos continúan lamentando lo que se perdió. La resiliencia no es un regalo especial; es un logro ganado a un alto precio y con mucho esfuerzo. Transforma la pasividad del sufrimiento en la acción de la reparación. Más aún, tal y como sugiere Mary Courchene, es ganado una y otra vez mientras uno se recupera personalmente a lo largo de toda una vida y ayuda a otros a encontrar la misma posibilidad. La resiliencia es valentía, apoyada en la compasión, no en la suerte.

Finalmente, transmisión de apego- o maltrato. ¿Cómo exactamente afecta una generación a la siguiente? “transmisión” sugiere un paquete – o un mensaje. Nuevamente, no es así. Cada persona debe experimentar y percibir su propio mundo, representar sus precepciones, organizar estrategias y actuar – por sí misma. Estas cosas no pueden ser transmitidas como un todo y los niños puede que no organicen de una forma similar a la de sus padres. Particularmente los niños en peligro, despliegan una amplia variedad de resultados que ellos organizan por sí mismos.

Mi punto es que nuestra terminología omite procesos, reduce complejidades, y no ve la variabilidad. Si realmente queremos ayudar, nuestro trabajo es hacer una pausa exactamente en donde el lenguaje se desliza rápidamente a través de significados complejos. En ese mismo punto, podemos, en las palabras de los “indios” Americanos, intentar caminar en los mocasines de otra persona. Sólo entonces podremos comprender las estrategias psicológicas y comportamentales de las personas amenazadas, respetar el esfuerzo mental y de organización que requiere, y estar preparados para celebrar el logro del potencial humano que la palabra “resiliencia” expresa.

Apoyo a las Familias Aborígenes



Irmie Nickel

Los pueblos aborígenes en Canadá, incluyen al pueblo de la Primera Nación (quienes estaban allí antes que los europeos llegaran), al pueblo Métis (mezcla entre los de la Primera Nación y los ancestros Europeos) y al pueblo Inuit (regiones más al norte). En Manitoba, ellos representan el 10% de la población, aproximadamente el 50% de éstos están por

debajo la los 25 años. Muchos están en riesgo de desarrollar relaciones vinculares difíciles debido a la experiencia escolar de internado que ya lleva un siglo de duración.

Después de mucho debate, cada nación aborígen ha logrado el derecho de formar sus propias agencias de cuidados infantiles. Las nuevas agencias han empezado su existencia bajo mucho escrutinio, con

poco tiempo para preparar y entrenar su personal, pero con la oportunidad de hacer algo significativo y diferente.

El DMM y los pueblos aborígenes

Las personas en las culturas aborígenes tienen un amplio rango de vínculos basados en las estructuras familiares y responsabilidades que reflejan los valores y la tradición aborígenes. Los padres aborígenes tienden a ser menos directivos con sus hijos y muestran más preferencia a la enseñanza y estilos de aprendizaje no-verbal, enfatizando la importancia de la observación de sus niños en contextos de vida normales. El DMM, con su enfoque de observación e identificación de patrones de relaciones, es congruente con los deseos de los pueblos aborígenes de enfocarse en las competencias y habilidades de los niños quienes tienen “características” adaptativas únicas que se han observado, más que las etiquetadas como “conductas problemáticas”.

En línea con el pensamiento anterior, algunas de las agencias aborígenes recién formadas han logrado grandes cosas en poco tiempo. El Servicio Infantil, Familiar y Comunitario de Métis (2008) es uno de ellas. Esta agencia ha desarrollado programas adecuados para todos los niveles necesitados del servicio, siguiendo la guía del DMM (Crittenden, 1992). Sus programas incluyen:

Niveles del Funcionamiento Familiar (Patricia Crittenden, Ph.D.)



Familias Independientes y Adecuadas

El Programa de Madres Jóvenes y Kookums para conectar a las madres jóvenes con las abuelas para el apoyo continuo, la tutoría y enseñanza sobre la crianza de los hijos.

Vulnerables a crisis (6 meses)

El Programa de apoyo familiar que provee un rango de prevención y servicios de intervención temprana para fortalecer a las familias y reducir los factores de riesgo.

