

CAPÍTULO III

Principales problemas psicosociales y principales pautas para su atención

*María Cristina de Taborda**

Las víctimas de desastres, por lo general, han vivido experiencias y pérdidas muy graves. A pesar de todo, inicialmente debe asumirse que sus respuestas emocionales son normales ante una situación anormalmente abrumadora y que tienden a recuperarse espontáneamente en el curso de algunos días o semanas.

La atención psicosocial busca aliviar o controlar los efectos del trauma y restablecer el equilibrio, evitando la revictimización. El objetivo central es facilitar y apoyar los procesos naturales de recuperación y prevenir que persistan o se agraven los síntomas, o que surjan enfermedades. Debe tener un enfoque comunitario, y estar basada en la identificación y el control de los riesgos específicos de las personas afectadas. Los niveles y las modalidades de intervención pueden ser variados: psicológicos o sociales, individuales, familiares o grupales.

El concepto de atención psicosocial a poblaciones afectadas por los desastres trasciende el de la atención clínica psiquiátrica. Debe integrar componentes indispensables de ayuda humanitaria e intervenciones sociales de diferente índole (coherentes con las necesidades básicas de seguridad personal, alimentación,

* Consultora independiente.

educación, vivienda, trabajo, etc.) que hagan posible la reconstrucción de la cotidianidad y el desarrollo de nuevos proyectos de vida.

La atención psicosocial no es solamente responsabilidad del sector salud y tampoco se restringe a las acciones de los equipos de salud mental. Compromete a las autoridades, es intersectorial y requiere de la participación activa de la comunidad.

Sin embargo, es importante conocer que la morbilidad psiquiátrica tiende a aumentar en poblaciones víctimas de desastres de gran magnitud, especialmente si la persona era vulnerable, si se presenta una grave pérdida de la estructura familiar y social, o si las necesidades básicas cotidianas no son atendidas oportunamente y existen importantes barreras para el acceso a bienes y servicios indispensables para la reconstrucción de sus vidas.

Los trabajadores de atención primaria y el personal de ayuda humanitaria deben contemplar entre sus áreas de trabajo el componente psicosocial, como parte del abordaje humano de la población afectada por el desastre. Deben ser lo suficientemente sensibles y competentes para utilizar los recursos disponibles en función de intervenciones de apoyo emocional y para detectar a quienes presentan síntomas y signos que sobrepasan los límites de lo “esperado o normal”. Esto permite realizar un diagnóstico precoz y una remisión oportuna al profesional especializado, si fuere necesario.

Las víctimas, usualmente, no tienen la necesidad sentida de apoyo psicológico, no aceptan sufrir de una enfermedad mental y no demandan los servicios de salud mental, por el estigma sociocultural que esto significa. Por lo tanto, puede ser útil divulgar, por todos los medios posibles y usando los recursos de la comunidad, que existen alternativas de ofertas de “ayuda para superar las dificultades emocionales y el sufrimiento que pueden estar experimentando muchas de las personas que han vivido el desastre”. Para ello, resulta indispensable insertar la atención psicosocial como parte de las acciones cotidianas que prestan los servicios de salud (en especial, la atención primaria) y los organismos de ayuda humanitaria. Además, previendo que pueden aparecer casos complicados que requieran su remisión a una atención más individualizada y especializada, es indispensable contar con posibilidades y mecanismos claros de remisión a otras instancias especializadas.

Este capítulo está dirigido, fundamentalmente, al personal no especializado, como trabajadores de ayuda humanitaria y equipos de atención primaria en salud. En su primera parte, resume los principales problemas psicosociales y las

pautas básicas de actuación por parte del personal de respuesta. La segunda parte trata de los principales trastornos psíquicos que pueden observarse en las víctimas de desastres, los criterios básicos y las herramientas para identificarlos, así como las pautas para la ayuda profesional individual (médico general) en los adultos; igualmente, los criterios que indican la necesidad de intervención o de remisión al especialista.

Principales reacciones psicológicas en poblaciones afectadas por los desastres

En el caso de desastres, el impacto emocional varía con el transcurso del tiempo, pero suele ser muy acentuado y sobrepasar la capacidad de control de los individuos en los primeros momentos después del evento.

El siguiente cuadro ayuda a recordar cuáles son los cambios psicológicos que se pueden esperar y cuáles son las intervenciones psicológicas y sociales destinadas a la más pronta recuperación y, eventualmente, a la detección precoz y el manejo básico de trastornos mentales.

