

# El Costo de Cuidar

El Estrés Traumático Secundario y el Impacto del Trabajo con Niños de Alto Riesgo y Familias

Bruce D. Perry, MD, Ph.D.

Traducción de Silvina Rearte, LPC, LMFT, RPT

SERIE para el **PROFESIONAL**

[www.ChildTrauma.org](http://www.ChildTrauma.org)





## Introducción

Cada año, millones de niños están expuestos a algún tipo de evento traumático grave. Muchos de estos niños son víctimas de abuso o negligencia física, sexual o emocional. Muchos miles más han quedado traumatizados por los desastres naturales (por ejemplo, tornados, huracanes, inundaciones), accidentes automovilísticos, ahogos, violencia en la comunidad o de la violencia interpersonal que son testigos en sus propios hogares. El trauma que sufren estos niños no es benigno. Puede dar lugar a problemas emocionales y conductuales graves y crónicos que son muy difíciles de tratar. Y cada año, día tras día miles de maestros, trabajadores sociales, agentes de policía, jueces, pediatras y profesionales de la salud mental de los niños trabajan y tratan de ayudar a estos niños. Y cada año, los padres, los abuelos, los padres adoptivos se preocupan por estos niños.

Muchas veces los adultos están trabajando en situaciones difíciles, con pocos recursos. Los niños pueden presentar una serie de problemas que pueden confundir o abrumar a sus cuidadores y personas que trabajan con el niño. El dolor y la impotencia de estos niños pueden ser transmitidos a los que les rodean. Escuchar a los niños hablar sobre el trauma, tratando de trabajar en un sistema complicado, frustrante y a menudo "insensible", sintiéndose impotente cuando se trata de curar a estos niños - todo esto puede hacer que los adultos que trabajan con estos niños y niñas vulnerables desarrollen sus propios problemas emocionales o de comportamiento .

El propósito de este folleto es presentar una visión general acerca del trauma secundario. El objetivo sería una mejor comprensión de cómo servir mejor a los niños con los que trabajamos, asegurándose de que estamos en nuestro mejor momento. Cuanto mejor comprendamos cómo trabajar con niños traumatizados nos afecta tanto en lo personal y profesional, en mejores condiciones estaremos para trabajar en servicio de ellos. Con el fin de seguir siendo nosotros mismos emocionalmente saludables, es sumamente importante que entendamos cómo los elementos de trauma de los niños pueden ser absorbidos. Todos los profesionales que trabajan con niños traumatizados

pueden aprender enfoques y estrategias para protegerse de ser abrumado emocionalmente por este trabajo. Al final, la capacidad de ayudar a los niños traumatizados depende de nuestra capacidad de permanecer emocionalmente sanos y motivados en situaciones difíciles y a menudo muy frustrantes.



## Ejemplos de casos

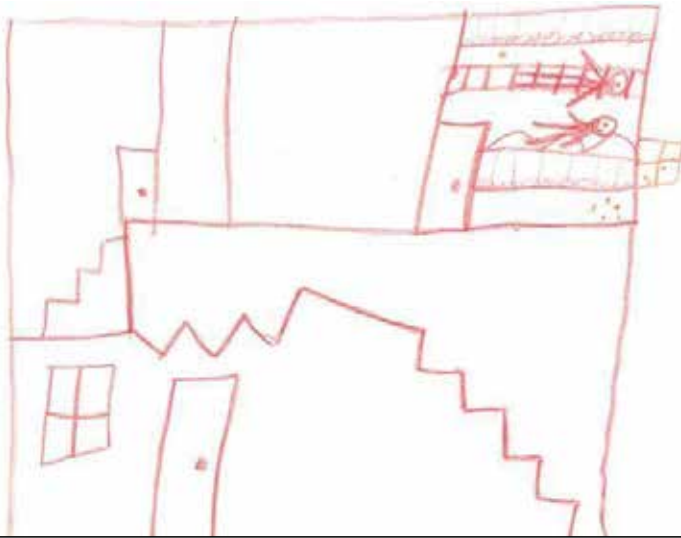
Hay cientos de diferentes maneras en que los profesionales y los cuidadores pueden ser afectados por un trauma en los niños. Los ejemplos que siguen ilustran los elementos claves que pueden ser comunes a muchas de las situaciones a que se enfrentan los profesionales que trabajan con niños traumatizados o maltratados:

### **Caso 1: Coacción en circunstancias inusuales: Trabajando con la Rama Niños Davidianos en Texas.**

Por muchas semanas, los trabajadores sociales y supervisores del Departamento de los Servicios de Protección Infantil (TDPRS) habían estado trabajando horas extras bajo una tremenda presión. La pequeña división regional había sido repentina y dramáticamente empujada en el ojo público en una de las cuestiones de más alto perfil de protección infantil de la última década - el asalto y asedio a los Davidianos. En los tres días siguientes a la incursión de ATF, 21 niños fueron librados al cuidado del estado. Las unidades del Servicio de Protección de Niños locales se movilizaron; el Estado envió asistencia de supervisión para todo el personal y eran asediados por la prensa, las agencias públicas y otros (por ejemplo, el FBI y los Rangers de Texas). El personal trabajó duro para encontrar refugio y servicios y para crear planes de disposición de estos 21 niños. Esta fase de crisis inmediata - las primeras semanas después de la redada - fue seguida por un período de cinco semanas de incertidumbre. El equipo de TDPRS y el equipo de tratamiento clínico asociado se prepararon para la liberación de los otros niños Davidianos (por lo menos 40 más) todavía en el lugar sin saber cuándo o cómo los niños restantes serían liberados. Las presiones de los medios de comunicación continuaron; las tareas adicionales para ayudar a los 21 niños liberados, evaluar, asistir a las

familias de estos niños y tratar de reubicarlos en un lugar sano, continuaron. El personal estaba descuidado, abrumado y sobreexpuesto.

