

La terapia del trauma con los refugiados adolescentes

UNA CONVERSACIÓN CON PETER KLENTZAN *

Durante los últimos 6 años antes de su retiro Ud. era el director de TraumaHilfe-Zentrum en Ruhpolding/ Alemania para la fundación Wings and Hope, una institución que se ocupa de los menores refugiados solos en una vivencia de comunidad trauma terapéutica intensiva. ¿Cómo se conectó por primera vez con este tema?

Klontzan: Sin conexión con mi trabajo como diácono en 1992 comencé a ayudar a refugiados en la zona de guerra de la ex Yugoslavia- en las zonas llamadas de protección que fueron instaladas por las Naciones Unidas. Esa fue la primera vez que estuve en contacto con gente que había tenido experiencias de guerra, especialmente con niños y adolescentes. Al comenzar en 1997, en un seminario introductorio observé más de cerca la psicotraumatología. En cierto punto mi trabajo como terapeuta del trauma, de enseñanza y de la supervisión, se convirtió en la vocación de mi vida.

¿Qué temas afectaban a los niños y adolescentes al volver entonces a Sarajevo?

Klontzan: La primera preocupación fue organizar cómo iban a seguir vivos esos niños y adolescentes. Eran expertos en supervivencia y habían aprendido a arreglárselas con muy poco y lograr lo mejor con casi nada. Pero, por supuesto, también eran expertos en disociación y represión; emocionalmente a menudo estaban desconectados como mecanismo de supervivencia para manejar la muerte que los rodeaba. Los niños tienen increíbles habilidades cuando se trata de supervivencia porque pueden lograr algo con cualquier cosa. Incluso llegan a

ideas sobre cómo jugar en el pozo de la escalera de un edificio, habitualmente esos lugares eran los más seguros durante los ataques con granadas.

¿Cómo es el trabajo en el Trauma-Hilfe Zentrum?

Klontzan: La mayor parte de mi trabajo era ayudar a la gente a estabilizarse. En Wings of Hope, nuestra ayuda se supone que permite a la gente a ayudarse a sí misma, a reorganizarse y a tomar el control de sus vidas nuevamente. No importa dónde estamos, si en Alemania o en el exterior, tratamos de activar a los afectados- los trabajadores sociales, maestros, psicólogos, profesiones que ya están activas en estas áreas. Veo a nuestra tarea primaria como la que permite a los ayudantes a ayudarse a sí mismos y por lo tanto a los otros porque esa es la forma que encontré como más efectiva en el curso de los últimos 30 años (III.1). Por supuesto yo podría volverme un pequeño héroe y hacer el bien en todo el mundo, pero lo que obtendría sería mínimo porque soy solo una persona. Pero cuando logre gente que me ayude, especialmente locales que puedan trabajar con la gente en sus propio idioma, entonces podré hacer más que lo que lograría siendo un solo ayudante.

¿Cuáles son los mayores desafíos para la gente que trabaja con refugiados traumatizados?

Klontzan: Tratamos de categorizar los síntomas en 4 grupos porque es más fácil reconocer las cosas cuando tenemos una estructura interna (III.2). El grupo de síntomas intrusivos es uno en que los afectados se confrontan repetidamente con el hecho traumático: con imágenes

retrospectivas o pesadillas, es decir, intentos frustrados del cerebro para trabajar a través de estos hechos durante la noche. El segundo grupo es el de los llamados síntomas constrictivos. La gente afectada tiene conductas temerosas de invalidación y tratan de evitar cualquier cosa que pueda contactarlos con lo que los traumatizó. Esta no es una invalidación consciente sino una fóbica que habitualmente lleva a que la gente se retire y se vuelva solitaria y aislada. El tercer grupo es llamado de hiper excitación. Esta gente no actúa con un nivel normal de excitación, están siempre por encima de ella. Y el cuarto grupo de síntomas son los somáticos o psicósomáticos. La gente afectada tiene un dolor inexplicable que al chequearse médicamente los médicos dicen: "realmente no hay nada malo en Ud., Está sano." Este dolor, no se inventa, por supuesto pero es soportado como "memoria de un dolor". El mismo pertenece a un hecho específico y puede reactivarse repetidamente. Las personas que han sobrevivido a traumas serios y que han sufrido de este tipo de dolor estarían en este clásico grupo 4.

