



Información sobre el trauma para las autoridades políticas responsables: Salud mental infantil

JULIO 2007

Impacto del trauma

El trauma puede ocasionar problemas a corto y largo plazo. Las investigaciones sugieren que los traumas pueden incluir problemas emocionales y físicos poniendo a aquellos expuestos al trauma en un mayor riesgo de sufrir enfermedades crónicas y muerte prematura.¹ Para los niños y jóvenes, además de los problemas de salud, existen otras consecuencias del trauma, entre las que se incluyen las dificultades en el aprendizaje, problemas constantes de conducta, problemas para relacionarse y poca competencia emocional y social.² Los niños y jóvenes expuestos a traumas, especialmente a la violencia, tienen mayores dificultades académicas y de aprendizaje, y mayores problemas relacionados con la conducta y el estado de ánimo.³ Las investigaciones también revelan que los niños más pequeños, al experimentar un trauma, son los más vulnerables en cuanto a los efectos en el desarrollo intelectual.⁴

El trauma es un desorden dominante

Muchos niños y jóvenes experimentan traumas. Dependiendo de sus circunstancias, entre el 25 y el 90% de niños y jóvenes experimentan eventos que les generan un trauma.⁵ Entre ellos se incluyen:

- Hasta un 50% de los niños y jóvenes en **servicios de asistencia social**⁶
- Entre el 60 y el 90% de los jóvenes en **tribunales de menores**⁷
- Entre el 83 y el 91% de los niños y jóvenes en **barrios con altos niveles de delitos violentos**⁸
- Entre el 59 y el 91% de niños y jóvenes bajo el **sistema de salud mental comunitario**⁹

A pesar de que el trauma no distingue clase y color, los niños y los jóvenes de bajos ingresos junto con sus familias, y los niños y jóvenes de color junto con sus familias, experimentan el trauma de manera despropor-

cionada.¹⁰ Entre los afectados de manera desproporcionada, en comparación con sus pares, los niños y jóvenes:

- Con conductas suicidas y factores de riesgo son más propensos a experimentar traumas
 - Jóvenes nativos americanos y nativos de Alaska (riesgo 2.5 veces mayor)¹¹
 - Latinas adolescentes (riesgo 1.5 veces mayor)¹²
 - Jóvenes gays, lesbianas, transexuales, bisexuales y con cuestionamientos (riesgo 2 veces mayor)¹³
- Con desórdenes de abuso de sustancias tienen una mayor probabilidad de experimentar traumas (riesgo 4 veces mayor)¹⁴

También se ven significativamente afectados los niños y jóvenes que experimentan:

- Guerras o desastres naturales (conforman el 20% de aquellos que reciben tratamiento)¹⁵
- Indigencia (50 a 66% de los jóvenes indigentes son testigos o experimentan la violencia)¹⁶

Respuestas prácticas y políticas actuales inadecuadas

Las prácticas y políticas actuales se caracterizan por la falta de una aplicación exhaustiva de estrategias que funcionen.

Como en la salud mental basada en la comunidad en general, el uso apropiado de prácticas relacionadas al trauma basadas en la experiencia continúa siendo limitado.¹⁷ Los organismos dedicados al servicio infantil y sus proveedores pierden oportunidades para identificar a niños y jóvenes con condiciones relacionadas con un trauma, y para intervenir de manera temprana y efectiva.¹⁸

Asimismo, algunas prácticas y políticas sirven para volver a traumatizar o victimizar a niños y jóvenes. Por ejemplo las investigaciones revelan que el uso de restricciones y aislamiento ha resultado en muerte y

mayores problemas de salud mental.¹⁹ De igual modo, los campamentos de entrenamiento militar y las escuelas residenciales no autorizadas han sido asociadas con prácticas de tratamiento pobres e incluso no ortodoxas que dañan a niños y jóvenes.²⁰ La mala calidad de asistencia en algunos programas para niños y jóvenes ha llevado al abuso por parte de pares y del personal, logrando así generar traumas en los jóvenes.²¹