Rehabilitables (1-5 años)

El Programa de Fortalecimiento Familiar que lleva a las familias completas a espacios de apoyo y cuidados adoptivos supervisados cuando los niños están en riesgo de ser removidos de la familia

Apyables (15 – 20 años)

El Programa de Tutoría Familiar que une a las familias que requieren de tutores por largos períodos, preferentemente con los de sus propias familias extendidas.

Inadecuados (Niños son removidos)

El Programa de Cuidados Kinship emplea miembros de la familia extendida como padres adoptivos y busca redes comunitarias para apoyar a las familias de los padres adoptivos.

El énfasis significativo en involucrar a la familia extensa y la comunidad en estos ejemplos es algo para observar cuidadosamente en los siguientes años. Los principios del DMM de protección, previsión de confort y sobrevivencia biológica están trabajando aquí.

Irmie Nickel, BOT, MA, es Directora del Centro Aulneau Renewal, Winnipeg, Canadá.

Referencias: Crittenden, P.M. (1992). The social ecology of treatment: Case study of a service system for maltreated children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 22-34.
Métis Child, Family and Community Services (2008). Annual report, April 1, 2007-March 31, 2008.

Doctor, ¿puede usted tratar mi trauma?



Sverre Varvin

Rara vez, los pacientes hacen esta pregunta. En vez de esto, llegan con síntomas desconcertantes, como repentina ansiedad, pensamientos intrusivos y preocupaciones vengativas hacia lo "que me han hecho". Sienten que algo en su interior funciona mal. No pueden encargarse de sus hijos, su pareja les parece amenazante y buscan aislarse.

El problema en el apego y en términos de procesamiento de la información

Pienso que los pacientes están en lo cierto. En concordancia con la investigación acerca del trauma y de la memoria, ellos sienten que algo está equivocado en su personalidad - el sentido de quienes son- y la manera en la que se relacionan con los demás.

Los daños graves y traumáticos cometidos por otras personas, tales como el abuso infantil, la tortura y la guerra, tienen una influencia masiva y a menudo impredecible. Esto implica la activación de las estrategias de apego. Por ejemplo, una estrategia común, es distanciarse más del afecto negativo y de las figuras de apego próximas. Cuanto más evitativo uno pueda ser, mejores son las probabilidades de supervivencia en muchos contextos. Esta puede ser la razón por la cual predominan las estrategias de Tipo A entre los sobrevivientes del abuso traumático.

El trauma opera a través de la memoria procedural y la memoria connotativa, con muchos aspectos preservados como imagen o memoria sensorial.

¿Existe entonces una memoria traumática específica, un tipo de memoria, diferente de otras, que se graba en el cerebro como una foto, casi imposible de borrar o cambiar? En muchos sueños de pacientes, la persistencia de imágenes traumáticas plantea esta especulación, pero ni la experiencia clínica, ni la investigación sobre la memoria, sustentan esta idea. Los recuerdos se modifican en relación al contexto en el que son recordados y la terapia puede contextualizar los recuerdos. Cuando los incidentes traumáticos no se resuelven, no hay una narrativa coherente y confiable de la experiencia. En consecuencia, un aspecto clave de la terapia, es ayudar al paciente a desarrollar tal narrativa coherente.

Las experiencias traumáticas están insertas en escenarios simbolizados incompletos, dominados por la memoria implícita y estructurada por los patrones de apego adquiridos durante el desarrollo. Las experiencias traumáticas también moldean los recuerdos tempranos, haciendo que situaciones seguras parezcan inseguras y activando las estrategias de apego inhibitorias que eliminan a las más equilibradas.

El traumatismo a menudo produce estrategias de Tipo A. Como resultado de un procesamiento incompleto de la memoria, estímulos similares, pero sin conexión pueden disparar ansiedad extrema y evitación. El uso de las regiones frontal y del hipocampo del cerebro puede disminuir mientras

que en la amígdala y el tronco cerebral pueden dominar las respuestas agudas (pelea, escape, congelamiento).