¿Cómo se presentan en los niños los síntomas intrusivos?

Klontzan: Especialmente los niños más pequeños tratan de trabajar a través de las experiencias traumáticas durante el juego. Por ejemplo cuando los niños han perdido a alguien por la violencia, a menudo vieron lo que pasó, cuando sus familiares fueron asesinados, luego esto se ve en la manera de jugar. Ellos juegan los papeles con sus muñecas o incluso con piedras y representan la situación que experimentaron, una y otra vez. Sin embargo notamos que eso no los ayuda,

<p>Síntomas intrusivos (Flashbacks, pesadillas, etc.)</p> <p>Maneras de manejarlas: Entender a los recuerdos como parte del pasado</p>	<p>Síntomas constrictivos (estrategias de abstinencia por temor, por ej. No querer salir por la puerta)</p> <p>Maneras de manejarlo: respeto pero también marcar lo inapropiado de la situación</p>
<p>Hiperactivación (cinquietud constante)</p> <p>Maneras de manejarla: Crear estructuras seguras; Vida cotidiana en la escuela que permita la experiencia de ser efectivo</p>	<p>Síntomas psicósomáticos (Por ej. dolor de estómago, dolores de cabeza)</p> <p>Maneras de manejarlo: dejar en claro cómo está ligado, crear estructuras seguras</p>

III. 2: Descripción general de los síntomas de los que sufren los refugiados traumatizados

en cambio su depresión, la autoagresión o la agresión hacia los otros, es la misma al final del juego. A veces incluso vemos que estas conductas empeoran porque el niño se desespera porque no se halla una solución.

¿Qué tipos de ayuda hay disponibles entonces?

Klentzan: En este caso yo trabajaría con un método llamado EMDR (la sigla en inglés por Insensibilización y Reproceso del movimiento del ojo). Ese es un método que podemos utilizar para ayudar al cerebro del niño para que reprocese las cosas que no ha podido procesar aún. Sabemos que todo trauma está ligado a un problema de proceso de la información. Esto es verdad para todos los grupos etarios.

Habitualmente nuestro cerebro puede percibir, reconocer y clasificar la información de la vida cotidiana y luego convertirla en un recuerdo que podemos continuar utilizando o colocarlo bajo el título de “No lo necesito”. Con el trauma experimentamos lo opuesto: la información no se procesa bien. En algunos casos solo se procesa en parte. Y estos fragmentos pueden ser separados una y otra vez. Para lograr que esta memoria fragmentada se convierta en un recuerdo coherente y completo, yo usaría el método EMDR lo que significa reprocesar las emociones, las reacciones físicas y las imágenes que pertenecen al hecho no procesado con el niño de

manera que el mismo pueda ser unido como un todo. Eso habitualmente ayuda mucho y es muy eficaz para procesarlo retroactivamente. Si un niño ha perdido a su madre y también puede haber tenido que ver cómo ella murió, entonces no podemos volver eso atrás. Lo que podemos hacer, sin embargo, es ayudar al niño para que lo convierta en un recuerdo que siempre será triste pero que pueda ser recordado de manera apropiada porque ha sido procesado.

¿Me pueden dar un ejemplo típico de niños y adolescentes que muestren conductas de abstinencia por temor?

Klentzan: A menudo vemos niños que tienen dificultades para abrir una puerta normalmente, para entrar o salir por la puerta, que siempre tienen que asegurarse y dudan largo tiempo antes de abrir una puerta en el refugio o en el aula y para salir al corredor.

Esa es una conducta típica de abstinencia. Este temor es muy razonable, en un determinado momento en las vidas de estos niños fue muy importante. Lo que ellos necesitan ahora es una buena explicación. Tenemos que explicarles lo que sucede dentro de ellos. Les decimos: “Tú sabes, estoy contenta de que seas tan cuidadoso, si no lo hubieras sido no estarías acá. Hubo un tiempo en tu vida en el cual salir por la puerta era muy peligroso y no sabías lo que te podía estar esperando a la vuelta de la esquina. Tu cerebro aprendió a ser muy cuidadoso. Ahora estás en un

lugar seguro y podrías practicar dejar de lado los temores del pasado, así, de a poco, te podrás sentir más seguro nuevamente. Pero estamos felices que fuiste tan cuidadoso. Estoy segura que salvaste tu vida.

