

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

IMPACTO DE LOS DESASTRES EN LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES

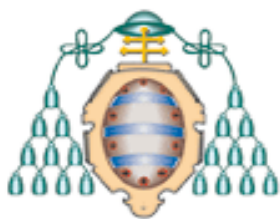
Trabajo Fin de Máster en Análisis
y Gestión de Emergencia y Desastres

AUTOR: Teresa de Ávila Castaño García

COTUTOR: José Luis Cernuda

TUTOR: Rafa Castro

Oviedo, junio 2013



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

UNIVERSIDAD DE OVIEDO – FACULTAD DE MEDICINA

MASTER EN ANÁLISIS Y GESTIÓN DE EMERGENCIA Y DESASTRE.

AUTOR: Teresa de Ávila Castaño García. JUNIO 2013.

ÍNDICE

Resumen.....	3
Palabras clave (keywords).....	4
Objetivos.....	4
Material y método.....	4
Resultados. Introducción.....	5
Generalidades impacto de los desastres en la salud mental infantil.....	7
Signos y síntomas de alarma.....	9
Trastornos psíquicos más frecuentes en niños tras un desastre.....	13
Primeros auxilios psicológicos.....	19
Evaluación de la salud mental y estrategias y tipos de ayuda.....	20
Labor de los padres con sus hijos.....	20
Atención psicosocial a niños afectados.....	21
Intervenciones y recomendaciones generales para la atención psicosocial a la infancia y adolescencia. Trabajo en grupos.....	21
Necesidad de derivación del niño a un profesional de la salud mental.....	23
Niños en distintas situaciones de desastre.....	24
Discusión.....	32
Conclusiones.....	33
Bibliografía.....	33

RESUMEN

Los efectos de los desastres sobre la salud física suelen ser bastante conocidos, con secuelas a corto, medio y largo plazo. En cambio, no siempre se han reconocido de igual manera los efectos sobre la salud mental, a pesar de haberse demostrado que, en situaciones de desastre o catástrofe se produce un incremento de los signos de sufrimiento psicológico y aumenta en cierta medida la morbilidad psiquiátrica y otros problema sociales. Se estima que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta, sufre alguna manifestación psicológica; aunque debe destacarse que no todas pueden calificarse como patológicas, la mayoría deben entenderse como reacciones normales ante situaciones de gran significación o impacto.

Se ha pensado erróneamente que los niños y los adolescentes, no sufren con la misma intensidad las consecuencias de situaciones especialmente traumáticas. De hecho se presumía que, dadas sus reacciones tan diferentes a las de los adultos, tenían una cierta protección. Actualmente, esto se ha desmentido y los menores son considerados un grupo de alto riesgo en casos de desastres y emergencias. Investigaciones realizadas, demuestran que en niños y adolescentes, las secuelas psicológicas suelen ser frecuentes y afectar de manera directa al desarrollo físico, mental y social.

Por fortuna en los últimos años, ha aumentado el interés por el impacto de los desastres en la salud mental de las poblaciones afectadas y actualmente se ha hecho evidente la necesidad de un abordaje integral, que trascienda la atención a la enfermedad y la reparación de los daños materiales.

The effects of disasters on physical health tend to be well-known, with short, medium and long term sequelae. On the other hand, not always is have recognized in the same way the effects on mental health, despite having shown that, in situations of disaster or catastrophe there is a psychological signs of suffering increase and increases to a certain extent the psychiatric morbidity and other problem social. It is estimated that between a third and half of the exposed population, it suffers from some psychological manifestation; although it should be noted that not all can be described as pathological, most must be understood as normal react to situations of great significance or impact.

It has been erroneously thought that children and adolescents, not suffering with the same intensity of especially traumatic situations. In fact it was presumed, given their reactions so different from that of adults, had some protection. Currently, this has denied and minors are considered to be a group of high risk in cases of disasters and emergencies. Investigations carried out, demonstrate that in children and adolescents, the psychological sequels tend to be frequent and affect directly to the physical, mental and social development.

Fortunately in recent years, the interest has increased by the impact of the disaster on the mental health of affected populations and currently has become evident the need for a comprehensive approach that transcends disease care and repair of material damage.

PALABRAS CLAVE (KEYWORDS)

Desastres (disasters); salud mental en niños (mental health in children); signos y síntomas de alarma fisiológicos y psicológicos (physiological and psychological signs and symptoms of alarm); manifestaciones psicológicas (psychological manifestations); trastornos psíquicos más frecuentes (most frequent psychic disorders); primeros auxilios psicológicos (psychological first aid); padres (parents); trabajo en grupos (work in groups); profesionales de la salud mental (mental health professionals).

OBJETIVOS

- El objetivo general del trabajo será reflejar cómo afectan las situaciones de catástrofe o emergencia en el colectivo específico de los niños y adolescentes.
- Un objetivo secundario será describir los signos y síntomas fisiológicos y psicológicos de alarma y su tratamiento, ya sea de forma individual o grupal.
- Otro objetivo secundario será describir los trastornos psíquicos más frecuentes que pueden presentar los niños y adolescentes tras un desastre, junto con sus manifestaciones clínicas y pautas de actuación.
- Y un último objetivo secundario será averiguar las reacciones del colectivo mencionado en distintas situaciones de desastre.

MATERIAL Y MÉTODO

La búsqueda bibliográfica realizada ha consistido en la revisión de 20 artículos científicos, 2 guías de salud mental y apoyo psicológico en emergencias y desastres y un manual de protección de la salud mental en situaciones de desastre, todos ellos unos en inglés y otros en español y comprendidos entre los años 1961 y 2010.

Para ello, las palabras claves utilizadas han sido las siguientes: mental health, disasters, children, adolescents y mental disorders, unas veces en inglés y otras en español respectivamente y fueron introducidas en las bases de datos de medline y pubmed, distintas páginas web y en el propio buscador de google, referentes todas ellas a la incidencia de la patología mental en niños y adolescentes tras una catástrofe, desastre o emergencia.

El criterio empleado para rechazar 6 de los artículos iniciales, ha sido fundamentalmente la carencia de relación de los mismos con el tema de trabajo.

RESULTADOS

Introducción/desarrollo:

A pesar de las múltiples definiciones de desastre que hay actualmente, Los desastres o catástrofes han sido definidos por las Naciones Unidas como *interrupciones serias del funcionamiento de una comunidad o sociedad que causan pérdidas humanas y/o importantes pérdidas materiales, económicas o ambientales; que exceden la capacidad de la comunidad o sociedad afectada para hacer frente a la situación utilizando sus propios recursos* (EIRD, 2004) (1).

Los desastres y las emergencias, tanto de tipo natural como tecnológico y antrópico, ocurren constantemente en todos los países del mundo, tanto desarrollados como subdesarrollados. Los efectos de los mismos son conocidos globalmente gracias a su gran difusión en los medios. A pesar de ello, las consecuencias sobre la salud mental son, a menudo, obviadas o infravaloradas, cuando éstas sumen en un gran número de problemas a quienes las padecen (2).

Desde los inicios de la humanidad, hemos sufrido distintos desastres y catástrofes, naturales o causados por el hombre, que han llegado a cambiar nuestra historia, de ahí que el hombre haya empezado a interesarse sobre los efectos que producen en la salud mental, particularmente (2).

La clasificación de los desastres más usada, se realiza atendiendo a su origen y es la siguiente (3):

- Desastres naturales, que a sus vez se pueden subdividir en meteorológicos (ciclones, huracanes, tifones, tormentas, granizadas, marejadas, sequías), topográficos (inundaciones, avalanchas, derrumbes) y telúricos/ teutónicos (terremotos, erupciones volcánicas y maremotos o tsunamis).
- Antrópicos o producidos por el hombre, que se subdividen en guerras, accidentes (explosiones, incendios, choques, naufragios, fallas de construcciones) y contaminación de fuentes (accidental o continua).

Otra clasificación puede realizarse teniendo en cuenta los daños potenciales que producen (3):

- Peligro para el hombre: pérdida de vidas, propagación de enfermedades infectocontagiosas, envenenamientos.
- Desorganización de servicios: paralización de servicios, destrucción de obras públicas, trastorno de actividades normales.
- Pérdidas económicas: daños y pérdidas mayores, pérdidas y efectos menores.