A través de videos, entrevistas familiares y revisión de material de los casos, el equipo clínico llegó a conocer a los niños y algunas familia que permanecían en el recinto. La expectativa era que la situación se desactivaría y estos niños se convertirían en la responsabilidad de TDPRS y el equipo clínico también. Durante las seis semanas, el equipo clínico llegó a conocer a los 21 niños liberados muy bien. En el momento del asalto final y el fuego, el TDPRS y personal clínico se habían agotado emocionalmente. El horror del incendio dejó a muchos del equipo con sentimiento de impotencia y frustración. La pérdida sin sentido de la vida y la continua confusión acerca de las motivaciones de todos las partes añadian al estrés. Las tareas de decirle a los niños, enfrentar a la



**Re-actuación a través de los dibujos:** Varias semanas después de haber vivido un tiroteo en el que las balas habían pasado a solo centímetros de su cabeza mientras estaba en su habitación, una niña dibujó una imagen de su casa. Note los agujeros de las balas en la pared y la ventana (panel de cuadro cuadros afuera en el borde afuera de la casa).

prensa, la descompresión súbita de la tensión crónica, relacionada con la anticipación de los otros niños de ser liberados, todo añadía al estrés del personal. Muchos de los empleados estaban devastados. Las emociones iban desde una profunda tristeza a la ira, del alivio a la culpa. El personal estaba indiferente, insensible, agotado y se les dificultaba concentrarse en cualquier otro trabajo. El TDPRS y el equipo clínico estaban experimentando trauma secundario.

El impacto de la presión constante y circunstancias atípicas pueden ser devastadores. Estas situaciones ponen de manifiesto las "líneas de falla" en una estructura organizativa y magnificaban cualquiera de las cualidades de personalidad típica o problemas de supervisión que a menudo son una parte común de cualquier

organización. En estas situaciones, la respuesta inmediata tiende a unir a la gente; sin embargo, con malos resultados, o si la presión es continua, las alianzas temporales y acomodamientos se erosionan. Con el agotamiento, la tensión y la frustración, hay problemas individuales y sistémicos. Ejemplos de crisis y circunstancias inusuales incluyen los desastres naturales y de origen humano (por ejemplo, las inundaciones, los huracanes, los tiroteos en las escuelas, los accidentes de avión) que transitoriamente sacan a relucir lo mejor de la mayoría de la gente, pero que dejan una estela de destrucción y dolor para los sobrevivientes y la comunidad sobreviviente (por ejemplo, los tiroteos de Columbine High School, el atentado de Oklahoma City). En estas situaciones, a medida que pasa el tiempo, el dolor de la pérdida sin sentido puede ser fácilmente trasladado a otros o activar una culpabilidad obsesiva internamente. Los tipos de síntomas relacionados con el trauma pueden ser asombrosos. Un estudio de la comunidad de la ciudad de Oklahoma demostró que más del 50% de la comunidad tiene síntomas emocionales y conductuales residuales relacionados con el trauma de un año después del atentado.

En el caso del personal TDPRS trabajando con los niños Davidianos, acciones formales e informales dieron lugar al largo proceso de afrontamiento/sanación. Probablemente los métodos más eficaces eran individuales. Los trabajadores sociales y otros profesionales hablaban unos con otros de manera informal y se basaron en sus sistemas de apoyo personal y profesional existentes. Una serie de servicios comunitarios para los Davidianos fueron útiles para algunos. Había varios eventos de de-compresión educativos sobre el trauma secundario que se prestaron, pero en su mayor parte, el proceso de hablar con y apoyarse mutuamente fueron los principales procesos de curación. Así que muchos de los participantes tendrán fuertes sentimientos emocionales al hablar o pensar en los niños Davidianos, el asalto, asedio y el fuego en los años venideros. Los miembros individuales de los informes del equipo de tratamiento reportaron ideaciones episódicas intrusivas, permeando la ira o la tristeza al recordar este trágico suceso y evasión activa de los recordatorios de todo el evento, para no volver a experimentar estos sentimientos y recuerdos dolorosos. Es evidente que el "costo del cuidado" para estos sanadores era alto.

## **Caso 2: Evento Traumático Agudo (Muerte de un niño)**

Durante muchos años The Child Trauma Academy ha trabajado con agencias de protección infantil para ayudar a sus trabajadores sociales y personal a hacer frente a eventos traumáticos como la muerte de un niño bajo su cuidado. Utilizamos un Equipo de Respuesta a Incidentes Críticos para llevar a cabo reuniones de información acerca del estrés tan pronto como sea posible después de cada incidente. Estas sesiones informativas son una modificación del enfoque tradicional Debriefing del Estrés Postraumático desarrollado por Mitchell y compañeros de trabajo. Con los años, The Child Trauma Academy ha modificado este enfoque para satisfacer mejor las necesidades específicas de los profesionales implicados y el incidente. Una respuesta típica se describe a continuación.