Los efectos del daño traumático difieren según la edad en la que acontece el trauma. Esto es cierto tanto para el adolescente víctima de la guerra como para el anciano víctima del terror del genocidio: para quienes se ha roto el curso de la vida. No poder casarse con la persona que amaste en la adolescencia (o quizás sentirse incapaz de volver a amar) o no poder ser capaz de funcionar como abuelos (o perder a sus nietos) son terribles golpes a las expectativas del desarrollo. A partir de esto, puede quedar claro que considero la psicoterapia de pacientes traumatizados como algo más, y a menudo algo diferente que tratar el "trauma".

Tratamiento

La mayoría de la gente expuesta a desastres naturales extremos no desarrolla trastornos post-traumáticos. Muchos experimentan reacciones aflictivas intensas y reacciones transitorias al trauma que decrecerán y que no requieren de un tratamiento especializado. Sin embargo, uno debería tener conocimiento de las condiciones tardías de comienzo, que pueden aparecer varias décadas después del peligro y la amenaza persistente.

La combinación de la exposición al peligro de amenaza vital, especialmente causada por el hombre y/o la pérdida de un ser querido y el golpe de su auto-estima, parece representar un riesgo masivo para el traumatismo psíquico (Weisaeth, 2006). Este tipo de exposición combinada, que puede repetirse o ser duradera, afecta a una cantidad considerable de gente después de la guerra, el terror, la persecución o las experiencias de refugiados.

Estas experiencias pueden afectar los sistemas de creencias de las personas (por ej. la memoria semántica) y las estructuras y dinámicas subyacentes de la mente. Cuando son traumáticas, pueden producir cambios más permanentes en la personalidad y en las funciones del apego. A menudo la persona se siente en peligro y los patrones de apego que tienen que ver con la supervivencia dominarán las relaciones de la persona consigo y con los demás.

Los efectos aparecen en las relaciones, incluyendo los patrones de transferencia con los terapeutas, y se hallan al principio de todo encuentro terapéutico. Por consiguiente, el "tratamiento del trauma" comienza desde el primer contacto con el sistema de tratamiento.

Si el sistema de tratamiento se caracteriza por procedimientos negligentes y obsesivos y por la sospecha de los extranjeros (el destino, para muchos refugiados), se incorpora un elemento anti-terapéutico en el tratamiento desde el inicio. Ambos son reforzados, la expectativa de ser abandonado y los patrones de apego inadaptados.

Los terapeutas y aquellos que cuidan y establecen el tratamiento deberían tomar conciencia de una *tríada expectativa* que caracteriza a mucha gente traumatizada:

- (1) Algo malo puede ocurrir en cualquier momento.
- (2) No existirá ayuda, y
- (3) No le importará a nadie.

Desafortunadamente, la experiencia muestra que este sistema de creencia puede tipificar muchos primeros encuentros terapéuticos. Si las tentativas precoces para obtener ayuda terapéutica resultan difíciles y frustrantes, es posible que la persona traumatizada active principalmente patrones de apego evitativos orientados a detectar cualquier señal de peligro en el otro.

"Una paciente había experimentado el incesto de su padre y temía a los hombres. En una sesión llegó confusa y vigilante. Tenía dolor en sus ojos. Parecía tener miedo de no ver su efecto en el terapeuta. Como ella dijo después de un cierto trabajo terapéutico, "Tenía miedo de no poder hacerlo sentirse bien. Siempre es así. Tengo que tener cuidado. Si los hombres no se sienten bien, las cosas pueden cambiar repentinamente. Entonces estoy atrapada. No puedo hacer lo que quiera. Debo hacer como ellos dicen."

Esta ha sido la situación con su padre. Su estrategia de apego evitativo era una reacción post-hoc como manera de prevenir lo que ya había ocurrido.

La comprensión y el procesamiento de tales situaciones transferenciales se encuentra en el corazón de cualquier terapia de trauma. El terapeuta tiene que lidiar con múltiples asuntos:

Si se siente muy angustiado

Cuando usted ha experimentado situaciones abrumadoras puede sentirse indefenso, ansioso, asustado y enojado. Algunas veces esto sucede mucho tiempo después, luego de una experiencia peligrosa. Ud. puede hacer algunas cosas que podrían ayudarlo:

- Encontrar un lugar seguro y permanecer tranquilo allí.
- Buscar gente en quien confiar y tomar contacto con las personas más cercanas si puede.
- Pedirles que se queden con Uds. y hablar cuando sientan que pueden hacerlo.
- Comer, descansar y cuidarse o dejar que otros se ocupen de ud.
- No se aisles.
- Sea amable con Ud - recuperarse lleva tiempo.