Y se diferencian en ellos tres períodos (4):

- Periodo precrítico o impacto. En él se observan dos actitudes opuestas: rechazo de la idea de peligro y temor exagerado de peligro. Ambas están asociadas a características personales muy concretas.
 - o Se estima que la mayoría de las personas afectadas (un 75%), muestra respuestas fisiológicas relacionadas con el suceso, se queda aturrida y tiene un comportamiento automático. Inmediatamente después, los perjudicados manifiestan una pérdida del sentido de lo que ha pasado.

- Entre un 12 y un 25 % permanecen tranquilos y suele responder rápida y correctamente. Este es el grupo de personas que toman la iniciativa en las primeras tareas del rescate. El resto, de un 10 y un 25% tienen comportamientos como: confusión, ansiedad, reacciones de pánico, llantos histéricos, gritos y experiencias de ruptura con la realidad (4).
- Período crítico o de crisis: dentro del mismo se diferencian 3 fases: *Fase de choque* en la que se pueden observar 3 reacciones típicas: unos pocos conservan su sangre fría, otros presentan reacciones extremas de ansiedad y confusión, y la mayoría de los supervivientes (75%) permanecen aturcidos y llenos de estupor; *fase de reacción o de retroceso*, donde la víctima se separa del presente inmediato, se traslada al pasado próximo y trata de entender lo que ha sucedido, pero subestimando la magnitud del desastre. Es aquí donde aparecen los comportamientos expresivos en los que se manifiesta la tensión emotiva: exclamaciones, llanto, crisis nerviosas, desvanecimientos, etc. aparecen las primeras reacciones prácticas para poner al sujeto a cubierto; *fase de interacción*, en la que aparecen jefes improvisados (4).
- Periodo postcrítico o posterior. El desastre deja secuelas tanto físicas, sociales como psíquicas, que pueden durar mucho tiempo e incluso la vida. Entre la numerosa sintomatología se encuentra la indefensión, el incremento de la tasa cardíaca, la disnea y la hiperventilación, náuseas y vómitos, temblores y sudoración excesivos, mareos y desvanecimientos, diarrea e incontinencia urinaria y fecal, ataques de ira, inquietud, desvelo, pesadillas, irritabilidad, etc. En todo caso no existe una reacción exacta igual para todas las víctimas, sino que las reacciones son diferentes: desde la paralización, la apatía y la obediencia dócil a conductas fuertemente agresivas. Además durante las catástrofes el problema no suele ser, como se suele creer, la conducta incontrolada de los individuos y las muchedumbres, ni sus reacciones emocionales, sino la coordinación y la evaluación de la gente (4).

Según la magnitud del suceso, se estima que entre un 33 y un 50 % de los afectados pueden sufrir algún tipo de desorden psiquiátrico en los días o meses posteriores al suceso, aunque no todos pueden clasificarse como patológicos. El estrés postraumático, la depresión o el sufrimiento emocional son algunas de las patologías mentales más frecuentemente asociadas a los desastres y a las emergencias complejas (4).

Cabe destacar también que estos desórdenes pueden no aparecer en los momentos inmediatos al desastre. Pueden retrasarse en el tiempo y aparecer cuando se creía que la situación ya estaba superada, por lo que es importante prever que esto pueda ocurrir (4).

El impacto psicosocial, así como el tipo de respuesta que elaborarán los afectados va a depender de: la naturaleza misma del evento: por lo general, producen un mayor impacto los eventos inesperados, los ocasionados por el hombre, los que implican una situación de estrés prolongada y los de afectación colectiva; de las características de la personalidad y la vulnerabilidad individual de las víctimas: los grupos más vulnerables son los niños y adolescentes, quienes aún no han construido las defensas suficientes para enfrentarse a la adversidad y dependen de la ayuda y apoyo externos; y los más pequeños que no tienen aún la capacidad de comprender plenamente lo que ocurre; y de el entorno y las circunstancias: aunque los desastres no escogen las víctimas, es evidente que no afectan al azar, siempre inciden más duramente en los más pobres, quienes tienen limitaciones de acceso a los servicios sociales y, en particular a los de salud(5).

Generalidades del impacto de los desastres en la salud mental infantil

En concreto en los niños, los desastres pueden perturbar su vida de muchas maneras. Las edificaciones de su hogar o de su escuela pueden quedar dañadas o incluso destruidas. Puede perderse el acceso a la electricidad o al agua potable (6).

Es posible que pierdan a algún amigo o algún miembro de su familia o vea imágenes perturbadoras a su alrededor o en la televisión. Su vida cotidiana puede sufrir una conmoción considerable (6).

La suma de la experiencia vivida durante la infancia y la adolescencia, constituye las bases de la personalidad y contribuye al desarrollo de lo que se conoce como “resiliencia”, definida como la capacidad de resurgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y volver a acceder a una vida significativa y productiva. Esta capacidad no es estática, sino que permanentemente fluctúa en relación con las circunstancias que se van viviendo y trata de lograr un equilibrio entre los factores de riesgo y los elementos protectores (5).

Estos mecanismos de defensa, maduración y crecimiento personal no funcionan completamente cuando el individuo enfrenta situaciones que superan sus capacidades de adaptación y entonces, hablamos de eventos traumáticos que generan crisis, en las cuales se rompe el equilibrio. Esto puede suceder en eventos catastróficos que representan amenazas extremas que rompen las defensas de manera brusca, o en circunstancias que se viven como agresiones repetitivas que se van acumulando y que van debilitando a las defensas hasta que se llega al punto en el que se rompe el equilibrio. Cuando esto ocurre, aparecen reacciones más o menos duraderas, con expresiones corporales y psicológicas que ya no son protectoras, sino que conducen a alteraciones emocionales de gravedad variable y, en algunos casos a verdaderas enfermedades mentales (5).

La respuesta individual de cada niño ante el suceso se divide en tres fases que son:

- Antes. En la fase de amenaza se produce miedo y una tensión emocional colectiva que prepara el enfrentamiento a la amenaza. Las reacciones individuales dependen de varios factores, entre los cuales está la experiencia previa (5).
- Durante. Si la situación pasa de ser una amenaza y se convierte en realidad, los individuos deben enfrentarse de manera abrupta a hechos que pueden ser aterradores; se generan cambios neuroquímicos en el sistema nervioso central y pueden afectarse las respuestas inmunológicas (5).
- Después. Una vez pasado el evento agudo que, en algunos casos, puede prolongarse por horas, días y meses (volcanes, guerra), la víctima continúa experimentando oleadas de temor y ansiedad al recordar el trauma o al comenzar a elaborar las consecuencias del mismo. Al miedo y a la ansiedad se suma una inestabilidad emocional sobre un trasfondo de tristeza e ira. La alteración emocional incide en el resto del funcionamiento psicosocial (5).

Por tener personalidades en formación, los niños tienen una potencialidad innata de aprendizaje, están en continuo desarrollo y deben enfrentarse 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 (7).

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 (7).

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 diferentes 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 (7).

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 al desarrollo físico, mental y social (7).

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. Sin embargo, sí es importante considerar variables culturales de la comunidad, que los niños también comparten (7).

Las reacciones, en su gran mayoría, son respuestas esperadas; es decir, aún 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. 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 (7).

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 (7).

Al atender a los menores de edad luego de un desastre, los objetivos fundamentales son los siguientes (7):

- 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.

Pero hay que destacar que después de la exposición de éstos a los factores estresantes vividos durante el suceso, es preferible centrarse en el desarrollo a mediano y largo plazo de los servicios de asistencia de salud mental basados en la comunidad, en vez de centrarse

en el alivio del sufrimiento psicológico inmediato, de corto plazo, durante la fase aguda de la emergencia (8).

Los problemas que los niños pueden presentar después del evento traumático pueden ser (9):

- Psicosociales: *problemas sociales existentes ya antes de la emergencia*, tales como extrema pobreza o pertenecer a grupos marginados o discriminados; *problemas sociales inducidos por el desastre* como puede ser la separación de sus miembros de la familia, destrucción de estructuras comunitarias etc; y *problemas sociales inducidos por la asistencia humanitaria* como el debilitamiento de las estructuras comunitarias o de los mecanismos de apoyo tradicionales (9).
- Problemas preexistentes como pueden ser trastornos mentales graves y abuso de alcohol; *problemas inducidos por la emergencia* como duelo, alteraciones emocionales, depresión y ansiedad, incluyendo el trastorno de estrés postraumático y *problemas inducidos por la asistencia sanitaria*, citando la ansiedad debida a la falta de información respecto a la distribución de alimentos(9).