Fase	Respuestas psicológicas	Intervenciones psicosociales
Primeras 72 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis emocionales • Entumecimiento psíquico: se ven asustadas, apáticas, confundidas • Excitación aumentada o "parálisis" por el temor • Ansiedad difusa • Deseo-temor de conocer la realidad • Dificultad para aceptar la dependencia y la situación crítica en la que se encuentra • Inestabilidad afectiva con variaciones extremas • Ocasionalmente, estado de confusión aguda 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental • Socorro y protección • Satisfacción de las necesidades básicas y más inmediatas • Primera ayuda psicológica
Primer mes	<ul style="list-style-type: none"> • Aflicción y miedo; nerviosismo • Tristeza • Duelo • Equivalentes somáticos (síntomas orgánicos variados) 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuación de la evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental • Ayuda humanitaria • Apoyo de la red social

Fase	Respuestas psicológicas	Intervenciones psicosociales
Primer mes (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación exagerada, irritabilidad, inquietud motora, alteración en conductas cotidianas, pérdida del sueño y apetito • Problemas en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento personal a casos en riesgo • Detección de individuos y grupos en riesgo, y de casos con sicopatología • Intervenciones psicosociales individuales y grupales • Atención de casos con trastornos psíquicos
2 a 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad que se va reduciendo • Tristeza que persiste por más tiempo • Tristeza o ansiedad no muy aparentes como tales pero con manifestaciones encubiertas, como agresividad creciente (intrafamiliar, autoagresividad) y conductas evasivas (consumo de alcohol o de psicoactivos) • Desmoralización ante las dificultades de adaptación o si se demoran las ayudas prometidas • Ira creciente que se acentúa si hay discriminación, revictimización o impunidad • Síntomas somáticos que persisten • Ocasionalmente, síntomas de estrés postraumático 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de la red social • Acompañamiento y apoyo emocional a los más vulnerables y maltratados • Intervención psicológica individual • Manejo de grupos (en especial, grupos de ayuda emocional)

A partir de los tres meses. En condiciones normales, se debe esperar una reducción progresiva de las manifestaciones anteriormente descritas. Por ejemplo, una tristeza que se va aliviando y que sólo reaparece temporalmente en los aniversarios o fechas especiales.

Sin embargo, pueden existir señales de riesgo como:

- duelos que no se superen;
- riesgo de suicidio;
- síntomas tardíos: fatiga crónica, inhabilidad para trabajar, apatía, dificultad para pensar claramente, síntomas gastrointestinales vagos, y
- síntomas de estrés postraumático.

Eventualmente, se han observado algunas personas que aparentemente han reaccionado con gran equilibrio y comienzan a presentar síntomas después del año.

En esta etapa, la intervención de salud mental debe estar dirigida a la detección de nuevos casos sintomáticos, la remisión de casos complejos para atención especializada y la inserción de aquéllos que lo requieran en los servicios regulares.

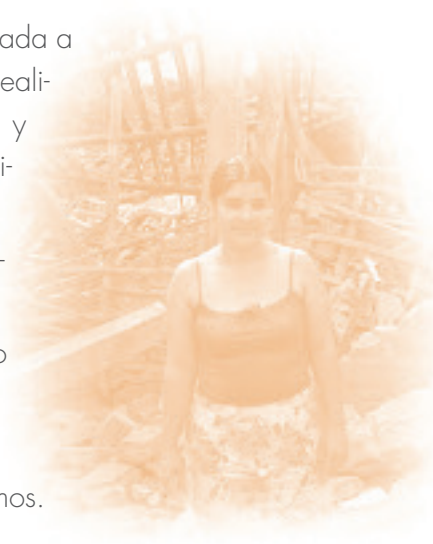
La intervención psicológica individual en adultos

La intervención psicológica individual (en personas adultas) es uno de los componentes de la atención psicosocial; pero, lo esencial es que no se puede visualizar como un trabajo aislado. El éxito de la asistencia psicológica individual depende, en gran medida, de que se ofrezca en el marco de la ayuda humanitaria, así como de un conjunto de intervenciones psicosociales, la mayoría de tipo grupal.

Si bien en situaciones de desastres el eje de las intervenciones psicosociales debe ser grupal, en un número importante de casos es necesario prestar, también, atenciones individuales, para profundizar en la asistencia de quienes parecen requerirlo así (detección de riesgos, mejor evaluación y ayuda de personas sintomáticas en precario equilibrio o con acentuada vulnerabilidad, y detección de enfermos).