Si persisten la ansiedad y el no poder dormir, busque ayuda profesional. Recuerde que puede ser ayudado aún durante mucho tiempo después.



- Patrones defensivos y relacionales con frecuencia extremadamente rígidos.
- Creencias que lo peor puede ocurrir en cualquier momento sin ayuda alguna.
- Complejas transferencias y contra-transferencias: patrones idealizados pueden alternar con el retraimiento y la representación perpetrador-víctima, con el peligro del repliegue del terapeuta.
- Identificaciones proyectivas masivas: el terapeuta tiene que contener ambas partes proyectadas -del perpetrador y la víctima- del mundo interno del paciente.
- El conocimiento de las estrategias del apego evitativo es indispensable. El paciente tiene dificultades en representar sus sentimientos, especialmente los sentimientos negativos. " Siempre tienes que estar alerta", es el slogan del paciente traumatizado.
- Los escenarios del trauma se pueden presentar como un peligro actual sentido y se pueden tratar significativamente como representaciones mentales relacionadas no solo con el pasado, sino que también y principalmente con el presente.

El tratamiento lleva tiempo: el paciente está tratando de cambiar los modos de ser con los demás, y también está tratando de crear una vida más satisfactoria. La incapacidad de amar es probablemente el efecto más devastador de los traumas causados por el hombre.

Sverre Varvin, M.D. trabaja en el Centro Noruego de Estudios sobre Violencia y Stress Traumáticos y como psicoanalista en practica privada.

Referencias

Weisaeth, L. (2006). Collective Traumatic Stress: Crisis and Catastrophes, In B. B. Arnetz and R. Eckman (Eds.) Stress, Health and Disease. Weinheim: Wiley.

Protegiendo a la Próxima Generación: Niños de Mujeres que fueron Abusadas Sexualmente en su Infancia



Jennie Noll

Wilma hizo un llamado desesperado: su hijo de diez meses se estaba ahogando en la bañera!! Cuando la emergencia llegó, encontraron a Wilma intoxicada y a su hijo de 4 años intentando reanimar al infante ya muerto mientras que su "toddler" gritaba en su corralito.

Luego de algunos meses, deprimida y suicida, internada en una unidad de drogadicción, Wilma relató el incidente admitiendo el uso de drogas y

alcohol para afrontar la grave depresión y los dolorosos recordatorios de su infancia traumática. Wilma había sido repetidamente violada por su padre hasta que tuvo 12 años. Reflexionó acerca de la persistencia de los efectos nocivos del abuso y como surgían una y otra vez a lo largo de su vida. Habló acerca de su incapacidad de "retener un hombre" y de su dificultad de "conectarse" con sus bebés. "Y ahora... todo se extiende a mis hijos. ¿Cuándo se acabará toda esta pesadilla?"

La historia de Wilma es verdadera. Es un puro ejemplo de las complicadas luchas a las que se enfrentan muchos sobrevivientes del abuso sexual infantil y del potencial peligro para sus hijos.

Nuestra investigación

Hemos seguido 84 niñas abusadas sexualmente desde la mediana infancia hasta la maternidad precoz, para descubrir como evolucionaron ellas y sus hijos. La mayoría de los estudios longitudinales son retrospectivos, con una evaluación transmitida por auto informe. Nuestro estudio es prospectivo. Conservamos 96% de nuestra muestra de niñas que habían sido sexualmente abusadas y 89 niñas demográficamente similares que no habían sido abusadas durante 20 años. (Noll, Trickett & Putnam, 2008). Evaluamos a todas las niñas seis veces durante su crecimiento. Ahora hemos evaluado a casi todos sus hijos conocidos, unos 135.