The Child Trauma Academy recibió una llamada de un supervisor de Servicios de Protección Infantil que indicaba que un niño de dieciocho meses de edad, bajo la custodia protectora del departamento había muerto repentinamente. El niño estaba siendo atendido por los padres adoptivos, había muerto en medio de la noche, al parecer como resultado de una condición médica conocida previamente. El supervisor informó que varios trabajadores sociales y los padres adoptivos estaban realmente luchando por la pérdida de este niño. Estaba programado un interrogatorio para la mañana siguiente. Personal de CTA voló a una comunidad rural de Texas para reunirse con los trabajadores sociales y el supervisor.

Al comienzo de la interrogación de dos horas, a la que asistieron unas ocho personas, el personal de CTA habló sobre el propósito del interrogatorio e hizo hincapié en la importancia de mantener la confidencialidad sobre lo que se habló en la sesión. El proceso del interrogatorio fue descrito como una oportunidad para hablar sobre sus pensamientos y sentimientos relacionados con la muerte y también la oportunidad de ofrecer su apoyo el uno al otro.

Cada uno de los participantes comenzaron por hablar acerca de la forma en que estaban involucrados en el caso. Poco a poco, la historia de la participación del niño en el sistema de servicios sociales comenzó a desarrollarse. A medida que el interrogatorio avanzaba, los participantes tuvieron la oportunidad de compartir con los demás cómo este niño "único"

"especial" había sido para ellos. La madre adoptiva necesitaba hablar de cuán "culpable" se sentía por no mantener una vigilia alrededor del reloj con este niño. El padre adoptivo dijo que él sabía que no se suponía que él viera este hijo como suyo, pero se encontró con que le era imposible. También habló de lo doloroso que fue el que se les había prohibido asistir al funeral por los padres biológicos. Quería desesperadamente para colocar un símbolo en la tumba de este niño -. "Para mostrar lo que él había significado para las personas con las que había estado " Los trabajadores sociales hablaron de lo especial que este niño era. Mientras hablaban, todo el mundo lloraba. Lo que hizo este interrogatorio especialmente exitoso fue que no sólo las personas tuvieron la oportunidad de hablar acerca de lo que estaban pensando y sintiendo, sino también porque tenían la oportunidad de ser solidarias entre sí.

Al concluir el interrogatorio, todos los participantes se fueron diciendo que se sentían mejor, por haber tenido la oportunidad de hablar y expresar su apoyo y por obtener el apoyo de sus compañeros.

Como parte del Programa de Respuesta a Incidentes Críticos, se administró una evaluación post-interrogatorio. El objetivo de esta encuesta es ver si los servicios prestados actualmente se perciben como un beneficio para el trabajador. Las respuestas de más de 800 trabajadores sociales que participan en más de 30 reuniones de información de incidentes críticos independientes de más de cinco años muestran que más del 85% de los participantes encontró la oportunidad de debriefing (de-compresión) muy útil. Datos más objetivos se están recogiendo para ver si estas intervenciones mejoran realmente las medidas de motivación y la eficacia de los trabajadores. Impresiones preliminares, sin embargo, sugieren que esta intervención relativamente sencilla, sensible después de un incidente traumático puede ser muy útil, si no necesaria, como componente de la estructura del programa de un sistema de protección de menores.

### **Caso 3: Estrés crónico moderado y un incidente "disparador": El trabajo clínico con niños maltratados y traumatizados:**

El equipo interdisciplinario de la Child Trauma Academy trabaja día a día con niños en alto riesgo: niños que viven en hogares adoptivos después de haber sido abandonados o maltratados por sus familias biológicas; niños testigos de la violencia, los niños que sufren accidentes de tráfico, tratamientos

de cáncer, incendios y tornados. Para muchos de estos niños y sus familias no hay recursos o servicios disponibles para actuar sobre las recomendaciones del equipo clínico. Los servicios de salud mental para estos niños son escasos y, con demasiada frecuencia, de baja calidad. El enriquecimiento u oportunidades de educación especial para los niños de alto riesgo son difíciles de organizar. La supervisión adulto- niño óptima en hogares de crianza son casi inexistentes (en Texas hasta 10 niños pueden estar en una casa adoptiva). Los niños muy pequeños con retrasos en el desarrollo que requieren profunda supervisión uno-a-uno de cuidado serán colocados en hogares adoptivos "terapéuticos" en los que hay otros cinco niños menores de cinco años - con un solo cuidador adulto durante el día. Esto puede conducir a un sentimiento de frustración y futilidad. En otros casos, los niños en cuidado de crianza se pueden mover de establecimiento contra nuestras mejores recomendaciones. Las decisiones relativas a la salud y el bienestar de estos niños está a menudo fuera de las manos del equipo clínico. Y cuando las horas de trabajo clínico parecen ser ignoradas por un juez, trabajador social o supervisor, la sensación de desesperanza puede corroer la eficacia y la motivación.