Objetivos de las intervenciones psicológicas individuales

1. Ayudar a la víctima o persona afectada a enfrentarse y entender su nueva realidad, y a comprender la naturaleza y el significado de sus reacciones (psicológicas y somáticas).
2. Favorecer la expresión de emociones y la elaboración del duelo.
3. Brindar apoyo emocional, aliviando la aflicción y el sufrimiento.
4. Reforzar la autoestima.
5. Detectar y tratar, o remitir los enfermos.



CAPÍTULO V

Atención psicosocial a la infancia y la adolescencia

*Germán Casas Nieto**

Mucho se conoce acerca de la capacidad de adaptación de los niños. Por tener personalidades en formación, los niños tienen una potencialidad innata de aprendizaje, están en continuo desarrollo y deben enfrentar diariamente, en el proceso de superación de cada etapa de su vida, nuevos retos, exigencias y necesidades que los impulsan hacia el crecimiento y las adquisiciones cognitivas y afectivas. Esto supone una cierta ventaja sobre los adultos en cuanto a su posibilidad de adaptación y afrontamiento de situaciones nuevas. En efecto, esta capacidad de los niños, fruto de su condición de seres en desarrollo, es una competencia que se puede aprovechar en situaciones de crisis. Los niños entienden que las situaciones son difíciles, ven el peligro y reaccionan, pero así mismo, aprenden de lo que viven y de lo que ven.

Sin embargo, esta misma condición puede generar un aumento de la vulnerabilidad. Se ha pensado erróneamente que los niños y los adolescentes no sufren con la misma intensidad las consecuencias psicológicas de situaciones especialmente traumáticas. De hecho, se presumía que, dadas sus reacciones tan dife-

* Funcionario de Médicos sin Fronteras.

rentes a las de los adultos, tenían una cierta protección. Actualmente, esta creencia se ha desvirtuado claramente y los menores son considerados un grupo de alto riesgo en casos de desastres y emergencias.

En investigaciones realizadas en poblaciones afectadas por eventos catastróficos, se ha documentado que, en niños y adolescentes, las secuelas psicológicas suelen ser frecuentes y afectar de manera directa el desarrollo físico, mental y social (1).

Comparativamente con los adultos, reaccionan de una forma diferente, ven el mundo y enfrentan las situaciones de peligro de manera distinta. La forma como afrontan los eventos traumáticos y como se adaptan a las situaciones extremas depende de la edad de cada niño, de su posibilidad de comprensión, de los eventos vitales a los cuales han estado sometidos y de la medida en que fallan la protección y la seguridad que el entorno familiar les suele dar. Los más pequeños (menores de 5 años) tienen mayor riesgo de sufrir secuelas psicológicas, gastan más tiempo en resolver las consecuencias emocionales y tienen toda una vida por delante para convivir con ellas. Por ello, no podemos partir del principio de que toda intervención eficaz para los adultos lo será también para los niños y adolescentes (2-4). Sin embargo, sí es importante considerar variables culturales de la comunidad, que los niños también comparten.

Las reacciones, en su gran mayoría, son respuestas esperadas; es decir, aun cuando son manifestaciones intensas de sufrimiento psicológico y requieren de atención psicosocial, usualmente no son patológicas y la gran mayoría se resuelve en periodos cortos (2). En ocasiones, la falta de información de los padres y las familias, la ausencia de comprensión por parte de los maestros y la confusión a la que se enfrentan los mismos niños pueden generar que algunas de estas reacciones se compliquen tempranamente y generen secuelas y sufrimiento.

Por otra parte, por considerarlos población vulnerable, no se puede cometer el error de limitar la ayuda psicológica solamente a los menores de edad. Cualquier plan de intervención debe considerar acciones para los demás miembros de la familia y la comunidad afectada.

Al atender a los menores de edad luego de un desastre, los objetivos fundamentales son los siguientes (5, 6):

- Disminuir el sufrimiento psicológico originado por el evento traumático.
- Prevenir secuelas a corto y mediano plazo, en especial, las que afecten su capacidad de aprender, su forma de relacionarse con los demás y la manera como enfrenten situaciones difíciles en el futuro.

- Reincorporar a los niños y adolescentes a sus actividades cotidianas, en especial, en el seno de la familia y la escuela.

En cuanto a las construcciones culturales y el devenir histórico, los niños tienen un papel fundamental en la memoria y el porvenir de una comunidad. La infancia representa la posibilidad de traspasar principios sociales y culturales entre generaciones.

En este capítulo, resumimos las principales reacciones psicológicas esperadas en los niños y adolescentes, y hacemos las recomendaciones básicas para su atención psicosocial.