Otras prácticas y políticas causan daño involuntariamente. Por ejemplo, las políticas recientes de inmigración no han tenido siempre en cuenta el impacto de las redadas y la detención en los niños y jóvenes, hijos de las personas arrestadas. Estas acciones han resultado en niños y jóvenes abandonados y con frecuencia traumatizados.²² De la misma manera, las políticas de vivienda que separan a las familias para proporcionarles un hogar contribuyen a generar traumas.²³

Algunas políticas, a pesar de no ser perjudiciales, sirven para debilitar las estrategias efectivas. Por ejemplo:

- 1) Las políticas financieras que limitan los servicios más allá del “menor indicado” o no cubren los servicios y el apoyo necesario para los casos de trauma.
- 2) Las políticas diseñadas para introducir intervenciones de trauma basadas en la evidencia que se niegan a proporcionar suficiente capacitación inicial, fondos para comenzar y capacitación continua.
- 3) Políticas y prácticas que ignoran la necesidad de construir recursos para la colaboración.
- 4) Políticas de evaluación relacionadas con el trauma que no toman en consideración la capacidad del servicio comunitario.

Las prácticas efectivas existen

Entre los elementos centrales del cuidado informado en el trauma incluyen:²⁴

- Evaluaciones e investigaciones apropiadas
- Apoyo e intervenciones efectivas
- Estrategias efectivas a nivel lingüístico y cultural
- Compromiso de los jóvenes y las familias
- Sólida capacidad organizacional, incluyendo el control de los resultados

Algunas iniciativas políticas apoyan el enfoque centrado en el trauma

Existen estrategias actuales con las cuales se puede construir. Estas requieren apoyo y compromiso para

expandirse de manera adecuada y alcanzar su máximo potencial. También se requiere de nuevas iniciativas.

Federal

El gobierno federal ha implementado amplias iniciativas efectivas dirigidas a un objetivo basadas en información sobre trauma. Estas iniciativas incluyen:

- Estrategias de prevención e intervención temprana en jóvenes suicidas y Servicio de salud mental y psicológica en programas subvencionados por universidades de acuerdo con el Garrett Lee Smith Memorial Act (Ley en conmemoración a Garrett Lee Smith)²⁵
- Red Nacional de Estrés Traumático Infantil (una red de 70 centros) que ha generado nuevas investigaciones y ha aumentado la capacidad²⁶
- Llamado Nacional a la Acción para eliminar las Restricciones y el Aislamiento²⁷
- Política fiscal que apoya las prácticas de curación tradicionales en la población Navajo para veteranos (no se aplica actualmente a los no veteranos)²⁸

Estados/Tribus

Entre los esfuerzos realizados por los estados y las tribus para las prácticas basadas en información sobre trauma, se pueden incluir:

- Legislación enfocada en **Illinois** y **Massachusetts**²⁹
- Iniciativas de servicios sociales de asistencia a niños basadas en la cultura de los gobiernos tribales en **North Dakota**³⁰
- Apoyo y desarrollo estructural en **Oklahoma** y **Oregon**³¹
- Reducción de prácticas peligrosas enfocadas en los niños de **Hawái**, **Louisiana** y **Massachusetts**³² (al menos 20 estados han implementado leyes, reglamentos o políticas creadas para reducir y en última instancia eliminar el uso de las restricciones y el aislamiento)³³

Otros esfuerzos para mejorar el tratamiento y la identificación temprana a través de evaluaciones e investigaciones en los estados incluyen:

- Evaluaciones e investigaciones en la mayoría de los estados (60% de los estados y territorios, pero el alcance es **limitado** y menos del 20% utiliza herramientas estandarizadas de evaluación e investigación)³⁴
- Estrategias de capacitación para aumentar la capacidad clínica y de apoyo de aquellos que brindan servicios a niños, jóvenes y sus familias que han estado expuestos a traumas (40% de los estados)³⁵