Investigación previa

Aunque alrededor del 30% de las víctimas de abuso infantil abusan de sus propios hijos (Kaufman & Zigler, 1987), el potencial para el perjuicio se extiende a sus problemas físicos y psicológicos en la edad adulta y puede tener efectos devastadores en sus descendientes.

El abuso sexual infantil involucra violaciones de los límites precoces y puede producir la asociación del sexo con la extrema violencia, y/o la intimidad condicional de los cuidadores. Crittenden teoriza que las representaciones de disposición que surgen de las relaciones abusivas pueden contribuir a la continuidad del maltrato a través de las generaciones (Crittenden, 2008). Otros informaron que comparado con las madres no abusadas, las madres con historias de abuso sexual prestaban menos atención a sus infantes, respondiéndoles de un modo diferente, y sacando conclusiones acerca de los bebés basadas en sus propias representaciones distorsionadas.

La experiencia del abuso sexual infantil pone en riesgo a las víctimas (niñas y varones) por el continuo trauma emocional y la dificultad interpersonal, incluyendo distorsiones cognitivas y afectivas en torno al sexo y la intimidad (Noll, Trickett, & Putnam, 2003). Además, porque el abuso incestuoso por los padres generalmente ocurre sin uso de fuerza física o violencia, sus víctimas a menudo se consideran participantes voluntarios y se culpan a ellos mismos más que las otras. La culpabilidad y el auto-reproche pueden conducir a la confusión en relación a la activación sexual, a la intimidad interpersonal, y a la seguridad. Alexander (1992) identificó varias consecuencias del abuso sexual relacionadas con el apego, incluyendo trastornos del humor, prácticas de crianza ineficaces o peligrosas y apego adulto inseguro.

Nuestros hallazgos

Los resultados de nuestro estudio son sorprendentes y repercuten en una amplia variedad de resultados evolutivos y adaptativos. Las madres sexualmente abusadas tenían mayor tendencia a abandonar el colegio secundario y a haber padecido problemas psiquiátricos, abuso de drogas, alcohol y violencia doméstica que las madres no abusadas. Sus hijos eran más propensos que los niños de las madres del grupo comparativo, a tener una madre adolescente, nacer prematuramente, y recibir servicios de protección al menor. (17% versus 1%). Los niños de madres sexualmente abusadas se desempeñaban peor cognitivamente y presentaban más perturbaciones en el apego (basado en la Situación Extraña de Ainsworth para infantes y en la Evaluación de Apego Pre-Escolar de Crittenden de 2 a 5 años) que los niños nacidos del grupo de madres comparativo (Kwako, 2007)

Los niños de madres que fueron abusadas sexualmente en su infancia están en riesgo de:

- 1) ser abusados o abandonados, ya sea por sus cuidadores o por otros individuos violentos o explotadores que se les permite acceder a ellos; y
- 2) diversas consecuencias nocivas de tener una madre que sufre de secuelas emocionales, psiquiátricas e interpersonales del abuso de su propia infancia.

Tratamiento de CSA

La resolución del trauma infantil debería extenderse (o volverse a tratar) a lo largo de las distintas etapas del desarrollo. En cada período se destacan distintos tópicos y necesitan atención. Por otra parte, cuando los niños maduran, son capaces de resoluciones más complejas y completas. Estos tópicos podrían incluir los apegos románticos y las primeras citas, la iniciación a las relaciones sexuales, el casamiento y tener su propio bebé. La ayuda profesional podría ser necesaria cuando los padres del niño necesitan seguir avanzando, pero el niño que está creciendo necesita revisarlo nuevamente, de diferente modo.

Las perturbaciones del apego, tanto aquellas que deterioran la capacidad de la víctima para constituir apegos adultos sanos como aquellas que se manifiestan en apegos inseguros con la descendencia, pueden contribuir significativamente a la continuidad intergeneracional del maltrato infantil y prolongar la adversidad.

No obstante, no toda víctima de abuso sufre gravemente como Wilma lo hizo, y no todo niño nacido de víctimas cargará con un legado adverso en adelante. Hay segundas oportunidades. Muchas víctimas muestran resiliencia, aprovechan de los tratamientos intensivos, buscan oportunidades para sanar, o constituyen apegos sanos con sus cónyuges e hijos. Existe la esperanza y podemos aprender acerca del restablecimiento de tales mujeres.