Signos y síntomas de alarma:

La *primera etapa* de respuesta después de un desastre está caracterizada por sentimientos de miedo, conmoción, ansiedad, desconsuelo o alivio de que otros miembros de la familia hayan sobrevivido. Un niño pequeño o un adolescente también pueden mostrar signos de querer ayudar y ponerse a disposición de los demás (6).

La *segunda etapa* puede presentarse varias semanas después del mismo. El niño puede volverse más exigente, irritable o necesitado. Algunos de ellos pueden retroceder a niveles anteriores de su desarrollo y mostrar signos como mojar la cama o temer a la oscuridad. Los niños más grandes pueden experimentar síntomas físicos como alteraciones del apetito, constipación, dolor de cabeza o falta de sueño. Durante el juego pueden manifestar enojo, hostilidad y violencia hacia otros. Algunos niños pueden usar el juego para recrear detalles del desastre. Éste es un mecanismo de defensa. También pueden exhibir “pensamientos mágicos”, cambiando el resultado final del desastre, incluso pueden creer que son responsables del desastre, dando lugar a la aparición de sentimientos de culpa. El niño o adolescente puede empezar a experimentar sentimientos marcados de insatisfacción o amargura si no se restablece rápidamente la estructura de su vida. Otros podrán apartarse de las circunstancias sociales o perder interés en actividades que antes disfrutaban. Algunos especialistas consideran que estas respuestas son normales dentro de las primeras semanas siguientes al desastre (6).

La *tercera etapa* es la etapa reconstructiva. En ella, los niños y los miembros de la familia intentan reconstruir sus vidas. Esta etapa puede tomar varios meses o incluso años (6).

Las manifestaciones de los signos y síntomas en el comportamiento, así como la manera en que cada niño o adolescente vive, comprende y le da significado a las situaciones experimentadas, varían según la etapa de desarrollo en la que se encuentren: pre-escolar, escolar y adolescencia(10).

Pre- escolares (11):

- Recuerdos recurrentes, pensamientos, fantasías sobre aspectos del evento catastrófico.
- Perturbación del contenido de los sueños.
- Expresiones de temor, no quieren alejarse de los padres.
- Episodios de ansiedad.
- Se muestran irritables e impacientes.
- Desobediencia y difícil manejo.
- Juego compulsivo imitando aspectos del evento.

Escolares (11):

- Desorganización del sistema nervioso autónomo.
- Apetito/sueño/eliminación alterados.
- Dificultad para la concentración
- Dificiles de manejar en la escuela
- Dificultad para volver a sus rutinas e intereses.
- Cierta pérdida de hábitos, costumbres y aptitudes.
- Ansiosos e irritables en situaciones nuevas.

Adolescencia (10):

- Síntomas de ansiedad con somatización de la angustia.
- Crisis de angustia y a veces de pánico.
- Depresión.
- Consumo de alcohol o drogas con posibles cambios en la conducta.
- Comportamientos de transgresión de reglas y desafío a la autoridad.

Principales manifestaciones psicológicas de los niños tras sufrir un desastre natural (7):

<u>Grupo de edad</u>	<u>Reacciones en las primeras 72 horas</u>	<u>Reacciones en el primer mes</u>	<u>Reacciones en el segundo y tercer mes</u>	<u>Reacciones a medio y largo plazo</u>
0 a 2 años	-Excitación. -Gritos y llanto frecuente. -No se duermen o se despiertan frecuentemente. -Reaccionan exageradamente a cualquier estímulo.	-Trastornos del sueño. -Pérdida del apetito. -Apego excesivo a los padres. -Apatía. -Conductas regresivas.	-Alteraciones del sueño. -Aumenta la tolerancia a la separación física. -LLanto injustificado.	-Recuerdos y pensamientos recurrentes. -Fantasías, sobre aspectos del evento catastrófico. -Ansiedad. -Dificiles de manejar. -Juego compulsivo

				imitando aspectos del evento.
3 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> -Cambios en el comportamiento. -Temor exagerado por cualquier estímulo. -Desorientación espacial. -Alteraciones del sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> -Conducta regresiva. -No tolerancia a estar solos. -Pérdida o aumento del apetito. -Trastornos del sueño. -Tartamudo o pérdida del habla. -Miedos específicos: a seres o situaciones reales o fantásticos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Rechazan la escuela. -Dolores de cabeza y cuerpo. -Negación a comer o comen en exceso. -Juegan repetidamente al suceso traumático. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desorganización del sistema nervioso autónomo. -Dificultad para volver a las rutinas. -Ansiosos e irritables.
6 a 11 años	<ul style="list-style-type: none"> -Pasividad. -Agresividad, irritabilidad. -Confusión y desorientación. -Llanto frecuente. -Conductas regresivas. -Problemas en el lenguaje. 	<ul style="list-style-type: none"> -Miedo injustificado. -Dificultad para estar quietos. -Dificultad para mantener la atención. -Dolores de cabeza y otras quejas somáticas. -Juegan repetidamente al suceso traumático. 	<ul style="list-style-type: none"> -Dificultad de concentración. -Rechazo a ir a la escuela. -Sienten culpa. -Parecen retraídos o tímidos. -Juegan repetidamente al suceso traumático. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desorganización del sistema nervioso autónomo. -Dificultad para volver a las rutinas. -Ansiosos e irritables.
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. -Perdida de sueño. -Dolores de cabeza y de cuerpo. -Pérdida de interés por las actividades comunes. 	<ul style="list-style-type: none"> -Rebelión con la familia o la autoridad general. -Problemas de comportamiento. -Huida de casa. -Rechazo a la escuela. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ansiedad. -Angustia. -Consumo de alcohol y drogas. -Transgresión de reglas y desafío a la autoridad.

Figura 1. Principales manifestaciones psicológicas de los niños tras sufrir un desastre natural. Fuente: Guía de Salud Mental de la OPS.

Dado que los menores permanecen gran cantidad de tiempo en los ambientes escolares, es importante conocer que reacciones esperables pueden presentarse en los alumnos que han sufrido el impacto de un desastre y retornan a las actividades académicas (7).

Si dichas manifestaciones persisten más de tres meses o si se acentúan a pesar de la atención, debe pensarse en la necesidad de una evaluación individual más profunda para definir una derivación a un profesional de la salud mental. Igualmente se realiza dicha derivación cuando se detectan signos y síntomas de alarma (7).

Y en cuanto a los signos de alarma fisiológicos, psicológicos y en el contexto escolar, que pueden presentar los niños según edades, son los siguientes (7):

<u>Grupo de edad</u>	<u>Signos psicológicos de alarma</u>	<u>Signos fisiológicos de alarma</u>	<u>Signos de alarma en el contexto escolar</u>
0 a 2 años	-Pérdida del apetito o rechazo continuo a la comida. -Permanece mudo o excesivamente en situación de silencio. -Excesiva inquietud. -Rechazo o evitación de la madre. -Evita el contacto visual. -Balanceo o giro permanente de la cabeza.	-Pérdida significativa de peso. -Vómitos, náuseas y rechazo continuo al alimento.	
3 a 5 años	-Rechazo al contacto. -Autoagresión. -Aislamiento. -Silencio permanente. -Manifestación de deseo de muerte.	-Autolesiones. -Pérdida significativa de peso o sin ganancia de peso para la edad.	-Rechazo total a la escuela. -Autoestimulación o balanceo permanente. -Pérdida de la comunicación.
6 a 11 años	-Deseos de huida de casa o de muerte. -Aislamiento y tristeza permanente.	-Pérdida de peso significativa. -Quejas somáticas frecuentes. -Presencia de lesiones autoinflingidas como morderse.	-Rechazo total a la escuela. -Crisis grave de ansiedad al estar en la escuela. -Desorientación. -Pérdida de contacto con la realidad.
12 a 18 años	-Deseos de huir de casa o morirse. -Consumo de	-Pérdida de peso significativa. -Evidencia de	-Manifestación de deseos de morir o matarse.

	alcohol u otras sustancias psicoactivas. -Presencia de conductas antisociales como robo, hurto... -Comportamiento sexual promiscuo o perverso.	intoxicación con sustancias psicoactivas o alcohol. -Intentos de suicidio. -Sintomatología somática persistente: diarrea constipación...	-Agresividad grave contra otros o contra sí mismo. -Consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.
--	--	--	--

Figura 2: signos fisiológicos, psicológicos y escolares de alarma: Fuente: Guía de salud mental de la OPS.