Resumen de las principales reacciones psicológicas de los niños y adolescentes ante situaciones de desastres y emergencias (1, 2, 5-7)

Grupo de edad	Reacciones en las primeras 72 horas	Reacciones en el primer mes	Reacciones en el segundo y tercer mes
0 a 2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Excitación • Gritos y llanto frecuentes • Apego exagerado a los padres (no toleran separarse). • No se duermen o se despiertan frecuentemente. • Reaccionan exageradamente ante todo tipo de estímulo y es difícil tranquilizarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sueño. • Pérdida de apetito • Apego excesivo a los padres • Apatía. • Conductas regresivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del sueño. • Aumenta la tolerancia a la separación física. • Llanto injustificado.
3 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el comportamiento, pasividad, irritabilidad, inquietud. • Temor exagerado por cualquier estímulo, especialmente los que recuerdan el suceso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta regresiva: se orinan en la cama, hablan a media lengua, se chupan el dedo. • No toleran estar solos. • Pérdida o aumento del apetito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazan la escuela o la guardería. • Dolores de cabeza y del cuerpo. • Se niegan a comer o comen en exceso.

Grupo de edad	Reacciones en las primeras 72 horas	Reacciones en el primer mes	Reacciones en el segundo y tercer mes
3 a 5 años (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> Desorientación espacial (no reconocen dónde están). Alteraciones del sueño: insomnio, se despiertan angustiados, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Trastornos del sueño Pérdida del habla o tartamudeo. Miedos específicos: a seres o situaciones reales (animales u oscuridad), o fantásticas (brujas, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Juegan repetidamente al suceso traumático.
6 a 11 años	<ul style="list-style-type: none"> Cambios en el comportamiento: pasividad. Agresividad, irritabilidad. Confusión (se ven perplejos) y con desorientación (no reconocen fecha, lugar, etc.). Llanto frecuente. Conductas regresivas. Problemas del lenguaje. 	<ul style="list-style-type: none"> Miedo injustificado. Dificultad para permanecer quietos. Dificultad para centrar la atención. Dolores de cabeza y otras quejas somáticas. Juegan repetidamente al suceso traumático. 	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad de concentración en la escuela. Rechazan ir a la escuela. Sienten culpa o suponen que el desastre sucedió por un comportamiento o pensamiento previo. Parecen retraídos o tímidos. Juegan repetidamente al suceso traumático.
12 a 18 años	<ul style="list-style-type: none"> Confusión y desorientación. Rechazo a hablar y aislamiento. Parecen ausentes o distraídos. 	<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de apetito. Pérdida de sueño. Dolores de cabeza y del cuerpo. Pérdida de interés por las actividades comunes. 	<ul style="list-style-type: none"> Rebelión contra la familia o la autoridad en general. Problemas de comportamiento. Huida de la casa Rechazo a la escuela.

Dado que los menores permanecen una gran cantidad de su tiempo en los ambientes escolares, es importante conocer cuáles reacciones esperables pueden presentarse en los alumnos que han sufrido el impacto de un desastre y retornan a las actividades académicas. A continuación ofrecemos una información resumida, pero útil y necesaria, para maestros, autoridades escolares, psicólogos y orientadores pedagógicos, llamados todos a jugar un papel de importancia crucial en la atención psicosocial de los menores.

Reacciones en el aula (escuela) (6)

Grupo escolar	Reacción esperada en el aula
Preescolares (menores de cinco años)	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo a ir o quedarse en la guardería o escuela. • Rechazo a seguir las instrucciones o las actividades del aula. • Cambio importante del comportamiento comparado con el anterior al suceso: pasividad, aislamiento o pataletas, agresividad o presencia de conductas ya superadas (regresivas), como chuparse el dedo, falta de control de esfínteres, hablar a media lengua, etc.
Escolares de primaria (5 a 11 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Fallas en la atención y la concentración. • Hiperactividad • Parecen ausentes (responden poco y lentamente). • Inquietud • Rechazo a la escuela. • Dificultades de memoria que interfieren con el aprendizaje.
Escolares de secundaria (12 a 18 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo a retomar las actividades escolares. • Ausentismo escolar • Hiperactividad • Irritabilidad • Fallas en atención y concentración. • Cambios acentuados en la personalidad: aislamiento, gran timidez. • Cambio en el comportamiento.