Jennie Noll es Profesor Asociado de Pediatría, en el Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio, USA.

Referencias

- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 185-195.
- Crittenden, P. M. (2008). *Raising Parents*. Collumpton, UK: Willan.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 186-192.
- Kwako, L. (2007). *Adjustment of offspring born to mothers sexually abused in childhood*. Doctoral Dissertation, The Catholic University of America, Washington DC.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 575-586.
- Noll, J. G., Trickett, P.K., & Putnam, F.W. (2008). The cumulative burden borne by offspring whose mothers were abused as children: Descriptive results from a multigenerational study. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(3).

“Siento como si estuviese en una terrible pesadilla de la que no puedo despertar”



Mary Brownescombe Heller

El Síndrome de Estrés Post Traumático (PTSD) tiene dos características opuestas:

1. Evitación física activa, o un “adormecimiento” emocional frente a cualquier situación, pensamiento o imagen que pueda actuar como recordatorio del evento traumático.
2. “Flashbacks” intrusivos del evento traumático, terror, hiper-vigilancia y sobresalto ante desencadenantes.

Estas características dan el típico ida y vuelta entre el estado de evitación (disociación) y el de re-experimentación (desborde).

En el PTSD crónico estas respuestas persisten por años. Hay estudios que sugieren que el PTSD depende de la naturaleza, severidad y amenaza percibida del trauma, con los factores personales como la clave para el desarrollo del PTSD crónico. Estos factores incluyen la falta de soporte social, experiencias adversas en la niñez, exposición previa al trauma y desórdenes mentales pre-existentes. (Horowitz, 1992; McFarlane, 1990). El trauma en el desarrollo temprano puede minar la habilidad neuro-psicológica y psicológica de moderar situaciones de una excitación muy alta y potencialmente traumáticas, lo que llevaría a un mayor riesgo de desarrollar PTSD en la vida adulta (Heller, 2001; Shin et al, 2005).

El estudio de investigación

Usando AAIs clasificados con el método DMM, hemos explorado la relación entre trauma en la niñez y PTSD crónico en un grupo de 22 adultos derivados a tratamiento (Heller, 2001). Estos adultos provienen de todos los grupos sociales y no presentaban trastornos antes del desarrollo del PTSD. La mayoría habían experimentado pérdidas sin resolver significativas y/o traumas en su niñez, pero esos eventos previos eran considerados como poco relevantes en su vida actual. Como comentó un participante: “Debo de haber desarrollado PTSD porque nunca me había pasado nada malo, entonces no supe cómo manejar algo como esto” A los cinco años, este participante experimentó la casi muerte de su padre en un terrible accidente minero. Su padre quedó severamente incapacitado y la familia quedó en la indigencia.

Las pérdidas en la niñez y los traumas de este grupo frecuentemente mantenían una asombrosa similitud con el evento en la adultez que precipitó el PTSD. Por ejemplo, un profesor de educación física reaccionó con PTSD luego que un alumno colapsara y falleciera durante su clase. El padre de este maestro desapareció poco después de su nacimiento, y a la edad de seis años, vio como su muy querido abuelo moría frente a él durante una salida a caminar.

Tales similitudes me llevaron a proponer que el trauma real era el previo, el que había permanecido activo, pero disociado. El trauma de la adultez amplificó los sentimientos no expresados del trauma previo. Estos individuos, aunque en un buen estado físico y mental en su adultez, retuvieron estados mentales precarios que se rompieron bajo el impacto de eventos amenazantes equivalentes.

Cuando los datos de AAI de estos 22 individuos se compararon con grupos de diagnóstico “normal” y de diagnóstico “mixto” de AAI (Crittenden & Heller – artículo sin publicar), los resultados sugirieron que las distorsiones pre-existentes de apego crean una predisposición para el desarrollo de PTSD en la adultez.