Trastornos psíquicos más frecuentes en niños tras una catástrofe

En situaciones de emergencias, las patologías psíquicas más observadas son de tipo depresivo y de ansiedad, así como los trastornos por estrés agudo y por estrés postraumático (12).

- Trastornos depresivos y/o de ansiedad (12)

Manifestaciones clínicas (12)

El paciente presenta una gran variedad de síntomas psíquicos o físicos relacionados con la angustia, frustración y tristeza. En ocasiones, el cuadro se manifiesta en forma de un ataque o crisis aguda, que requiere una atención de emergencia. Las expresiones más frecuentes son:

- Estado de ánimo bajo o tristeza.
- Pérdida de interés o de capacidad de disfrutar.
- Ansiedad, tensión o nerviosismo.
- Intranquilidad.
- Preocupaciones constantes.
- Temblores.
- Trastornos del sueño.
- Astenia o fatiga y pérdida de energía.
- Falta de concentración.
- Trastornos del apetito.
- Ideas o actos suicidas.
- Pérdida o disminución del deseo sexual.
- Palpitaciones.
- Mareos.
- Sequedad de boca.

Pautas de actuación (12)

- Informar al paciente y sus familiares que estas manifestaciones no son consecuencia de la falta de voluntad para enfrentar los problemas, sino que la situación por la que ha pasado la persona puede causar estos trastornos emocionales. El apoyo familiar y social es muy importante.
- Permitir que hable libremente y transmitirle apoyo, confianza y seguridad.

- Identificar factores predisponentes que existían previo a la situación traumática.
- No aborde inicialmente los temas más dolorosos, aunque tampoco impida que lo haga si así lo desea.
- Animarlo a que retome su vida normal. Planificar actividades que ocupen a la persona, lo distraigan y ayuden a reforzar la confianza en sí mismo. Identificar y reforzar las actividades que ha podido realizar con éxito.
- Tratar de alejar pensamientos pesimistas o preocupaciones exageradas por diferentes métodos.
- Si existen síntomas físicos, intentar averiguar la conexión entre estos y el estado emocional. Evaluar si pudiera existir otra enfermedad concomitante.
- Búsqueda de alternativas para el enfrentamiento y/o solución de problemas.
- Animar al paciente para que practique métodos de relajación y ejercicios físicos.
- Es recomendable que tome infusiones calientes por las noches como tranquilizantes.
- Evaluar un posible riesgo de suicidio y tomar la conducta recomendada en estos casos.

En la crisis de ansiedad, las respiraciones suelen ser rápidas y superficiales. Si le pedimos que el paciente realice inspiraciones más profundas y respire por la nariz se consigue hacer más lenta la frecuencia respiratoria. Una vez controlada la respiración se puede intentar técnicas de relajación sencillas (12).

- Trastorno por estrés agudo (12)

Es un cuadro de carácter agudo que aparece como consecuencia de la exposición al evento traumático. De acuerdo al nivel de intensidad y presencia de síntomas se clasifica en ligero, moderado o grave. Las manifestaciones clínicas aparecen dentro del plazo de una hora posterior al psicotrauma y deben desaparecer o aliviarse en un término no mayor a 48 horas.

Manifestaciones clínicas: (12)

- Manifestaciones de ansiedad generalizada que incluye tensión, angustia, dificultad para la concentración, intranquilidad y algunos síntomas físicos.
- Desesperanza o frustración.
- Tristeza o manifestación de duelo excesivo e incontrolable.
- Aislamiento social.
- Irritabilidad.
- Puede aparecer desorientación o estrechamiento de la conciencia.

Pautas de actuación: (12)

- Proveer información a los padres, destacando la transitoriedad de los síntomas que se han producido por el evento traumático vivido.
- De acuerdo a las circunstancias y, si el caso lo requiere, puede proporcionársele reposo y tranquilidad durante un breve tiempo en el contexto familiar.
- Aplicar las pautas señaladas en el trastorno depresivo ansioso.

- Conducta o ideación suicida (12)

La conducta suicida, como consecuencia de situaciones de desastres (en la fase crítica), no resulta tan frecuente; sin embargo, se observa un incremento de la ideación suicida, en

relación con los sentimientos de culpa del sobreviviente y en casos de experiencias traumáticas extremas. La predicción de los actos suicidas, al igual que otras conductas humanas, no resulta una tarea fácil; la evaluación del riesgo es compleja.

Factores o condiciones que incrementan el riesgo suicida: (12)

- Ideación suicida intensa y persistente.
- Intentos suicidas previos.
- Existencia previa de trastornos psíquicos, en especial depresión intensa y persistente.
- Alto grado de exposición al evento traumático o haber sufrido pérdidas de gran magnitud.
- Plan suicida desarrollado y disponibilidad de medios para ejecutarlo.
- La falta de apoyo social y familiar.
- Dificultades socioeconómicas.
- Padecer enfermedades crónicas e invalidantes.

Pautas de actuación: (12)

- En un primer momento, no censure ni critique duramente su conducta; tampoco, la juzgue de una manera superficial o ligera.
- Trate de convencerlo que es mejor posponer cualquier decisión importante y disponerse a recibir ayuda.
- Converse con el paciente y evalúe la situación ocurrida en su conjunto.
- Evalúe el riesgo suicida futuro.
- Alerta a la familia para que lo mantenga bajo observación y cuidado.
- Tratar la depresión u otra patología concomitante. Adoptar similares medidas que en caso de depresión y/o ansiedad.

- Trastornos disociativos o de conversión (12)

Manifestaciones clínicas: (12)

- La presentación suele ser súbita y está relacionada con la situación y las circunstancias vividas.
- El paciente presenta síntomas físicos poco frecuentes que no tienen causa biológica aparente, tales como ataques epilépticos, excitación, agitación, amnesia, estado de trance o pérdida de conciencia, anestesia, trastornos visuales, etc.
- Los síntomas pueden ser dramáticos, aparentemente inusuales y variables. Habitualmente, desaparecen rápido y sin dejar secuelas.

Pautas de actuación: (12)

- Animar al paciente a que relacione las situaciones, pérdidas y dificultades recientes con sus síntomas.
- Promover en el paciente la búsqueda de soluciones positivas para su situación sin reforzar los síntomas existentes. Evitar que, como consecuencia del episodio, obtenga ganancias secundarias y que aprenda a utilizar la crisis para escapar de los problemas o solucionarlos de manera fácil.
- Recomendar un breve período de descanso, pero desaconsejar una prolongada retirada de las actividades habituales.
- Debe evitarse el uso de sedantes o somníferos, reservándolos para aquellos casos en que sea.

- Trastorno psicótico agudo (12)

En los desastres naturales y otras emergencias no se ha demostrado que exista un aumento en la incidencia de psicosis, aunque como consecuencia de experiencias traumáticas intensas pueden presentarse ocasionalmente cuadros agudos de corta evolución o descompensaciones de enfermos preexistentes. También debe descartarse una causa orgánica, pues en esas circunstancias la persona puede haber recibido un trauma o padecer una enfermedad infecciosa o tóxica. Las psicosis de larga evolución, como la esquizofrenia solo aparecen como descompensaciones en sujetos que ya estaban enfermos con anterioridad.

Las psicosis se corresponden, aproximadamente, con los cuadros que, en el lenguaje popular, se conocen como "locura".

Sus manifestaciones clínicas son: (12)

- Alucinaciones (oír voces, sentir o ver cosas de origen desconocido).
- Ideas delirantes (ideas o creencias extrañas o irreales).
- Confusión.
- Temor y/o desconfianza.
- Actividad excesiva y/o comportamiento extravagante.
- Retraimiento.
- Lenguaje desorganizado o anormal.
- Respuestas emocionales exageradas e inestabilidad emocional.

Deben considerarse como posibles causas orgánicas las siguientes: (12)

- Epilepsia.
- Intoxicación o abstinencia de drogas o alcohol.
- Infecciones o enfermedades febriles.
- Traumas craneales.