En contra de estos ambientes, un trabajador de protección infantil nos refirió a Brenda, una niña de cuatro años de edad, a nuestra clínica. Esta joven era la tercera de una hermandad de cinco. Los otros hermanos estaban en otras ubicaciones. Luego de grave negligencia emocional y física, Brenda tenía cronológicamente cuatro años en el momento de la retirada, pero funcionaba como una niña de dos años - no socializada y estaba retrasada en el desarrollo. Ella fue colocada en la casa de una familia adoptiva experimentada y cariñosa que, en ese momento, no tenía otros hijos en su casa, aparte de sus dos hijos biológicos adolescentes. Dentro de los primeros nueve meses, con mucha atención, la consistencia, la crianza y la previsibilidad, Brenda floreció. Ella superó muchos de sus retrasos en el desarrollo y se acercó a un funcionamiento motor y conductual adecuado a su edad. La familia adoptiva estaba considerando seriamente la adopción definitiva de ella. Las cosas se veían muy bien para Brenda y el equipo clínico sintió la necesidad de verla sólo una vez al mes - para rastrear su progreso.

Y luego, en algún lugar, alguien tomó la decisión de que la familia no debería haber sido dividida. El trabajador social podía empujar a Brenda a una nueva ubicación con todos los otros hermanos o preguntar a la familia adoptiva si quería tomar a los hermanos. Los hermanos se mudaron con la familia



adoptiva. El equipo clínico no sabía nada de este movimiento hasta que un mes más tarde en la próxima visita cuando la familia adoptiva informó una meseta en su progreso, algunas rabietas y nuevos problemas de conducta. El próximo mes, Brenda tuvo una regresión. Ella tenía mucho menos atención en esta nueva situación. Sus hermanos, mayores y jóvenes, exigieron la atención de la familia adoptiva. La dilución en la atención y el aumento en el caos en el hogar adoptivo sólo exacerbaron la ya considerable situación-.

El equipo trató de que la familia adoptiva o el trabajador social o el supervisor comprendiera la condición de Brenda. De hecho la capacidad de cualquiera de estos cinco hijos para mejorar - dependía de la cantidad de atención consistente, predecible y enriquecedora que recibieron. Pero ninguno de los esfuerzos del equipo podría cambiar la dura realidad de la situación. El sistema dice que los hermanos deben permanecer juntos. En última instancia, la situación se deterioró hasta el punto de que la familia adoptiva le preguntó al asistente social tomar todos estos niños. Y, por cuarta vez en un año, estos niños fueron trasladados a otra ubicación. Estaban juntos, pero como un grupo que era demasiado para cualquier familia adoptiva. Cada uno de estos niños necesitan más atención, más consistencia, más predictibilidad y un ambiente más enriquecedor del que, posiblemente, podría proporcionar un solo padre adoptivo abrumado. Con el traslado, Brenda "se perdió durante el seguimiento." El progreso tentador que había hecho y el potencial recapturado demostrado sólo hizo que la situación se sintiera peor para el equipo clínico. La frustración, la ira y un sentimiento de desesperanza sobre el sistema impregnaron las discusiones acerca de esta chica - la niña símbolo de un sistema de protección de cuidado de crianza del niño enfermo.

## TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO.

### **A. MEMORIAS INTRUSIVAS Y CONSTANTES DEL TRAUMA:**

Pensamientos intrusivos, sueños, flashbacks, eventos 'disociativos', estrés fisiológico intenso cuando se es expuesto a un estímulo asociado al trauma.

**B. EVASION DE LOS ESTIMULOS ASOCIADOS CON EL TRAUMA - 'INSENSIBILIDAD':** Sensación de desapego, restricción de la gama del afecto, dysphoria, pérdida de habilidades del desarrollo recientemente adquiridas, sentido de un futuro acortado.

**HYPERACTIVACION PSICOLOGICA CONSTANTE:** Problemas de sueño, hipervigilancia, dificultades de concentración, asustadizos, impulsividad, irritabilidad, hiperactividad psicológica.

© 1999 Bruce D. Perry. Todos los derechos reservados.

Desafortunadamente, la triste realidad para muchos niños maltratados y traumatizados es que no hay buenas opciones. Las decisiones clínicas, académicas y de disposición son típicamente opciones entre un mal y una situación peor. Cualquier trabajador de la salud mental que trabajan con estos niños y en estos sistemas se enfrentan a muchas situaciones como las arriba mencionadas. Es imperativo que se mantenga la eficacia y la motivación del médico. Esto puede ser un desafío.



### Trastornos de Estrés Post-Traumático y Trauma Secundario

En los primeros días y semanas posteriores al evento traumático, los síntomas mencionados anteriormente, 1) los fenómenos re-experimentación, 2) Intentos de evasión de los recordatorios del evento original y 3) Hiperreactividad fisiológica son todos relativamente predecibles, y de hecho, respuestas mentales al trauma fisiológicas altamente adaptativas. Desgraciadamente, mientras más prolongado el trauma y más pronunciados los

síntomas durante el período postraumático inmediato, más probabilidades habrá a largo plazo de cambios crónicos y potencialmente permanentes en el funcionamiento emocional, conductual, cognitivo y fisiológico del niño. Es esta persistencia anormal de las respuestas originalmente adaptativas que dan lugar a trastornos neuropsiquiátricos relacionados con el trauma, tales como el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Los síntomas desarrollados por personas que sufren de trastorno de estrés postraumático o trauma secundario son casi idénticos. La única diferencia es que con Trauma Secundario, el evento traumático experimentado por una persona se convierte en un acontecimiento traumático para la segunda persona.