Desafíos no tratados

A pesar de que a nivel nacional existen ejemplos de prácticas efectivas, demasiados niños, jóvenes y sus familias no se benefician de ellas. Para la mayoría de niños y jóvenes, las políticas públicas, particularmente las políticas federales, se quedan detrás de la ciencia con respecto a las prácticas y políticas basadas en la información sobre trauma. Las políticas y las respuestas prácticas actuales no reflejan la urgencia, profundidad o calidad requerida por el alto nivel de necesidad, el bajo impacto de muchos de los esfuerzos actuales y la capacidad limitada de los servicios comunitarios. Las restricciones de financiamiento y los problemas en el suministro y calidad de la mano de obra, junto con el escaso apoyo para la prevención e intervención temprana frustran las políticas de trauma efectivas y refuerzan las prácticas pobres. Las iniciativas para el trauma del gobierno federal representan los primeros pasos firmes. Su impacto se vería intensificado si se implementara un enfoque al trauma más sólido, intencional y nacional.

Recomendaciones clave para la acción política

- Todas las políticas federales, tribales, estatales y locales deben reflejar una perspectiva basada en la información sobre el trauma. Una respuesta informada sobre el trauma implica un entendimiento fundamental del trauma y cómo afecta a un individuo que lo ha experimentado.
 - Las políticas deben apoyar sistemas de prestación que identifiquen e implementen estrategias para prevenir el trauma, aumentar la capacidad de intervención e identificación temprana, y proporcionar un tratamiento integral.
 - Las políticas deben respaldar y solicitar que las estrategias sean diseñadas para prevenir y eliminar las prácticas de tratamiento que generan trauma o retraumatización.
 - Las políticas deben reforzar los elementos centrales de las mejores prácticas en el cuidado basado en la información adquirida sobre el trauma: Prevención, estrategias efectivas y apropiadas para el nivel de desarrollo infantil, competencia lingüística y cultural, y compromiso de los jóvenes y las familias.
- Las políticas y las prácticas que reflejan los principios basados en la información del trauma deben ser apropiadas al nivel del desarrollo infantil de cada niño o joven, deben estar basados en el marco de la salud pública y deben comprometer a los niños, los jóvenes y las familias en la curación.

- Las políticas deben enfocarse en la prevención del trauma y en el desarrollo de estrategias para identificar e intervenir de manera temprana en niños, jóvenes y familias expuestas al trauma o en riesgo de sufrir un trauma.
- Las políticas deben enfocarse en aumentar las estrategias de compromiso de los niños, los jóvenes y las familias para respaldar la prestación de asistencia informada en el trauma.
- Las políticas deben respaldar estrategias que involucren enfoques basados en la familia para la intervención del trauma.
- Las políticas relacionadas con la información sobre el trauma deben incluir financiamiento receptivo, capacitación y colaboración de sistemas cruzados, responsabilidad y desarrollo de infraestructura.
 - Las políticas deben garantizar que los fondos respalden la asistencia para el trauma y que se base en estrategias fiscales razonables.
 - Las políticas deben hacer que los fondos estén sujetos a la eliminación de prácticas peligrosas que provocan traumas y retraumatización en los entornos que prestan servicios a niños.
 - Las políticas deben respaldar estrategias integrales de inversión en mano de obra.

Notas al pie

Esta hoja informativa fue elaborada por Janice L. Cooper. Se basa en Strengthening Policies to Support Children, Youth and Families Who Experience Trauma (Políticas de fortalecimiento para respaldar a niños, jóvenes y familias que experimentan traumas), una publicación del National Center for Children in Poverty (Centro Nacional para Niños que Viven en Pobreza). Para ver el informe completo, ingrese a <www.nccp.org/publications/pub_737.html>.

1. Dube, S. R.; Anda, R. F.; Felitti, V.; Chapman, D. P.; Williamson, D. F.; & Giles, W. H. (2001). Abuso infantil, disfunción familiar, y el riesgo de cometer suicidio a lo largo de la vida: conclusiones del estudio sobre experiencias adversas en la niñez. *JAMA*, 286(24), pp. 3089-3096.