¿Qué síntomas tienen los niños y adolescentes cuando sufren de hiperactivación?

Klentzan: La hiperactivación ocurre cuando el cerebro está abrumado desde muy temprano con imágenes ligadas con emociones y sentimientos que tenemos y que están conectados a reacciones físicas, porque todas

las emociones se reflejan en nuestros cuerpos.

Esto nos lleva a estar en un estado de constante inquietud. Muchos refugiados menores están hiperactivados por todo lo que han experimentado en el hogar, mientras huían, en su nuevo país. Y luego en el refugio el televisor está encendido en 24/7, programas de noticias muestran ataques de guerra y terroristas.

¿Cómo se puede apoyar a los niños y adolescentes hiperactivados y con antecedentes de refugiados?

Klentzan: Lo que es importante es crear un entorno externo que sea tan seguro como sea posible con muy pocos estímulos. Un obstáculo serio para la recuperación de estos niños frecuentemente es el hecho de que los hogares donde ellos viven con sus padres a menudo no tienen este tipo de entorno- porque hay demasiada gente de diferentes países con distintas lenguas a veces también con antecedentes culturales y religiosos diferentes que tienen que vivir juntos en distritos muy cerrados. También habría que asegurarse que sus días estén bien estructurados. Para los niños es muy importante que el día sea el día y la noche sea la noche. Durante la noche se duerme y durante el día nos levantamos y vamos a la escuela. Para la mayoría de los niños refugiados, las escuelas son lugares externos seguros. A ellos les encanta dejar el refugio y estar en la escuela. Cuanto más efectivas sean

las experiencias personales que tienen en el marco de un día escolar estructurado lo que significa que experimentan que ellos pueden hacer algo, lograr algo, hacer progresos, que son capaces de aprender alemán y de encontrar nuevos amigos— más rápido se recuperarán y superarán la hiperactivación.

¿Cuáles son los fenómenos típicos para los niños en el área psicosomática?

Klentzan: Para los adultos la cabeza es afectada más a menudo y muy frecuentemente tienen jaquecas. Para los niños el dolor típico es a menudo en el área abdominal. Esto está ligado con el estrés lo que significa que el estrés debe ser reducido y así el dolor de estómago también mejora. Cuando son más pequeños buscamos formas adecuadas a la edad para reducir su estrés y luego el dolor habitualmente también se va. Si los niños son suficientemente grandes, entonces les explicamos que así es como reaccionan sus cuerpos ante las cosas nuevas interesantes. Es importante tomarse a los niños y adolescentes siempre en serio. Tomarse el tiempo para escucharlos y apoyarlos en el manejo de las muchas demandas que enfrentan.

Esto suena como un desafío serio para la integración, tanto para los maestros como para los alumnos. ¿Hay también oportunidades y no solo problemas?

Klentzan: En los meses recientes se me pidió que hablara en muchas escuelas en Baviera/ Alemania. Encontré que ayudaba a muchos maestros decirles lo importante y bueno que es su trabajo y lo mucho que los niños experimentan la escuela, en particular como lugares seguros y lo bueno que eso es para los niños y cuánto esto lleva a la reducción de sus niveles de estrés. Pero por supuesto esta gente también tiene un serio desafío cuando trabajan con niños y adolescentes con los síntomas descritos. Es por eso que es importante para nosotros tener seminarios sobre este tema y que como expertos estemos disponibles en estas áreas en las que los maestros están trabajando de manera que puedan ver

no solo los desafíos sino también las oportunidades. Esa es una carga extra, demanda algo de los maestros. Ellos no solo tienen que trabajar en la inclusión, también tienen que ver cómo pueden manejarse con los niños refugiados y sus síntomas. Pero la oportunidad es que puedan concretar una cantidad extraordinaria de cosas con los niños.

¿Cómo pueden los niños sin antecedentes de refugiados aprovechar ellos también y aprender de esta situación?