Si los síntomas persisten luego de tres meses o si se acentúan a pesar de la atención, debe pensarse en la necesidad de una evaluación más profunda para definir la remisión a tratamiento especializado. Igualmente, se impone la remisión a un especialista cuando se detectan signos y síntomas de alarma.

Recomendaciones generales para la atención psicosocial a la infancia y adolescencia en situaciones de desastres y emergencias

Las siguientes diez premisas básicas deben tenerse en cuenta al programar las intervenciones psicosociales dirigidas a los menores (2, 3, 5, 6, 8, 9):



1. Iniciar tan pronto como sea posible las actividades de apoyo y recuperación emocional

- Iniciar las actividades de recuperación, en la fase inmediata después del evento, puede reducir la posibilidad de complicaciones psicológicas.
- En las primeras 72 horas, se deben brindar primeros auxilios emocionales fundamentados en un acompañamiento permanente. El acompañamiento debe extenderse todo el tiempo que sea necesario para los que hayan quedado solos y sufrido las mayores pérdidas.
- La atención psicosocial se debe insertar en las actividades cotidianas de asistencia humanitaria y social, idealmente en el ambiente escolar.
- Es necesario explicar a los padres lo que se planea hacer con los menores, buscando su aprobación y cooperación. Bajo ninguna circunstancia se deben ejecutar actividades en contra de la voluntad de los padres.

2. Disponer de información sobre los niños y adolescentes de la comunidad

- Determinar la cantidad de niños en la comunidad, cuántos jóvenes, cuántos van a la escuela, cuántos están vacunados, cuántos tienen acceso a los servicios básicos, si existe o no desnutrición, etc.
- Identificar y contactar a las autoridades locales, servicios de salud, así como a los responsables de las instituciones de tipo social o relacionadas con la atención a menores, para obtener una información lo más completa posible, en especial, los factores de riesgo y protección; así como evaluar los recursos existentes para la atención y el cuidado de la niñez.

3. Proteger a los niños

- Es necesario conocer los riesgos a los cuales se enfrentan; pensar en la posibilidad de que haya habido pérdida de sus referentes de ubicación, lo cual dificulta la orientación y la forma de contactarse con sus seres queridos.

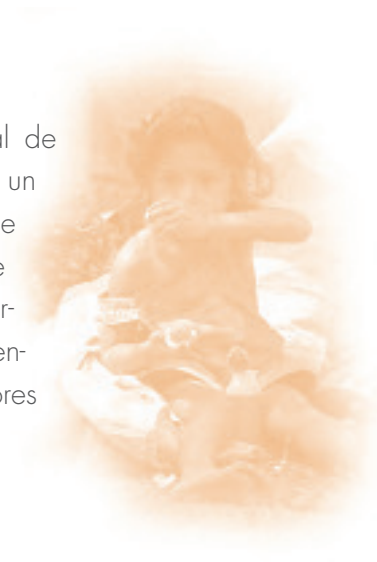
- La evaluación de riesgos debe ser continuada, en la medida en que algunos persisten o se acentúan con el transcurrir del tiempo o porque otros riesgos nuevos surgen luego del desastre (discriminación, precarias condiciones sanitarias, etc.).
- Específicamente, en situaciones de desastres y emergencias los niños suelen ser víctimas de maltratos con mayor frecuencia. Por ello, es necesario implementar acciones de prevención, detección y protección del abuso infantil.
- Es indispensable disponer de un dispositivo para la ubicación y la protección de los niños perdidos. Las personas que se encargan de la atención psicosocial deben tener conocimiento de los sistemas de información y de atención en estos casos.

4. Hablar sobre lo ocurrido

- La confusión y la desorientación que se observan en los adultos en las primeras fases del desastre son propias también de los niños. A los menores es necesario hablarles de acuerdo con su capacidad de comprensión; los mensajes deben ser claros y adaptados a su edad y contexto cultural.
- Los niños pueden entender cualquier situación por desastrosa que ésta sea. Es necesario explicar la naturaleza de lo ocurrido, las causas y la realidad de la situación existente; no hay que exagerar ni engañar, pues la mentira genera desconfianza y, eventualmente, mayor confusión.

5. Disponer de tiempo y paciencia

- El proceso de recuperación emocional de los niños que han sido víctimas de un desastre requiere de una gran dosis de sensibilidad y paciencia por parte de los padres (a pesar de su afectación personal), los maestros, el personal de atención primaria en salud y los trabajadores de ayuda humanitaria.



- Debe esperarse que la inseguridad, los temores y la aflicción se atenúen lentamente con el tiempo.