Felitti, V.; Anda, R.; Nordenberg, D.; Williamson, D. F.; Spitz, A.; Edwards, V.; et al. (1998). Relación del abuso infantil y la disfunción familiar con muchas de las principales causas de muerte en la adultez: Estudio sobre experiencias adversas en la niñez (ACE, por sus siglas en inglés). *American Journal of Preventive Medicine (Revista Americana de Medicina Preventiva)*, 14(4), pp. 245-258.

2. Bogat, T.; DeJonghe, E.; Levendosky, A. A.; Davidson, W. S.; & von Eye, A. (2006). Síntomas del trauma entre los bebés y niños pequeños expuestos a la violencia entre compañeros íntimos. *Child Abuse & Neglect (Negligencia y Abuso Infantil)*, 30(2), pp. 109-125.

3. Kim, J. & Cicchetti, D. (2004). Un estudio longitudinal del maltrato infantil, y desajuste y calidad de la relación madre-hijo: La función de la autoestima y la competencia social. *Journal of Abnormal Child Psychology (Revista de Psicología Infantil Anormal)*, 32(4), pp. 341-354.

Thompson, T. & Massat, C. R. (2005). Experiencias de violencia, estrés post-traumático, logro académico y problemas de conducta de los niños afroamericanos que viven en la ciudad. *Child and Adolescent Social Work Journal (Revista de Trabajo Social para Adolescentes y Niños)*, 22(5-6), pp. 367-393.

4. Weber, D. A. & Reynolds, C. R. (2004). Perspectivas clínicas sobre los efectos neurobiológicos del trauma psicológico. *Neuropsychology Review (Revisión de Neuropsicología)*, 14(2), pp. 115-129.