En estos casos, debe atenderse primariamente la enfermedad de base. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones no se deben a lesiones del sistema nervioso. Pueden ser reacciones agudas que evolucionan rápidamente hacia la curación o, en otros casos, son episodios de un trastorno de larga evolución como la esquizofrenia.

Pautas de actuación: (12)

- Que sus familiares y amigos refuercen sus vínculos con la realidad.
- Que sus necesidades básicas sean cubiertas (alimento y ropa). Debe cuidarse que duerma suficientemente.
- Cuidar la seguridad e integridad del paciente y de quienes lo rodean.
- Reducir al mínimo la ansiedad, la inquietud y la excitación.
- No discutir sobre los contenidos irreales o inadecuados del pensamiento.
- Evitar confrontaciones o críticas.
- Animar a que realicen una vida normal en cuanto mejoren sus síntomas.
- Valorar el uso de medicamentos específicos como los neurolépticos, que deben ser prescritos por un médico, e incluso el internamiento en un hospital por un periodo limitado de tiempo si fuera necesario.

- Los estados de pánico (12)

Ha sido un mito o una creencia sustentada por algunos que en situaciones de desastres y emergencias se producen estados colectivos de pánico. Se ha demostrado que éste no es un fenómeno frecuente y solo se observa en circunstancias muy específicas, por ejemplo, en un ataque terrorista.

El pánico colectivo se instaura de manera brusca o progresiva y se caracteriza por un alto nivel de tensión y angustia que se torna intensa, anormal e incontrolable. La conducta de las personas se desorganiza y se hace muy desadaptativa. El pánico es una respuesta desproporcionada que tiende a propagarse.

Desde el punto de vista individual, el trastorno de pánico o ansiedad paroxística se describe como un episodio que se inicia bruscamente, alcanzando su máxima intensidad en segundos y tiene una duración de minutos. El diagnóstico se hace por la presencia de algunos de los siguientes síntomas.

Síntomas somáticos y autonómicos: (12)

- Palpitaciones.
- Escalofríos.
- Temblores o sacudidas de la boca.
- Dificultad para respirar.
- Sensación de ahogo.
- Dolor, malestar u opresión en el pecho.
- Malestar abdominal.
- Náuseas.

Síntomas generales y psíquicos: (12)

- Angustia o tensión extrema.
- Sensación de pérdida de control.
- Miedo a morir.
- Mareos y/o desmayos.
- Sensación de irrealidad o de sentirse extraño en la situación en que está.
- Oleadas de calores.
- Adormecimiento o sensación de hormigueo.

Pautas de actuación: (12)

- Expresarle al paciente que los cuadros de pánico pueden verse en estas circunstancias relacionados con la experiencia traumática, pero que es un problema controlable y que se aliviará en poco tiempo.
- Esforzarse por controlar la ansiedad; en la medida que la angustia disminuya, también lo harán los síntomas físicos.
- Permanecer acompañándolo en el lugar hasta que pase el ataque.
- Practicar la respiración lenta y prolongada.

- Trastorno por estrés postraumático (12)

Para algunos autores el trastorno de estrés postraumático es el diagnóstico más frecuente en situaciones de conflictos armados y desastres. Es un cuadro que surge después de sucesos angustiosos de naturaleza excepcionalmente peligrosa. Su prevalencia general en la población se ha estimado en un 0,37%. Sin embargo, también se ha cuestionado este

diagnóstico por considerarlo típico de determinadas culturas y por formularse con demasiada frecuencia; de hecho se ha argumentado que es una categoría diagnóstica inventada sobre la base de necesidades sociopolíticas (Summerfield, 2001). Independiente de estos señalamientos, no cabe duda sobre la presencia de estos cuadros (en diferentes modalidades) en períodos posteriores a la emergencia propiamente dicha.

Es un trastorno que aparece en el periodo de seis meses o más, posterior a sufrir un evento traumático muy significativo e impactante para la persona. Los criterios para el diagnóstico incluyen la duración de cuatro semanas o más de los siguientes síntomas: (12)

- Recuerdo continuado o re-experimentación del evento traumático: rememoraciones vívidas, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentar circunstancias parecidas.
- Evasión de situaciones similares o relacionadas con el evento traumático: esfuerzos para evadir pensamientos, gente, lugares y cosas que le recuerden lo sucedido.
- No recordar total o parcialmente el evento traumático
- Síntomas persistentes de sobreexcitación psicológica: insomnio, sueños desagradables, irritabilidad, explosiones de enojo, dificultades en la concentración, nerviosismo, sobresaltos, miedo e inseguridad.
- Otras manifestaciones como: disminución de interés en actividades que antes le atraían, aislamiento, se siente frío emocionalmente o deprimido, culpabilidad por haber sobrevivido, problemas en la escuela, con la familia o en el trabajo, abuso de alcohol o drogas e ideas de suicidio.

Pautas de actuación: (12)

Lo recomendado en los trastornos depresivos y de ansiedad, ideas suicidas y pánico puede ser útil para una primera actuación. No obstante, este es un cuadro que, por lo general, requiere de tratamiento especializado y como tal debe ser referido a un servicio de salud mental.

Intervenciones psicológicas (13)

Los tratamientos se centraron sobre todo en intervenciones psicológicas en los años posteriores a su reconocimiento formal. Los médicos de esta orientación afirmaron que el alivio de los síntomas logrados con las intervenciones farmacológicas fue superficial en el mejor de los casos, y en el peor de los casos, podría obstaculizar la resolución total del trauma.

Intervenciones farmacológicas (13)

Inicialmente, las intervenciones farmacológicas, como los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), se consideraron sólo como un complemento de la psicoterapia a largo plazo, generalmente para tratar los síntomas de la depresión concomitante experimentada por los pacientes con TEPT. Alrededor del año 1992, esta posición cambia considerablemente. Se afirmó que el tratamiento efectivo, a menudo requería el uso de intervenciones farmacológicas, aunque el conocimiento de los médicos sobre la eficacia de estos tratamientos en general era limitado. Los antidepresivos, en particular los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), han sido la intervención farmacológica utilizada más comúnmente. También se utilizan fármacos antipsicóticos, con mayor frecuencia en el caso de los pacientes que no responden adecuadamente a los antidepresivos y a la psicoterapia.

La combinación de las dos intervenciones puede mejorar aún más los resultados del tratamiento, en particular en los pacientes con enfermedades vinculadas, y el tratamiento farmacológico hace que la terapia de exposición sea más tolerable (13).

Actualmente no hay pruebas suficientes con respecto a los beneficios y los riesgos potenciales del tratamiento farmacológico y la psicoterapia combinados para el TEPT en comparación con cualquiera de las modalidades por separado. Los hallazgos no son para nada consistentes, se basan en un número pequeño de ensayos y en su mayoría no son representativos de las diversas presentaciones diferentes del TEPT observadas en la práctica clínica. No hay pruebas suficientes para poder determinar si existe alguna ventaja del tratamiento combinado sobre una única modalidad sola en pacientes con síntomas prolongados de TEPT (13).

Primeros auxilios psicológicos (14)

Los primeros auxilios psicológicos son la primera ayuda que se brinda a las víctimas de una emergencia, catástrofe o desastre. Tienen lugar cuando las dolencias de la persona no obedecen a daños físicos, sino a las emociones que tienen lugar en ese momento: miedo, tristeza, ansiedad... Las personas que ofrecen estos primeros auxilios no tienen por qué estar relacionadas con el ámbito sanitario, aunque sí necesitan un entrenamiento previo para poder enfrentarse a esta situación eficazmente.

Los objetivos de los primeros auxilios psicológicos son (14):

- Proporcionar alivio al sufrimiento emocional inmediato.
- Reducir el riesgo de que las reacciones psicológicas normales evolucionen a reacciones patológicas.
- Ayudar a satisfacer las necesidades básicas de gran parte de los supervivientes a desastres.

Los componentes de los primeros auxilios psicológicos son (14):

- Contactar con las personas.
- Analizar el problema y las posibles soluciones.
- Ejecutar la acción concreta.
- Dar seguimiento a la situación.
- Estimulación.
- Ofrecer información.