## Estrés Traumático Secundario, Burnout (Agotamiento) y Trauma Vicario

Estrés traumático secundario es un riesgo en que incurrimos cuando nos involucramos empáticamente con un adulto o un niño que ha sido traumatizado. Según Charles Figley (1995), el estrés traumático secundario es "las conductas consecuentes naturales como consecuencia de los conocimientos acerca de un evento traumático experimentado por un otro significativo. Es el estrés resultante de querer ayudar a una persona traumatizada o sufriendo. "Hasta hace poco, cuando hablamos de personas que están siendo traumatizadas estábamos hablando de esas personas que estuvieron expuestas directamente al trauma. Sólo ha sido recientemente que los investigadores y profesionales han reconocido que las personas que trabajan con o ayudan a las personas traumatizadas están indirecta o secundariamente en riesgo de desarrollar los mismos síntomas que las personas directamente afectadas por el trauma. Los médicos y los padres que escuchan a sus clientes o niños describir el trauma se encuentran en riesgo de absorber una parte del trauma.

Estrés traumático secundario a veces se confunde con el burnout. No debería ser. Según Pine, Aronson y Kafry (1981) burnout es "un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por la participación a largo plazo en situaciones emocionalmente exigentes." A diferencia del estrés traumático secundario, el burnout puede ser descrito como el agotamiento emocional, despersonalización y una reducida sensación de logro personal. El

agotamiento es una enfermedad que comienza de forma gradual y empeora progresivamente. Trauma Secundario, por el contrario, puede ocurrir después de la exposición a un solo evento traumático. Cuando hay alguna interacción entre el profesional (o cuidador) de adultos y el niño traumatizado, el trauma secundario puede ocurrir.

Estrés traumático secundario también puede ser utilizado de forma intercambiable con el término traumatización "vicaria". Esto puede ser algo confuso. En nuestro trabajo, utilizamos el término trauma vicario para referirnos al impacto traumático en aquellos que sienten la intensidad del evento traumático a través de otra persona. Los hijos de los veteranos de Vietnam, por ejemplo, se ha visto que exhiben síntomas emocionales, conductuales y fisiológicos similares a sus padres con trastorno de estrés postraumático (TEPT). Los padres de los niños que sufren de condiciones médicas crónicas dolorosas pueden ser vicariamente traumatizados. Se experimentaron síntomas traumáticos indirectos significativos a lo largo de los Estados Unidos tras los terribles acontecimientos del 11 de septiembre. El poder y la intensidad del evento real puede ser lo suficientemente potente como para impactar a otros a pesar de que no eran ellos mismos los que vivieron o fueron amenazados por la experiencia real.



### Trauma secundario ¿Quién está en riesgo?

En general, las personas en situación de riesgo de desarrollar traumas secundarios son aquellos que tienen la responsabilidad de brindar atención a una persona que ha tenido algún tipo de crisis. Históricamente, las personas con mayor riesgo son aquellas en las profesiones de servicios de emergencia: policías, bomberos, técnicos médicos de emergencia, policías, bomberos, trabajadores de crisis como enfermeros, y el clero. En los últimos años esa lista se ha ampliado para incluir una amplia gama de profesionales que trabajan con niños y familias en crisis. Se incluyen en esta lista los pediatras, psicólogos, psiquiatras, abogados de la familia, adultos profesionales de la salud mental, los trabajadores de servicios de protección infantil, guardias de prisiones, agentes de libertad condicional de menores, padres adoptivos, y maestros.

Hay varios motivos por los cuales los profesionales que trabajan con los niños maltratados o traumatizados están en un mayor riesgo de desarrollar trauma secundario.

1) **La empatía** es una herramienta valiosa utilizada por los trabajadores de salud mental, educadores, cuidadores y otros profesionales que trabajan con niños traumatizados. Los niños mejoran en la terapia no porque hablan con ellos, sino porque están emocionalmente ahí para ellos. Sin embargo, para generar empatía con el niño o "sentir su dolor", el profesional es vulnerable a internalizar parte del dolor relacionado con el trauma del niño en recuperación.

2) **Tiempo insuficiente de recuperación:** Los profesionales que trabajan con los niños y las familias a menudo tienen que escuchar a los niños describir algunas situaciones terribles que han experimentado. Estos mismos profesionales son traumatizados secundariamente por tener que escuchar las mismas o similares historias una y otra vez sin suficiente tiempo de recuperación personal.

3) **Traumas personales sin resolver:** Muchos profesionales han tenido alguna pérdida personal o incluso la experiencia traumática en su vida (por ejemplo, pérdida de un miembro de la familia, la muerte de un amigo cercano). Hasta cierto punto, el dolor de la experiencia puede ser "re-activada." Por lo tanto, cuando los profesionales trabajan con un individuo que ha sufrido un trauma similar la experiencia suele provocar recuerdos dolorosos de su propio trauma.