6. Proveer seguridad y confianza

- Se debe asegurar un acompañamiento permanente de los niños y, especialmente, de los más pequeños y los más afectados, idealmente por los padres o cuidadores habituales. Si ellos faltan, hay que buscar personas competentes y sensibles que asuman este papel.
- Los niños obtienen seguridad de los espacios físicos, en especial, si son conocidos. Si la tragedia destruyó sus propios espacios, es necesario encontrar otro cómodo y seguro donde el niño pueda sentirse tranquilo; esto fomenta la confianza y facilita la comunicación.
- Hay que explicarles repetidamente las medidas de seguridad; una vez se encuentren en un lugar apropiado, hablarles de la seguridad que les proveen sus padres, el sitio de acogida y los organismos de socorro. Todo esto ayuda a restablecer la confianza del menor en sí mismo.
- La seguridad depende, en gran medida, de la información y el conocimiento acerca de lo que pasó, cómo pasó y dónde están los suyos.

7. Restablecer la cotidianidad a la mayor brevedad posible

- El desastre afecta de manera importante las rutinas cotidianas. Esto genera una situación temporal de inestabilidad que afecta la recuperación y el restablecimiento de los mecanismos de adaptación y aprendizaje, y las interacciones con el entorno. Por esta razón, es recomendable restablecer las rutinas y las actividades, en especial, las hogareñas y escolares.
- Una vez se determine que el espacio escolar es adecuado para el ingreso de los niños, las actividades escolares son las que ofrecen mejores resultados para la recuperación. Para ello, es fundamental asegurar el concurso de maestros suficientemente sensibilizados y capacitados.
- Si las instituciones escolares no pueden reiniciar actividades en un tiempo breve (lo cual depende en ocasiones de las estructuras físicas), debe

tenerse en cuenta un dispositivo de escolarización transitorio en los lugares de albergue o acogida.

- Es importante la ocupación productiva del tiempo libre y agrupar los niños en conjuntos para desarrollar actividades acordes con la edad, la comunidad de intereses, etc. Esto es importante para recuperar la autoestima y facilitar la socialización; pueden ser actividades muy efectivas en la recuperación.

8. Respetar las diferencias

- Debemos respetar las diferencias culturales. Las creencias y tradiciones de la comunidad, inclusive la religión, también son compartidas por los menores y deben atenderse en los procesos de reconstrucción de la vida familiar y comunitaria.
- No se deben criticar ni desvirtuar las creencias, de manera directa. El desastre no puede ser aprovechado para cambiar o debatir las prácticas tradicionales de la comunidad afectada.
- No aplicar estrategias prediseñadas sin adaptarlas a las condiciones culturales propias de la comunidad, pues puede generarse no solamente rechazo, en especial de los padres, sino también mayor confusión e incertidumbre en los niños.

9. No separar a los niños de sus padres

- Es necesario recordar que los padres y la familia, en general, son el nicho de protección y seguridad natural para los niños.
- Separar a los niños para ingresarlos en actividades no suele ser bien aceptado, ni por los padres ni por los propios menores; esto implica necesariamente involucrar a los padres en las actividades con los menores, al menos con los más pequeños.
- La ansiedad por la separación suele ser una de las reacciones psicológicas más frecuentes en situaciones de emergencia, en especial, en niños pequeños.
- Los niños son, por lo general, una vía para involucrar o enganchar a los padres en acciones de atención y recuperación psicosocial después de un desastre.

- Es recomendable planificar actividades conjuntas o simultáneas (menores y padres) en los ambientes escolares, servicios de salud u otros escenarios comunitarios.

10. Permitir la expresión de los sentimientos, pensamientos y recuerdos

- Se recomienda ser tolerantes y comprensivos con el relato y la expresión de los sentimientos por parte de los niños. No debe incentivarse el olvido o impedir el llanto y la expresión de emociones.
- Debemos escuchar con atención cada vez que el niño desee hablar de lo sucedido, de cómo se siente y de qué piensa al respecto.
- Sin embargo, es necesario destacar que no es recomendable obligar o estimular a los menores a hablar o recordar (si no lo desean o no lo hacen espontáneamente).

Las siguientes recomendaciones, acordes con las alteraciones específicas que se evidencien, son útiles para los padres y maestros (6, 9, 10).