Procedimiento (14):

- Lo primero, mantener una actitud de escucha activa ante lo que las personas manifiesten.
- Valoración cuidadosa de las reacciones expresadas por los afectados e identificación con criterios claros a quienes requieren atención psicológica más urgente para ofrecerles un apoyo personalizado.
- Alejar a las personas en estado de “shock” o conmocionadas del lugar de los hechos, del ambiente traumático. Hacer que se sienta acompañada, hablarle con tono afectuoso y sereno.
- Si los afectados están confundidos o no saben exactamente que ha ocurrido, el personal encargado de llevar a cabo los primeros auxilios psicológicos se mantendrá relajado y tratará de subsanar las dudas de los damnificados.

- Si las personas que han padecido el desastre muestran agresividad, se tratará de acompañarla calmadamente, sin tratar de detenerla, salvo que su propia seguridad o la de otros esté comprometida o en peligro.
- Asegurarse de que la primera ayuda psicológica no interfiera en los primeros auxilios médicos ni interfiera en ellos.
- Apoyar a los supervivientes en sus necesidades básicas: alimentos, agua potable, cobijo, atención médica...

Evaluación de la salud mental y estrategias y tipos de ayuda (15).

Para la evaluación individual en salud mental se toman como período de referencia los primeros 30 días, a partir de la presentación del suceso (periodos crítico y post crítico inmediato). Este tiempo puede ser variable según la magnitud del desastre y las circunstancias específicas y se definen tres etapas del proceso (15):

- Inicial: se efectúa en las primeras 72 horas posteriores al evento. Es comunitaria, la comunidad participa en la primera respuesta a través de organizaciones comunitarias, grupos de socorro y salvamento o trabajadores de la salud del nivel primario. Esta información servirá de base para el análisis posterior especializado. Es básicamente cualitativa y general (15,16).
- Intermedia: registra la evolución de la situación de salud mental de forma continua durante las primeras cuatro semanas. Es especializada, cualitativa y cuantitativa (15,16).
- Final: se lleva a cabo al finalizar la etapa intermedia. Es también especializada, cualitativa y cuantitativa (15,16).

Las dos últimas etapas, requieren la participación del personal de salud mental y apoyo psicosocial, que debe ampliar y complementar la evaluación inicial comunitaria (16).

Labor de los padres para ayudar a sus hijos, tras haber sufrido un desastre

La adaptación de los padres a la situación de desastre es un factor importante en la adaptación del niño. La respuesta de ellos va a condicionar la de su hijo/os. Por ello han de asegurarse primeramente, de estar manejando bien su propio trauma psicológico y solicitar asistencia médica si es necesario. El niño y su familia pueden superar juntos el trauma por lo que deben fomentar la comunicación abierta y el apoyo mutuo (6).

Proponerse como objetivo ser una fuente de apoyo y seguridad para su niño. Escucharlo cuando exprese sus temores e inquietudes e intentar hacer énfasis en su valentía y coraje (6).

Después del desastre, intentar retomar su rutina diaria tan pronto como sea posible. Los niños se manejan bien con las rutinas ya que son reconfortantes porque les permiten tener expectativas realistas de su día. Servir las comidas en horarios regulares; establecer una hora para ir a la cama; asignar tareas y diligencias a los niños y adolescentes en edad escolar (6).

Algunos niños pueden manifestar interés en actividades de voluntariado que le dan un sentido a su vida. Intentar limitar la exposición de su niño o adolescente a imágenes perturbadoras o violentas en televisión o en Internet (6).

Llamar al pediatra del niño si (6):

- algunos comportamientos regresivos o destructivos duran más de un mes.
- su niño ha tenido trastornos del sueño permanentes, muestra falta de motivación, se vuelve retraído o dependiente, o presenta ansiedad recurrente.

Éste ayudara al niño a expresar su angustia, miedo, sentido de desmoralización, aislamiento y sus dependencias para con ello poder solucionar el problema que presente el niño (11).

Atención psicosocial a los niños afectados

Al detectar cualquiera de ellos, el personal que participa en la atención psicosocial, deberá (7):

- Hacer un contacto individual profundizando más en dichos signos.
- Compartir opiniones con los padres y buscar su colaboración.
- Definir si existe una posible causa orgánica que pueda explicar la alteración en el niño y si existen dudas al respecto, asegurar su evaluación médica y analizar en qué contextos se presentan.
- En caso de consumo de drogas u otras sustancias psicoactivas, tratar de determinar si se sabe de su distribución ilegal.
- Determinar el grado y riesgo de la urgencia.
- Analizar y decidir si son lo suficientemente persistentes y consistentes como para realizar una derivación a una consulta especializada con un profesional de la salud mental.
- Estar atento/a a los resultados de la evaluación especializada y atender a las instrucciones del profesional para el seguimiento cotidiano del niño.

No se debe de pensar en la derivación únicamente como una necesidad de medicación del niño. No existe evidencia clara de que el uso de psicofármacos en ellos, sea eficaz para aliviar los signos y síntomas más frecuentes en una reacción a un episodio de desastre natural y en caso de que se contemple esta posibilidad, se debe referir al niño a personal médico especializado en el manejo de dichos medicamentos(7).

Intervenciones y recomendaciones generales para la atención psicosocial a la infancia y adolescencia en situaciones de desastre y emergencias. Trabajo en grupos.

Las intervenciones deben ser precedidas por una planificación cuidadosa y una amplia evaluación del contexto local (entorno, cultura, antecedentes y naturaleza de los problemas, percepciones locales de sufrimiento y enfermedad, formas de enfrentar los problemas, recursos de la comunidad, etc (8).

Las intervenciones de salud mental deben ser realizadas en el marco de la atención primaria de salud (APS) general y deben maximizar la atención por parte de las familias y el uso activo de recursos dentro de la comunidad. La capacitación clínica en el servicio y la supervisión y el apoyo minucioso de los agentes de atención sanitaria primaria por parte de los especialistas de salud mental son un componente esencial de una integración exitosa de la atención de salud mental en la APS (8).

La mayoría de los problemas agudos de salud mental durante la fase de emergencia aguda se manejan mejor sin medicación, siguiendo los principios de los primeros auxilios psicológicos (escuchar, transmitir compasión, evaluar las necesidades, asegurar que se satisfagan las necesidades físicas básicas, no forzar la conversación, proporcionar compañía, preferentemente de la familia u otras personas importantes en su vida, estimular pero no forzar el apoyo social, proteger de un daño posterior (9).

Es posible que las consecuencias de las experiencias vividas, se traduzcan en la aparición de problemas o alteraciones más intensas y persistentes en el comportamiento y afectividad de niños y adolescentes, por ello es fundamental que se realice una detección temprana de los posibles trastornos para poder llevar a cabo las intervenciones adecuadas (10).

Las siguientes diez premisas básicas deben tenerse en cuenta a la hora de programar las intervenciones psicosociales dirigidas a los menores (7):

1. Iniciar tan pronto como sea posible las actividades de apoyo y recuperación emocional.
2. Disponer de información sobre los niños y adolescentes de la comunidad.
3. Proteger a los niños
4. Hablar sobre lo ocurrido.
5. Disponer de tiempo y paciencia.
6. Proveer seguridad y confianza.
7. Restablecer la cotidianidad a la mayor brevedad posible.
8. Respetar las diferencias culturales.
9. No separar a los niños de sus padres.
10. Permitir la expresión de los sentimientos, pensamientos y recuerdos.

Trabajo en grupos: (7)

La población infantil y juvenil responde muy bien a las técnicas de intervención grupal. Las actividades sugeridas, obviamente, se deben adaptar a las situaciones específicas de cada territorio, así como a los contextos comunitarios y culturales.

Éstas se pueden dividir en dos tipos: grupos psicoinformativos y grupos de atención y recuperación psicosocial (7).