4) **Los niños son los miembros más vulnerables de nuestra sociedad:** Los niños pequeños son totalmente dependientes de los adultos para sus necesidades físicas y emocionales. Cuando los adultos maltratan a estas personas vulnerables evocan una fuerte reacción en cualquier persona con un sentido de decencia y moralidad. A veces, la naturaleza sin sentido y casi cruel de algunos de los traumas infligidos a los niños sacude el sentido propio de humanidad.

5) **El aislamiento y la fragmentación de sistema:** Nuevas investigaciones y la sabiduría clínica apuntan a la importancia del papel de la cohesión del grupo en la regulación de las reacciones de estrés individuales. Cuando los individuos se sienten valorados y están en presencia de otras personas que respetan y cuidan de ellos, son más capaces de tolerar factores estresantes extremos. Es evidente que esto significa que las prácticas actuales en la protección del niño, la salud mental, la libertad condicional y la educación - específicamente, de prestación de servicios individuales en lugar de una

práctica orientada al equipo dentro de un sistema fragmentado con alto volumen de negocios - son un conjunto que genera mayor estrés para las personas que trabajan en ese sistema.

6) **Falta de recursos sistémicos:** La falta de inversión económica y de personal en los servicios de primera línea para los niños de alto riesgo agravan cada uno de los problemas enumerados anteriormente. En nuestro clima actual socio-político, ningún sistema público es capaz de tratar adecuadamente las cuestiones relacionadas con el desarrollo del trauma secundario en el personal trabajando directamente con estos niños. La tarea de hacer frente a estos problemas, entonces, recae en el líder de nivel medio, supervisores, directores de programa y otros que están trabajando para crear una obra con un clima positivo para sus compañeros de trabajo.



### Trauma Secundario: La necesidad de liderazgo

El supervisor en cualquier sistema está en una posición central para ayudar a compañeros de trabajo en la prevención del desarrollo de trauma secundario. Para ser eficaz en su papel como líder de la unidad, los supervisores deben tener la capacidad de manejar bien el estrés en sí mismos, mientras que proporcionan el estímulo y apoyo emocional a sus trabajadores. Los supervisores deben ser conscientes del grado en que sus trabajadores han sido separados de su significado original y el propósito de su trabajo. Cuando las exigencias del trabajo superan la resistencia de los trabajadores y su capacidad para hacer frente a ellos tienen un mayor riesgo de desarrollar trauma secundario.

Es imprescindible que el supervisor, representante de la agencia, responda a las habilidades únicas, las necesidades, las tensiones y los valores de los profesionales trabajando para ellos. Él / ella debe dar un buen ejemplo al modelar la buena comunicación, el apoyo y la retroalimentación y asegurar variedad en la carga de trabajo y la autonomía en el trabajo. Más específicamente, deben ayudar a los trabajadores en el establecimiento con los límites entre ellos y sus clientes, proporcionando la oportunidad de "hablar" sobre la forma en que se han visto afectados por el trauma que encuentran en su vida laboral, y ayudarlos a reconocer la necesidad de encontrar equilibrio en su trabajo y vida personal.

**“Es una de las recompensas más hermosas de la vida que ningún hombre puede sinceramente tratar de ayudar a otro sin primero ayudarse a sí mismo”.**

Ralph Waldo Emerson

En el caso de que un trabajador se sienta angustiado o emocionalmente abrumado por su participación en una serie particularmente difícil o de casos difíciles se debería ayudar y alentar al trabajador a buscar ayuda fuera de la agencia. El supervisor debe saber que es muy normal que un trabajador se exponga a algunos de los problemas a corto plazo (por ejemplo, dormir, comer, la falta de entusiasmo) tras su participación en un caso difícil. Sin embargo, si esta condición persiste durante más de un mes, es imperativo que el trabajador reciba ayuda externa adicional de un psicoterapeuta o profesional con formación y experiencia en esta área.



### Trauma secundario: Indicadores individuales de estrés.

Hay "indicadores individuales de angustia" que nos pueden decir a todos que estamos en un riesgo mayor de desarrollar trauma secundario. Ejemplos de emociones perturbadoras que podrían sentirse como la ira, la tristeza, la depresión o la ansiedad. La lista de estas reacciones emocionales es casi interminable. Otros indicadores de la señal de estrés podrían incluir síntomas físicos (por ejemplo, dolores de cabeza, dolores de estómago, y letargo), pesadillas, evitación de ciertos clientes y hábitos de trabajo deficientes (por ejemplo, tardanzas o citas perdidas).