5. Red Nacional de Estrés Traumático Infantil. (2004). *Los niños y el trauma en Norteamérica: un informe del progreso de la Red Nacional de Estrés Traumático Infantil* <www.nctsnet.org> (con acceso el 4 de enero de 2006).
- Breslau, N.; Wilcox, H. C.; Storr, C. L.; Lucia, V. C.; & James, A. (2004). Exposición al trauma y trastorno de estrés post-traumático: un estudio de los jóvenes urbanos de Norteamérica. *Journal of Urban Health (Revista de Salud Urbana)*, 81(4), pp. 531-544.
6. Yoe, T.; Russell, L.; Ryder, C.; Perez, A.; & Boustead, R. (2005). Con todo lo que tenemos que hacer, ¿qué tiene que ver el trauma con nosotros? *Una conferencia de Webinar para el Sistemas de Cuidado de Asistencia para Niños y Adolescentes de SAMHSA*, 29 de septiembre de 2005.
7. Abram, K.; Teplin, L.; Charles, D.; Longworth, S.; McClelland, G.; & Duncan, M. (2004). Trastorno de estrés post-traumático y trauma en los jóvenes de los centros de detención de menores. *Archives of General Psychiatry (Archivos de Psiquiatría General)*, 61, pp. 403-410.
8. Ver Breslau, et al. en la nota al pie 4.
9. Ford, J.; Racusin, R.; Daviss, W. B.; Ellis, C. G.; Thomas, J.; Rogers, K.; et al. (1999). Exposición al trauma entre los niños con trastorno negativista desafiante y trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Journal of Consulting and Clinical Psychology (Revista de Consejería y Psicología Clínica)*, 67(5), pp. 786-789.
- Silva, R. R.; Alpert, M.; Munoz, D. M.; Singh, S.; Matzner, F.; & Dummit, S. (2000). Estrés y vulnerabilidad al trastorno de estrés post-traumático en niños y adolescentes. *American Journal of Psychiatry (Revista Americana de Psiquiatría)*, 157(8), pp. 1229-1235.
10. Bassuk, E.; Friedman, S. M.; Batia, K.; Holland, J.; Kelly, A. H.; Olson, L.; et al. (2005). *Información sobre trauma y niños indigentes*. Los Angeles, CA & Durham, NC: Red Nacional de Estrés Traumático Infantil, Grupo de Trabajo para la Indigencia y la Pobreza Extrema.
11. Servicios de Salud para Indios Nativos. (2003). *Tendencias en el territorio Indio 2001-2002*. Rockville, MD: Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, Salud Pública <www.ihs.gov/NonMedicalPrograms/IHS_Stats/Trends00.asp> (con acceso el 27 de abril de 2007).
12. Keaton, D. K.; Kann, L.; Kinchen, S.; Ross, J.; Hawkins, J.; Harris, W.; et al. (2006). Vigilancia de la conducta riesgosa en los jóvenes—Estados Unidos, 2005. *MMWR*, 55(SS05), pp. 1-108.
13. Russell, S. T. & Joyner, K. (2001). Orientación sexual y riesgo de suicidio en los adolescentes: pruebas suministradas por un estudio a nivel nacional. *American Journal of Public Health (Revista Americana de Salud Pública)*, 91(8), pp. 1278-1281.
14. Cohen, J. A.; Mannarino, A. P.; Zhitova, A. C.; & Capone, M. E. (2003). Tratamiento del estrés post-traumático relacionado con el abuso infantil y el abuso de sustancias comórbidas en los adolescentes. *Child Abuse & Neglect (Negligencia y Abuso Infantil)*, 27(12), pp. 1345-1365.
- Giaconia, R. M.; Reinherz, H. Z.; Hauf Carmola, A.; Paradis, A. D.; Wasserman, M. S.; & Langhammer, D. M. (2000). Comorbilidad del uso de sustancias y trastornos de estrés post-traumático en un grupo de adolescentes de la comunidad. *American Journal of Orthopsychiatry (Revista Americana de Ortopsiquiatría)*, 70(2), pp. 253-262.
15. Abramson, D. & Garfield, R. (2006). *Al límite: niños y familias desplazadas por los huracanes Katrina y Rita enfrentan una crisis amenazante en la salud mental y médica*. New York, NY: Centro Nacional para la Preparación en Desastres y la Asistencia en las Operaciones, Universidad de Columbia, Escuela de Salud Pública Mailman.
- Mollica, R. F.; McDonald, L.; Osofsky, H.; Calderon-Abbo, J.; & Balaban, V. (2003). *La mitigación y la recuperación de los problemas de salud mental en niños y adolescentes afectados por el terrorismo*. Boston, MA: Escuela de Medicina de Harvard y Hospital General de Massachusetts.
16. Ver nota al pie 10.
- Kipke, M. D.; Simon, T. R.; Montgomery, S. B.; Unger, J. B.; & Iversen, E. F. (1997). Jóvenes indigentes y su exposición y participación en la violencia al vivir en las calles. *Journal of Adolescent Health (Revista de Salud Adolescente)*, 20, pp. 360-367.