<u>Grupos psicoinformativos</u>	<u>Grupos de atención y recuperación psicosocial</u>
Objetivo básico: -Informar y orientar. -Secundariamente esto genera tranquilidad y reducción de la angustia.	La recuperación emocional de los menores y su reincorporación a la vida cotidiana.
Facilitador: Requiere un entrenamiento simple.	Requiere un entrenamiento previo más amplio, con cierta práctica de servicios.
Escenarios: Espacios cotidianos, idealmente alrededor de actividades escolares o recreativas	Los mismos que en los psicoinformativos.
Apoyo externo:	Se recomienda que personal especializado o con conocimientos de

Usualmente no se requiere.	salud mental apoye y supervise los grupos.
Dinámica Se centra en la información, preferentemente con auxilio de medios audiovisuales, combinada con juegos o actividades deportivas.	Se centra en el desarrollo de actividades expresivas, así como de acompañamiento a los menores. Se pueden trabajar problemas específicos como el duelo. Los juegos, deportes y otras formas de diversión son un complemento.
Identificación de signos de alarma Puede ser un resultado de la actividad, pero no es un elemento central.	Es uno de los propósitos básicos del grupo.
Trabajo con los padres Es recomendable que se les suministre información a los padres, paralelamente.	El trabajo con padres y maestros es un complemento imprescindible en el trabajo de estos grupos.
Tiempo Los grupos informativos son de corta duración. Desaparecen antes de los 30 días o se convierten en grupos de apoyo psicosocial.	Deben tener una continuidad en el tiempo. Posteriormente, pueden quedar insertadas algunas actividades, conducidas por los maestros, en el marco de la escuela. La mayoría de los de las metodologías existentes, manejan un ciclo previamente programado.

Figura 3: Grupos terapéuticos. Fuente: Guía de salud mental de la OPS.

Necesidad de derivación del niño/a a un profesional de la salud mental.

Los tipos de desordenes mentales de niños, víctimas de desastres que necesitan ayuda profesional son los siguientes (11,17):

- Síndrome de culpa: sentimiento de culpabilidad.
- Desorden de estrés post-traumático.
- Síndrome de duelo patológico.
- Otros desórdenes severos como ansiedad, depresión, uso de alcohol y drogas y otros desórdenes psicosomáticos.
- Cualquier trastorno psíquico que persista a lo largo del tiempo (a pesar de la ayuda psicosocial recibida), sufrimiento intenso y dificultades persistentes para la readaptación familiar y social; así como riesgo de cualquier otra complicación.
- Casos en los que se sospecha una posible psicosis (“locura”).

Hay una serie de recomendaciones para realizar dicha remisión a la consulta del profesional que son las siguientes (7):

- Asegurarse de que el menor requiere realmente del servicio especializado.
- Es necesario conocer los dispositivos de salud mental que existen en la comunidad (servicios para niños, ubicación, condiciones, mecanismos y requisitos de acceso).

- Explicar al niño y a la familia por qué, a dónde y cómo va a ser referido. Referir al niño no significa abandonarlo: es necesario ser cuidadoso para no dar la impresión de abandono del niño.
- Si existen protocolos o procedimientos estandarizados para realizar las referencias, deben usarse.
- Escribir claramente los datos de identificación del menor y de los padres o cuidadores, y la dirección donde se encuentra el niño. Describir su estado actual y las razones por las que requiere la remisión.
- Informar al profesional de la entidad a la cual va a hacer la remisión, sobre la llegada del niño, su estado y la necesidad del servicio.
- De ser posible, acompañar al niño o asegurarse que va a ir en compañía de un adulto responsable.
- Exigir al profesional especializado un documento formal de contrarreferencia, que es aquel mediante el cual se retorna al paciente a su establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, una vez que se ha atendido satisfactoriamente la demanda. En él estarán especificados los resultados y las recomendaciones para el seguimiento.
- Mantener un registro de las remisiones y los resultados.
- Asegurar el seguimiento de los casos remitidos.

Y las recomendaciones básicas para la atención terapéutica especializada de niños en situaciones de emergencia son las siguientes (7):

Toda terapia debe reunir las siguientes condiciones: a) voluntaria; b) confidencial; c) breve y d) autorizada por los padres.

Cada profesional determina las técnicas más adecuadas. Sin embargo, como principio general, estos procedimientos deben ser breves en el tiempo, estar limitados más bien al aquí y el ahora (la problemática del evento traumático), atender a los signos de alarma y corresponder al contexto de la comunidad y la cultura.

Los grupos terapéuticos tienen en cuenta la edad y el desarrollo psicosocial de los niños. En general, se recomienda lo siguiente (7):

- Hasta los 2 años: psicoterapia con la madre o el padre.
- 3 a 5 años: psicoterapia a través del juego, moldeado o simbólico.
- 5 a 8 años: psicoterapia a través del dibujo, juegos, marionetas, etc.
- 9 a 12 años: diálogo y verbalización, juego de roles.
- 12 años o más: diálogo.

Niños en distintas situaciones de desastre

RESPUESTA PSIQUIÁTRICA ANTE EL DESPLOME DEL CANAL DE CLAPHAM (18).

Descripción del suceso (18):

Tres trenes colisionan justo al sur del canal de Clapham, inmediatamente después de las 8 horas de la mañana del día 12 de diciembre de 1988.

Dos de ellos, eran trenes de cercanías que llevaban alrededor de unos 1800 pasajeros, la mayoría venían de Hampshire y Dorset e iban a trabajar a Londres. El tercer tren iba vacío y venía de Waterloo.

35 personas murieron en dicho suceso (33 murieron en el acto, otro murió en el Hospital San Jorge y el otro murió más tarde, tras padecer lesiones graves). Otras 118 personas resultaron heridas y 38 de ellas fueron llevadas y admitidas en el departamento de accidentes y emergencias del hospital San Jorge, 10 de ellos en la UCI.

El Hospital San Jorge fue elegido como el hospital receptor, el cual está situado a 4 millas del accidente.

El personal médico y paramédico pertinente, fue enviado al lugar del accidente para atender a las múltiples víctimas.

Las operaciones de rescate fueron rápidas y el acceso al lugar era bueno, aunque un poco estrecho. Un banco escarpado hacia arriba del corte, trajo algunas dificultades para la evacuación.

La transferencia al hospital de las víctimas fue rápida, con 80 pacientes evaluados y 38 de ellos, enviados directamente al departamento de de accidentes y emergencias, todos ellos registrados por 10 horas, con el pico de admisión entre las 9.30 y las 9,50 horas. Dicho departamento, solo estuvo cerrado a los servicios locales durante 2 horas.

El primer autor (TB) llevo a cabo el nombramiento del psiquiatra de enlace, el cual, estaba de permiso y no pudieron contactar con él hasta las 16:30 horas. La respuesta del mismo se inicio junto con la colaboración del capellán del hospital.

El segundo autor (SH), se involucró a la mañana siguiente y es entonces cuando ambos dos autores, toman la responsabilidad de dirigir y coordinar la respuesta psiquiátrica.

Debido a la naturaleza de estos particulares eventos (donde los involucrados viven en comunidades con buenos servicios locales cercanos al accidente), el servicio implicado directamente en el accidente, no se vió ampliamente involucrado en cuanto al asesoramiento de los pacientes con TEPT (trastorno de estrés post-traumático) o sus familiares .Estas necesidades fueron satisfechas localmente y pasaron a formar parte de la respuesta del Hospital San Jorge en las dos primera semanas.

La respuesta inmediata (18):

Esa misma tarde del accidente (9 horas después) el departamento de emergencias y accidentes del Hospital San Jorge, continúa procesando las consecuencias del incidente y aún hay sobrevivientes de los cuales se desconoce su paradero. La respuesta final de muertos es aún incierta.

Tras una reunión entre el departamento de emergencias y accidentes del hospital y el capellán del mismo, se llegó al acuerdo de que debería haber otra reunión a la mañana siguiente para coordinar la respuesta psiquiátrica.

También se llevaron a cabo discusiones con la policía sobre los arreglos para el apoyo de los familiares que acudieron a identificar a los muertos.