<b>Indicadores Individuales de Estrés</b>	
<u><b>Indicadores Emocionales</b></u> Ira Tristeza prolongada Ansiedad Depresión	<u><b>Indicadores Físicos</b></u> Los dolores de cabeza dolores de estómago Letargo Estreñimiento
<u><b>Indicadores Personales</b></u> Autoaislamiento Cinismo Cambios de humor Irritabilidad con el cónyuge / la familia	<u><b>Indicadores en el Trabajo</b></u> Restricción de ciertos clientes Citas perdidas Tardanza Falta demotivación



## Estrategias de auto-cuidado para la lucha contra el Trauma Secundario

La comprensión de sus propias necesidades y responder adecuadamente es de suma importancia en la lucha contra el estrés traumático secundario. También es de vital importancia equilibrar el trabajo y el juego. El trabajo con los niños y las familias que han sido traumatizadas es inmensamente gratificante en muchos aspectos. Sin embargo, también es a menudo frustrante, desalentador y doloroso escuchar a los niños describir la forma en que se han visto perjudicados. Para evitar sentirse abrumado por sentimientos de frustración y tristeza, es importante llevar a cabo actividades profesionales que se consideran divertidas. También es importante pasar tiempo con los niños emocionalmente sanos que pueden traer alegría, esperanza y sentido a nuestras vidas. Profesionales de la salud mental de los niños tienen que reservar un tiempo para descansar, emocional y físicamente, sus mentes y sus corazones.



Además, tienen que conectarse con sus comunidades de maneras distintas a través de su trabajo. Por ejemplo, tienen que ayudar a sus vecinos, unirse a un club de jardinería o simplemente sentarse en el porche y disfrutar de las vistas y sonidos de un día cálido y soleado.

No hay mejor manera de combatir el estrés traumático secundario que cuidar bien de su salud física y bienestar. Más específicamente, los profesionales necesitan comer sano y con regularidad, y el ejercicio. Ejemplos de actividades físicas que son divertidas incluyen bailar, nadar, caminar, correr y practicar deportes. El auto-cuidado psicológico también es muy importante. Para cuidar bien de sí mismo psicológicamente, usted debe tomar el tiempo para auto-reflexionar, escribir en un diario, leer libros no relacionados con su trabajo y la búsqueda de nuevas actividades tales como ir a un museo de arte, asistir a un evento deportivo o ver una actuación en un teatro. Los ejemplos de auto-cuidado emocional incluyen: pasar tiempo con amigos y familiares; la búsqueda de las personas importantes en su vida; alagándose a si mismo; dejándose llorar; y encontrar cosas para reírse. El cuidado de sí mismo en su lugar de trabajo también es muy importante. Ejemplos de cuidado de sí mismo en su lugar de trabajo incluyen: tomar un descanso durante la jornada laboral; haciendo tiempo tranquilo para hacer las tareas; establecer límites con sus clientes y colegas y diversificar las tareas en su carga de trabajo.(Saakvitne y Pearlman, 1996).

<b>Autocuidado</b> <b>Estrategias de lucha contra el Trauma Secundario</b>			
<i>Físico</i>	<i>Psicológico</i>	<i>Emocional</i>	<i>En el trabajo</i>
Dormir bien Comer bien Bailar Caminar Trotar	Auto-reflexión Lectura placentera Diga "no"! Sonreír Introspección	Ver a los amigos Llorar Reírse Elogiarse Humor	Tomar descansos Establecer límites El apoyo entre iguales Sea supervisado Use vacaciones



## Referencias clave

Figley, CR (Ed.) (1995). La 'Fatiga de compasión': Cómo enfrentar el estrés traumático secundario en los que tratan a los niños traumatizados. Nueva York: Brunner / Mazel  
Este libro consta de once capítulos cada uno escrito por diferentes especialistas en la materia. El propósito de este libro muy legible e informativo es poner en claro la vulnerabilidad psicológica de los trabajadores de crisis expuestos diariamente a las víctimas de trauma y de los esfuerzos que se pueden hacer para combatir la fatiga de compasión.

Stamm, BH (1995). Estrés traumático secundario: temas de autocuidado para los médicos, investigadores y educadores. Maryland: Sidran Press

Este volumen de referencia en el campo del estrés traumático secundario incluye artículos de quince profesionales de gran prestigio en el campo. Este libro ampliará y profundizará su comprensión del estrés traumático secundario. Será muy útil para entrenadores y médicos por igual.

Stamm, BH (1997) el estrés traumático secundario relacionado con el trabajo. TEPT Research Quarterly 05:02 1-6

Este es un excelente resumen y examen de la situación de este campo emergente.  
Pines, A., Aronson, E., y Kafry, D. (1981) Burnout: Del tedio al crecimiento personal. Nueva York: Free Press

Estos tres autores han publicado extensamente sobre el tema del burnout y son reconocidos como expertos en su campo.

Saakvitne, K., y Pealman, L. (1996) Transformar el dolor: Un libro sobre traumatización vicaria. New York: WW Norton.

Estos dos autores y sus colegas en el Instituto de Estres Traumático / Centro de Psicoterapia para adultos y adolescentes han elaborado un libro breve, pero inspirador sobre el trauma secundario. Incluye información acerca de porqué estamos en riesgo de desarrollar trauma secundario y técnicas que podemos emplear para protegernos.

Estos recursos se actualizarán y publicarán en una sección especial del sitio web ChildTrauma Academy [www.ChildTrauma.org](http://www.ChildTrauma.org) Visite este sitio para obtener actualizaciones y para otros materiales acerca de acontecimientos traumáticos y los niños periódicamente.