Klentzan: Hace 4 años mi esposa y yo tomamos a cargo a 4 adolescentes de Afganistán y, como nuestros hijos ya han crecido y no necesitan más toda nuestra atención, nos hicimos cargo de ellos en adopción, por decirlo de alguna manera. Primero los pusimos en escuelas privadas. Lo que fue interesante fue las reacciones de las escuelas hace 4 años., el número de refugiados que llegaban no era aún tan alto como lo fue el año pasado. Y ahora esas escuelas han dicho: “Oh, sería interesante para nuestros alumnos si aceptáramos a estos adolescentes refugiados porque sería bueno para el aprendizaje social de nuestros alumnos. Ellos pueden beneficiarse con esto” Yo utilicé estos pensamientos cuando di mis charlas en escuelas gubernamentales o municipales y ahí pregunté: “Pensemos: Cómo podrían nuestros niños y adolescentes beneficiarse con esto? Muchos de nuestros niños sufren el lujo, las condiciones de nuestra prosperidad. Y para ellos, a veces puede ser de gran ayuda— si se hace de la manera correcta— llegar a saber cómo es la vida para niños de su edad en otros países. Luego todos pueden beneficiarse mutuamente. Y eso es lo que yo trataría de expresar. Los educadores deberían tratar de sacar ventaja de esta oportunidad. ■

** Peter Klentzan dirige los proyectos de Wings of Hope en Alemania y encabeza el Centro de ayuda al traumatizado de Ruppolding, Alemania.*



¿QUÉ ES UN TRAUMA?

Según la clasificación científica de la Organización Mundial de la Salud (ICD 10), el trauma es una exposición a "Un hecho estresante (...) de una naturaleza amenazante o catastrófica (ICD 19, F43. 1). La gente afectada estaba confrontada con una muerte real o por la amenaza de la misma., heridas serias o violencia sexual. El trauma tipo I hace referencia a hechos repentinos, impredecibles y no intencionales como accidentes o catástrofes naturales. El tipo II viene de hechos en los cuales la gente hace algo a propósito a otros ("Desastre producido por el hombre").

En una situación traumática el cuerpo reacciona con un desborde extremo de energía que arma a la persona para que huya o ataque ("Pelea o huida") Con el estrés traumático esto también puede llevar a la disociación, lo cual es un mecanismo de protección neurobiológico: Insensibilidad y un distanciamiento interno de una realidad insostenible con tensión simultánea extrema tanto física como psicológica.

Los hechos siempre se guardan en lo profundo dentro de la memoria de la persona. La amígdala, el "centro de control de las emociones" se sobre activa. Es la responsable de cosas como el evaluar la amenaza que supone los estímulos perceptivos y durante la situación graba muchos detalles y los registra como "Amenaza de vida". Al mismo tiempo, el hipocampo, el área del cerebro que clasifica los hechos según su ubicación, su tiempo y contenido dentro de un contexto autobiográfico, se cierra. La información de la situación por lo tanto queda guardada en el hipocampo pero no ha sido procesada.

La consecuencia más común del trauma es el "Desorden post traumático de estrés" (PTSD). Los síntomas más comunes son La hiperactivación, el revivir la situación (Intrusión), la abstinencia (constricción) o el retirarse internamente (Disociación) Un traumatismo durante la infancia es particularmente serio. Los niños traumatizados a menudo retroceden a una etapa anterior del desarrollo y su motor cognitivo, emocional y su desarrollo social pueden continuar solo de manera fragmentada.

Factores de protección como la seguridad, estructuras estables, acceso a la educación y actividades recreativas pueden ayudar. Pero a menudo no son suficientes para procesar el trauma y las experiencias traumáticas. En estos casos los niños necesitan asistencia terapéutica profesional (Terapia de trauma).

Resumen extraído de : Zito, Dima & Martin, Ernest (2016) Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen. Ein Leitfadens für Fachkräfte und Ehrenamtliche (Dealing with Traumatised refugees. Una guía para profesionales y voluntarios). Weinsheim & Bsel: Beltz Juventa.

Dra Maya Götz

Traducción
María Elena Rey