17. Taylor, N.; Siegfried, C. B.; Berkman, M.; Carnes, C.; Friedman, B.; Henry, J.; et al. (2005). *Ayudar a los niños en el sistema de servicio social de asistencia infantil a curarse de los traumas: un enfoque de integración de sistemas*. Los Angeles, CA y Durham, NC: La Red Nacional de Estrés Traumático Infantil.
- Walrath, C. M.; Sheehan, A.; Holden, E. W.; Hernandez, M.; & Blau, G. (2006). Tratamientos basados en la evidencia en este campo: un breve informe sobre la práctica, implementación y conocimiento de los proveedores. *The Journal of Behavioral Health Services & Research (La revista de Investigación y Servicios de Salud de la Conducta)*, 33(2), pp. 244-253.
18. Hanson, T. C.; Hesselbrock, M.; & Tworkowski, S. H. (2002). La prevalencia y administración del trauma en el dominio público: una perspectiva clínica y de una agencia. *The Journal of Behavioral Health Services & Research (La Revista de Investigación y Servicios de Salud de la Conducta)*, 29(4), pp. 365-380.
- Ver también Taylor, et al. and Walrath, et al. en la nota al pie 15.
19. Oficina General de Auditoría de los Estados Unidos (GAO), por sus siglas en inglés. (1999). *El uso del aislamiento o restricciones inadecuadas en la salud mental pone a las personas en riesgo*. (N.º GAO/ HEHS-99-176). Washington, DC: Oficina de Auditoría del Gobierno.
20. Miller, C. M. (2006). Ofensas menores en campamentos causan palizas: Una sonrisa, un murmullo y otras formas de conducta no violentas resultaron en la aplicación de fuerza contra jóvenes adolescentes en el campamento de entrenamiento militar del departamento de justicia de Florida, una investigación del Miami Herald, Miami Herald. Miami, FL: *Miami Herald*, distribuido por Knight/Ridder Tribune News Service.
- Friedman, B.; Pinto, A.; Behar, L.; Bush, N.; Chirolla, A.; Epstein, M.; et al. (2006). Programas residenciales no autorizados: El próximo desafío en la protección de los jóvenes. *American Journal of Orthopsychiatry (Revista Americana de Ortopsiquiatría)*, 76(3), pp. 293-303.
21. Synder, H. N. & Sickmund, M. (2006). *Víctimas y delincuentes juveniles: informe nacional de 2006*. Washington, DC: Estados Unidos. Departamento de Justicia, Oficina de Programas de Justicia, Oficina de Prevención y Delincuencia Juvenil.
22. Sanchez, J. W. (2007, 3/12/2007). Las familias separadas luchan por rearmarse luego de las redadas de inmigrantes. *The Salt Lake Tribune* <www.slttrib.com/ci_5415879> (con acceso el 4 de abril de 2007).
- Aizenman, N. C. (2007, 4/3/2007). Las redadas de inmigrantes en Estados Unidos causan miedo en los niños. *Boston Globe* <www.boston.com/news/nation/articles/2007/04/03/us_immigrant_raids_spur_fears_in_children> (con acceso el 4 de abril de 2007).
23. Familias indigentes con niños. (2006). *Informe del NCH N.º 12*. Washington, DC: Coalición Nacional para los Indigentes <www.nationalhomeless.org/publications/facts/families.pdf> (con acceso el 12 de mayo de 2007).
24. Cooper, J.; Masi, R.; Dababnah, S.; Aratani, Y.; & Knitzer, J. (2007). *Fortalecimiento de las políticas para brindar apoyo a niños, jóvenes y familias que experimentan traumas*. New York, NY: Centro Nacional para Niños que Viven en Pobreza, Universidad de Columbia, Escuela de Salud Pública Mailman.
25. Garrett Lee Smith Memorial Act (Ley en conmemoración de Garrett Lee Smith), 42 USC 290bb-36 (2004).
26. Ver <www.nctsnet.org/ncts/nav.do?pid=abt_who> (con acceso el 12 de junio de 2007).
27. Curie, C. (2005). Compromiso para la Eliminación del Uso de Restricciones y Aislamiento de SAMHSA. *Psychiatric Services (Servicios Psiquiátricos)*, 56(9), pp. 1139-1140.
28. VA expandirá la cobertura para las ceremonias tradicionales [versión electrónica]. *Independent* <www.gallupindependent.com/2006/jun/061906vatrdcrm.html> (con acceso el 12 de marzo de 2007).
29. Ver nota al pie 24.
30. Ibid.
31. Ibid.
32. Slavin, L. A.; Hill, E.; Le Bel, J.; & Murphy, T. (2006). Esfuerzos de los organismos estatales de salud mental para mejorar la asistencia residencial y reducir las restricciones y el aislamiento, *19.º Conferencia Anual de Investigación: un sistema de asistencia para la salud mental infantil: expandiendo la base de investigación*. Tampa, FL.
33. Ver nota al pie 24.
34. Ibid.
35. Ibid.