## Acerca del Autor

Dr. Perry is the Senior Fellow of The ChildTrauma Academy, a not-for-profit organization based in Houston, TX ([www.ChildTrauma.org](http://www.ChildTrauma.org)), and adjunct Professor in the Department of Psychiatry and Behavioral Sciences at the Feinberg School of Medicine at Northwestern University in Chicago. He serves as the inaugural Senior Fellow of the Berry Street Childhood Institute, an Australian based center of excellence focusing on the translation of theory into practice to improve the lives of children..

Dr. Perry es el Senior Fellow de la ChildTrauma Adademy, una organización sin fines de lucro con sede en Houston, TX ([www.ChildTrauma.org](http://www.ChildTrauma.org)), y profesor adjunto en el Departamento de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento en la Escuela de Medicina Feinberg de la Universidad Northwestern en Chicago. Él sirve como el inaugural Senior Fellow del Instituto de Infancia Berry Street, un centro con sede en Australia de excelencia centrado en la traducción de la teoría a la práctica para mejorar las vidas de los niños.

Dr. Perry es el autor, junto con Maia Szalavitz, de El niño que fue criado como perro, un libro éxito de ventas sobre la base de su trabajo con los niños maltratados y Born For Love: ¿Por qué la empatía es esencial y en peligro de extinción? Sus libros multimedia más recientes, BREVES: Reflexiones sobre la niñez, Trauma, y Sociedad y RESILIENCIA: Seis fortalezas esenciales para el desarrollo saludable fueron publicados en 2013, durante los últimos treinta años, el Dr. Perry ha sido un profesor activo, médico e investigador de los niños, su salud mental y las neurociencias, ocupando una variedad de cargos académicos.

Dr. Perry ha llevado a cabo tanto investigaciones en la neurociencia básica y la investigación clínica. Su experiencia como clínico e investigador con niños traumatizados ha llevado a muchos de la comunidad y las agencias gubernamentales a consultar al Dr. Perry tras incidentes de alto perfil que involucran a niños traumatizados, como el asedio de los davidianos en Waco, el atentado de Oklahoma City, los tiroteos en las escuelas de Columbine, los ataques terroristas del 11 de septiembre, el huracán Katrina, el secta polígama FLDS y, más recientemente, el terremoto en Haití, el tsunami de Tohoku de Japón, y el tiroteo en la escuela primaria de Sandy Hook.

Dr. Perry es el autor de más de 500 artículos de revistas, capítulos de libros y actas científicas y ha recibido numerosos premios y distinciones profesionales. Ha presentado sobre el maltrato infantil, la salud mental de los niños, el desarrollo neurológico y la violencia juvenil en una variedad de lugares, incluyendo órganos normativos, como la Cumbre de la Casa Blanca sobre la violencia, la Asamblea de California y el Comité EE.UU. Casa de la Educación. Dr. Perry ha aparecido en una amplia

gama de medios, incluyendo la National Public Radio, The Today Show, Good Morning America, Nightline, CNN, MSNBC, NBC, ABC y CBS News y el Oprah Winfrey Show. Su trabajo ha aparecido en documentales producidos por Dateline NBC, 20/20, la BBC, Nightline, CBC, PBS, así como docenas de documentales internacionales. Muchos medios de comunicación impresos han destacado las actividades clínicas y de investigación del Dr. Perry incluyendo una serie ganadora del premio Pulitzer, en el Chicago Tribune, EE.UU. News and World Report, Time, Newsweek, Forbes ASAP, Washington Post, el New York Times y la revista Rolling Stone.



## Acerca de: The ChildTrauma Academy

La Child Trauma Academy (CTA) es una organización sin fines de lucro con sede en Houston, Texas que trabaja para mejorar las vidas de los niños de alto riesgo a través de servicios directos, la investigación y la educación. Una de las principales actividades de la CTA es traducir los hallazgos emergentes sobre el cerebro humano y el desarrollo del niño en implicaciones prácticas para las formas en que criamos, protegemos, enriquecemos, educamos y curamos a los niños. La obra "traducción de la neurociencia" de la CTA ha llevado a la creación de una serie de programas innovadores en terapia, protección de los niños y de los sistemas educativos.

La misión de Child Trauma Academy es ayudar a mejorar las vidas de los niños traumatizados y maltratados - mediante la mejora de los sistemas que educan, alimentan, protegen y enriquecen estos niños. Centramos nuestros esfuerzos en la educación, la prestación de servicios, consulta de programas, la investigación y las innovaciones en la evaluación / tratamiento clínico. Por favor visite nuestro sitio web ([www.ChildTrauma.org](http://www.ChildTrauma.org)) para aprender más sobre nuestro trabajo, nuestros vídeos educativos, materiales de capacitación y otros productos.

### Para mas informacion:

The ChildTrauma Academy  
5161 San Felipe, Suite 320  
Houston, TX 77056

Jana Rosenfelt, M.Ed.  
Executive Director  
[JRosenfelt@ChildTrauma.org](mailto:JRosenfelt@ChildTrauma.org)

Twitter:  
@ChildTraumAcad  
@BDPerry

### Sitio Web:

[www.ChildTrauma.org](http://www.ChildTrauma.org)

### Online Store:

[www.CTAProducts.org](http://www.CTAProducts.org)

### Facebook:

The ChildTrauma Academy

### YouTube Channel:

The ChildTrauma Academy