Emergieron tres grupos dentro del grupo PTSD:

- **Estragias de apego C+:** apenados y preocupados, con pensamientos de represalias o venganza.
- **Combinación A/C:** Estrategias mezcladas de descarte y de apego pasivo-agresivo.
- **Estrategias compulsivas A+:** con severas características depresivas.

Tratamiento

Debido a que estos grupos utilizan los pensamientos y sentimientos de forma diferente, una aproximación de “talle universal” para el tratamiento de PTSD difícilmente puede ser de ayuda, e incluso podría ser dañina.

“Greg” tenía 50 años y estaba en el grupo de A+. Ocho años antes, había estado cambiando cajas en el muelle cuando una grúa cargada de barras de acero se balanceó y lo golpeó. Él estaba convencido de que moriría aplastado. La carga de acero se detuvo a unos centímetros de donde yacía Greg. Luego, Greg tuvo pesadillas y “flashbacks” diarios. La medicación no lo había ayudado, así como tampoco el counselling y la CBT. Como pasaban los años sin que hubiese mejoras, Greg realizó varios intentos de suicidio. Cuando lo conocí, concurría a un centro de día con un profundo estado de abatimiento y desesperanza.

“Abría la puerta de la sala de estar... y es como si estuviese allí... todo pasando de nuevo. El acero tiene un sabor, sabes. Y puedo ver, saborear, oler, oír, sentir... esa carga de acero cuando viene hacia mí. Tu corazón se dispara y estás físicamente enfermo. Está allí... y no puedes escapar.”

Los cinco sentidos están presentes en esta imagen aterradora. Cuando se acerca el acero, su uso de “tú” distancia el terror; no es él sino “tú” el que no puede escapar. Este es un patrón típico del discurso de los “distinguidos A”. El AAI reveló una historia de pérdidas no resueltas. Greg idealizaba su niñez: “Siempre era el niño de ojos azules”. En realidad, parecía emocionalmente carenciado y lúgubre. Su único recuerdo era el de su padre siendo traído a casa luego de un accidente serio en el trabajo con las ropas manchadas de sangre.

A Greg se le ofreció un año de psicoterapia individual semanal, enfocada en una expresión segura de afectos negativos para posibilitarle el reconocer y expresar la vergüenza, culpa, ira y humillación que sintió respecto de lo que le había pasado. Gradualmente, fue capaz de establecer contacto con compañeros de trabajo a los que no había visto en ocho años. Cuando finalizó la terapia, ya libre de PTSD crónico, se le ofreció un trabajo de conserje en un bloque de departamentos. Esto era adecuado con su estrategia compulsiva de A y lo ubicó lejos de los muelles que para él significaban peligro.

Tratar el PTSD

- Escuchar con empatía las palabras y los sentimientos.
- Dejar que la persona relate su historia a su manera
- Permanecer calmado
- Dejar que los pacientes seleccionen las técnicas de gestión del comportamiento adecuadas para ellos.
- Ser puntual y consistente.

Tratar de evitar

- Desechar los pensamientos y sentimientos de los pacientes -aún cuando éstos parezcan bizarros.
- Imponer sus ideas sobre el paciente
- Precipitar al paciente para que “se mejore”

Mary Brownescombe Heller, D.Clin.Psych, se dedica a la práctica privada.

Referencias

- Horowitz, M.J. (1992). The Effects of Psychic Trauma on Mind: Structure and processing of meaning, In J. Barron, N. Eagle & D. Wolitski (Eds.) *Interface of Psychoanalysis and Psychiatry*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Heller, M.B. (2001). *The dynamic relationship between childhood experiences of loss and trauma and PTSD in adults*. Unpublished doctoral thesis. University of Teesside, Cleveland, England.
- McFarlane, A. (1990). Vulnerability to Post-traumatic Stress Disorder, in M. Wolff & A. Mosnaim (Eds.) *Post-Traumatic Stress Disorder*. New York & London: The Guilford Press.
- Shin, L.M., Rauch, S.L. & Pitman, R.K. (2005). Structural and Functional Anatomy of PTSD: Findings from neuroimaging research, In J.J. Vasterling & C.R. Brewin (Eds.) *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive and Clinical Perspectives*. New York & London: The Guilford Press.