Alteración observada	Consejo a los padres	Consejo a los maestros
Trastornos de sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilícelos. • Firmeza sobre la hora de dormir • Acompáñelo un rato. • Luz tenue prendida • Acuda si se despierta por completo y asustado (pesadilla), tranquilícelo; si lo recuerda al día siguiente, hablen de la causa del temor. Si no se despierta por completo (terror), no lo despierte, pues no lo recordará al día siguiente. 	Detecte el problema (por ejemplo, si observa que el niño está excesivamente cansado).
Apego excesivo	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilícelo. • Permítale la cercanía física y consiéntalo. • Prepare al niño cuando haya separación: a dónde va, cuándo regresa. Asegúrele compañía. 	Permita la presencia de los padres en el aula, por un tiempo, disminuyendo este tiempo poco a poco.

Alteración observada	Consejo a los padres	Consejo a los maestros
Incontinencia	<ul style="list-style-type: none"> • Evite el castigo o la burla. • Cambie las ropas y tranquilícelo. • Limitación de líquidos en la noche • Llévelo al baño antes de dormir y en el curso de la noche. • Resalte satisfacción cuando no se orine (dígaselo, anote en un calendario los días en que no se orina, etc.) • Luz tenue prendida 	<ul style="list-style-type: none"> • No permita la burla o el rechazo de compañeros. • Reinicie la actividad escolar lo más pronto posible.
Otras conductas regresivas	<ul style="list-style-type: none"> • No lo castigue (ignórelas). • Distráigalo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Distráigalo. • Ignórelas.
Problemas escolares	<ul style="list-style-type: none"> • Busque la rápida reinserción escolar. • No lo castigue por las deficiencias, pero sí prémíelo por cualquier adelanto. • Busque normalizar la vida en el hogar. • Manténgase firme sobre un horario racional para estudiar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rápida reinserción escolar • Presencia parcial de padres (con los más pequeños) • Apoyo especial cuando baja el rendimiento; ponga al niño en primera fila, atención individual al final del día, etc. • Fomente la participación. • Recompense los logros. • Impida la discriminación.
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilícelos. • No les transmita la ansiedad de los adultos. • Explicaciones claras y sinceras sobre la situación pasada y la presente (evite hacer presunciones sobre el futuro incierto). • Explore con el niño estrategias de manejo (respiración, ejercicios, etc.). • Paulatino enfrentamiento a situaciones de temor, acompañamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerde que la ansiedad interfiere con la atención y concentración y ocasiona inquietud. • Recompense las conductas positivas: permanecer en su pupitre, obedecer instrucciones, etc. • Periódicamente, haga con el niño un balance de los logros (reconocimiento y refuerzo de lo positivo) e ignore las conductas negativas.
Agresividad	<ul style="list-style-type: none"> • Dé ejemplo de control. • No castigue físicamente ni con gritos; el mejor castigo es la indiferencia o la actitud neutra (sin disminución del afecto). • Aclare firmemente que no se permitirá la agresión a otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • No permita conductas agresivas. • Declare la tregua. • Explique qué conducta se desea y espera. • Recompense los logros. • Castigue con la indiferencia.

Alteración observada	Consejo a los padres	Consejo a los maestros
Agresividad (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • Declare la tregua: haga caso omiso de la agresión, pero exija aislamiento en sitio supervisado por corto tiempo, "hasta que te puedas controlar". • Hágale saber qué tipo de conducta se desea y espera de su parte. • Fomente la canalización del exceso de energía, ansiedad e ira con estrategias no dañinas. • Recompense los logros alcanzados en el autocontrol (abrazos, estampitas, calcomanías, etc.). 	
Rebeldía Hostilidad Temeridad	<ul style="list-style-type: none"> • Paciencia • Firmeza y oposición a conductas inaceptables. • Ambiente familiar con normas claras • Fomente la comunicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de conducta • Posibilidad de ayuda externa a la familia
Dolores y quejas somáticas	<ul style="list-style-type: none"> • Descarte una afección orgánica; si es necesario, consulta a un servicio de salud. • Establezca la relación entre lo que ocurre y los síntomas. • No permita la manipulación a través de los síntomas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avísele a los padres y facilite la ayuda médica.
Duelo	<ul style="list-style-type: none"> • Permita que el niño perciba su propia tristeza. • Permita la expresión libre de sentimientos y recuerdos (tristeza, ira, culpa) y hable de ello en el grupo familiar. • Provea acompañamiento y manifestaciones afectivas. • No oculte la realidad. • No fomente la negación, hable de las pérdidas señalando su carácter definitivo, a pesar de lo cual es necesario "seguir adelante" y tratar de normalizar la vida lo más pronto posible, lo cual incluye las actividades sociales conjuntas e individuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe a los compañeros cuando el alumno se incorpore a las clases. Explíqueles brevemente las reacciones normales que presentará. • Dé apoyo emocional • Facilite espacios para hablar de manera individual, pero no permita que se centre la atención en el niño. • Promueva su participación en actividades regulares educativas y recreativas. • Vigile la evolución y detecte signos de alarma (tristeza que se acentúa, ideas de muerte, de suicidio, etc.).

Alteración observada	Consejo a los padres	Consejo a los maestros
Duelo (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • Permita la participación en los ritos de duelo (entierro, eventos religiosos en caso de muerte, etc.). • Contrarreste la ira y culpa posibles, explicando las circunstancias reales de la pérdida (o la muerte). • Permita a los adolescentes elaborar el duelo antes de asumir nuevas responsabilidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establezca contacto con los padres y coordine acciones.

Es fundamental la estrecha comunicación entre los padres y maestros. Las expectativas y métodos de ayuda en el hogar y en la escuela deben ser coherentes entre sí.

Es necesario, como regla general, evitar el castigo físico, los gritos y las amenazas. Si es necesario establecer algún castigo, lo más conveniente es adoptar por un tiempo corto una actitud de indiferencia, explicando que se está molesto o triste. Debe tenerse especial cuidado de no manifestar disminución de afecto ("así no te quiero"), amenazas de abandono o actitudes que culpan ("por tu culpa estoy enfermo", "me vas a matar de una rabia", etc.).

El trabajo grupal con los niños y adolescentes

Generalmente, los recursos especializados de salud mental, en muchos países, son escasos o limitados. Además, se ha demostrado que la gran mayoría de los menores afectados por un evento traumático (como un desastre) no necesariamente requieren de una atención individual especializada o médica. Por otro lado, resulta muy importante el papel que puede jugar la familia, los maestros, el personal de ayuda humanitaria y los trabajadores de atención primaria en salud.

Es posible entrenar personal, como promotores de salud, enfermeras, trabajadores sociales, maestros, agentes de ayuda humanitaria y voluntarios, para que desarrollen acciones de atención y recuperación psicosocial con los menores. Éste es, precisamente, el objetivo fundamental de este libro: ofrecer herramientas básicas para asegurar la protección de la salud mental fuera de los escenarios institucionales y desde la propia comunidad.

Consideraciones finales

- Los niños son especialmente vulnerables a los efectos de los desastres. Su patrón de reacción es diferente al de los adultos y depende de muchos factores, especialmente de la edad y de la presencia de un núcleo familiar protector.
- El impacto emocional a menudo se expresa por alteraciones de la conducta.
- Resulta indispensable que los padres y todos los que se ocupan de la atención de los niños afectados por una situación de desastre, conozcan bien cuáles son las reacciones típicas esperables y, además, aprendan a reconocer los signos de alarma que indican que la recuperación de los menores no es normal y probablemente requieren de una atención individualizada o la intervención de especialistas. Los maestros tienen un papel protagónico de especial importancia.
- Es fundamental la evaluación permanente de los riesgos y el diseño de estrategias para su control.
- En la atención psicosocial a los menores es esencial asegurar: la satisfacción de necesidades básicas, la protección y el acompañamiento, así como la normalización de la vida (incluida la reinserción escolar) en el más corto plazo posible. También, es importante la reunificación del grupo familiar.
- Las intervenciones de salud mental dirigidas a menores son, usualmente, sencillas, grupales y deben ser implementadas en el marco de las actividades cotidianas de los niños. En ese sentido, el escenario escolar es privilegiado.
- Las actividades grupales pueden ser complementadas, en casos de riesgo o con signos de alarma, con la atención individual por parte de maestros, agentes comunitarios y trabajadores de atención primaria.
- Las intervenciones grupales (no especializadas) las clasificamos en dos categorías: psicoinformativas, y de atención y recuperación psicosocial.
- Las acciones de intervención psicosocial deben adaptarse al momento que los niños están viviendo (de acuerdo con el tiempo transcurrido luego del desastre) y, obviamente, según la edad. Deben ser atractivas

y motivantes para los menores, por lo que es usual que se combinen con juegos, competencias deportivas y otras.

- Es fundamental que las actividades se adapten a las realidades culturales de las poblaciones afectadas y a los recursos comunitarios disponibles, así como que cuenten con la aprobación y el apoyo de los padres.
- Es necesario desarrollar programas de entrenamiento y capacitación de manera que se desarrollen las competencias necesarias para la atención psicosocial de menores a los maestros, trabajadores de salud y personal de ayuda humanitaria.