REACCIONES DE ESTRÉS MÁS COMUNES DE LOS NIÑOS ANTE SITUACIONES COMO ESTAS (19):

Tanto en la literatura científica como trabajando con niños, que han sobrevivido a situaciones tales como la mencionada anteriormente y otras muchas similares de mayor y

menor índole y otros traumas personales de magnitud similar, se pueden describir algunas de las reacciones de estrés más comunes que éstos presentan y son las siguientes:

- *Disturbios del sueño:* Casi todos los niños tienen algún problema con el sueño en las primeras semanas. Tienen miedo a la oscuridad; a quedarse solos; tienen pensamientos intrusivos incluso cuando las cosas están tranquilas; malos sueños; pesadillas...y estos problemas suelen persistir durante varios meses. El uso de la música puede ayudar a distraer estos problemas.
- *Dificultades/desesperación:* Inicialmente, la mayoría de los niños quieren estar cerca de sus padres, normalmente duermen en la cama de ellos durante las primeras semanas y algunos padres angustiados les cuesta hacer frente a ello.
- *Dificultades para concentrarse:* Durante el día, los niños tienen mayores problemas de concentración, en el colegio especialmente. Cuando está en silencio la clase, suelen tener pensamientos intrusivos o desagradables acerca del evento traumático vivido.
- *Problemas de memoria:* Suelen tener problemas para recordar nuevas cosas o incluso con algunas habilidades aprendidas como puede ser leer música.
- *Pensamientos intrusivos:* Todos suelen tener pensamientos repetitivos acerca del evento traumático y a menudo se desencadenan por estímulos ambientales.
- *Hablar con sus padres:* Muchos no lo hacen por miedo a molestarlos. A menudo los padres son conscientes del sufrimiento de sus hijos, aunque no quieren admitirlo. Por ello en muchas ocasiones hay un gran sentimiento de frustración entre todos (padres e hijos).
- *Hablar con sus compañeros:* Los niños sienten una gran necesidad de contarles sus experiencias a sus compañeros pero desafortunadamente cuando lo hacen, no suele ser el momento adecuado y los compañeros a veces no les preguntan por miedo a molestarlos.
- *Mayor estado de alerta ante los peligros:* Muchos desconfían después del evento de los medios de transporte y no ponen su seguridad en manos de nadie.
- *Futuro ensombrecido:* Sienten que tienen que vivir el día a día al máximo y no pensar en los días que están por venir, sino vivir el momento.
- *Miedos:* Depende de donde se haya desarrollado el evento traumático, tienen miedo de ciertas cosas, por ejemplo en inundaciones pueden tener miedo al agua o incluso al sonido de ésta al correr.
- *Irritabilidad:* Se vuelven mucho más irritables que antes del evento, con sus padres y sus compañeros principalmente.
- *Depresión:* Se muestran clínicamente deprimidos después del suceso, incluso algunos abusan de las drogas y el alcohol llegando a sufrir sobredosis.
- *Duelo:* Se muestran tristes, deprimidos y las reacciones de duelo suelen complicar el presente cuadro de síntomas, pero deben ser atendidos lo antes posible.

- *Ansiedad y pánico*: Después de los desastres suelen mostrarse bastante ansiosos y presentar ataques de pánico, que en ocasiones aparecen más tarde de lo esperado. Hay que tratar de identificar los estímulos del entorno que producen dichos efectos e intentar eliminarlos en la medida de lo posible.

Todas estas reacciones comunes de estrés en los niños tras sufrir un desastre, están recogidas en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los trastornos post-traumáticos de la Asociación Americana de Psiquiatría (19).

PROBLEMAS EN LA EVALUACIÓN DE AFRONTAMIENTO DE LOS NIÑOS EN EL CONTEXTO DEL TRAUMA MASIVO (20)

La exposición a los traumas masivos ha contribuido a aumentar la preocupación por el bienestar de los niños, familias y comunidades. A pesar de la conciencia mundial sobre el impacto del trauma masivo sobre la juventud, poco se sabe sobre cómo afrontar y adaptar a los niños y adolescentes ante los desastres y terrorismo. Mientras que el afrontamiento todavía debe ser totalmente conceptualizado como una construcción unificada, el proceso de respuesta al estrés, incluye reconocidos componentes cognitivos emocionales y conductuales.

Desafortunadamente, la investigación en el complejo proceso de adaptación del trauma masivo en las escuelas, es un enfoque relativamente reciente. Se necesitan más estudios para crear consenso en la terminología, teoría, métodos y evaluación de técnicas, para ayudar a los investigadores y médicos en las técnicas de medición en niños, tanto en el contexto general como en el de trauma masivo. Los avances son necesarios en el área de evaluación del afrontamiento, para identificar factores internos y externos que afectan a las respuestas de estrés de los niños. Además, la comprensión del desastre por parte de éstos, puede permitir el desarrollo de programas de prevención e intervención, para promover la resiliencia en la secuela de eventos traumáticos.

En el artículo de Betty Pfefferbaum, Mary A.Noffsinger y Leslie H.Wind (21-24), se analizan las cuestiones teóricas y prácticas, en la evaluación del afrontamiento de los niños expuestos a traumas masivos e incluye recomendaciones para la guía de evaluación de afrontamiento dentro de este contexto especializado.

Afrontamiento en el contexto del trauma masivo (20)

En una serie de estudios llevados a cabo después del Huracán Andrew, La Greca (25) y Vernberg (26), propusieron un modelo conceptual que contiene varias variables, consideradas como fundamentales para entender las reacciones de los niños. El modelo, identificó el afrontamiento (junto con la exposición al desastre, las características preexistentes del niño y las características del medio ambiente después de la recuperación post-desastre), como el primer factor primordial para su consideración en la predicción de las reacciones de los niños, en el momento inmediato del desastre y también a largo plazo.

Por lo tanto los dos objetos críticos para la investigación del desastre y los esfuerzos clínicos son los siguientes (20):

1. Identificar como los niños afrontan los efectos devastadores de los desastres y el terrorismo.
2. Desarrollar programas de prevención e intervención para mejorar el afrontamiento eficaz.

Obtener información sobre la supervivencia infantil en las secuelas del trauma masivo, es esencial para conseguir estas dos metas. Sin embargo la situación post desastre es caótica y presenta numerosos obstáculos a la hora de aplicación de métodos de evaluación. Además de los obstáculos prácticos, médicos e investigadores que buscan entender las reacciones de los niños ante los desastres, pueden encontrarse con otras dificultades, como son los padres, que tienden a subestimar la angustia y el sufrimiento de sus hijos (27).

El concepto de afrontamiento, ha demostrado ser excepcionalmente difícil de definir y medir en salud pública y entornos clínicos (28). Entender como los niños hacen frente al desastre es esencial para la predicción y prevención de resultados adversos del desastre y es importante para mejorar su recuperación y desarrollo de las intervenciones.

Los temas principales de importancia en la evaluación de afrontamiento del desastre del niño, incluyen (20):

1. Definición de dimensiones de afrontamiento y estrategias.
2. Abordar el papel de la evaluación cognitiva.
3. Evaluar la eficacia de afrontamiento y efectividad.
4. Entender la función de apoyo de recursos externos.

Definición de dimensiones de afrontamiento y estrategias (20)

Idealmente, las preguntas deben ser diseñadas para reflejar los principales dominios teóricos de afrontamiento, como por ejemplo, problema y emociones centradas, control primario y secundario, compromiso (enfoco) y retirada (evitación).

Según Knapp (29), sugirieron que a los niños debe pedírseles que informen de todas las estrategias de afrontamiento que consideren, no sólo de las que se emplearon en última instancia.

Abordar el papel de la evaluación cognitiva (20)

El proceso de evaluación es el primer paso en la respuesta de afrontamiento de los niños al estrés del trauma masivo. Como éstos determinan el grado potencial de amenaza, daño o perdida causada por una situación, empiezan a responder con estrategias de afrontamiento cognitivo, emocional y conductual. El proceso de evaluación del estrés, es fundamental para determinar el tipo específico y la efectividad de las estrategias de afrontamiento empleadas.

Pueden utilizarse enfoques abiertos para obtener información detallada y compleja, relacionada con los procesos de evaluación de los niños y el uso de estrategias de afrontamiento y que sirven para avanzar en el conocimiento de los mismos y hacer frente al desastre.

Para realizar una evaluación del proceso, las evaluaciones de afrontamiento del desastre, deben incluir preguntas relacionadas con:

- Cuál es la primera estrategia de aprendizaje que el niño recuerda del evento, incluyendo determinados pensamientos, sentimientos y reacciones de comportamiento.
- La exposición del niño a lesiones relacionadas con el desastre, muertes, terror, perdidas o molestias, incluyendo el desplazamiento del hogar y separación de los seres queridos y amigos.

- El grado de temor, amenaza o daño y peligro para sí mismo u otros y el grado de controlabilidad experimentado, inmediatamente después de que el niño aprendió del evento, y en las horas, días y semanas después.
- Estrategias que fueron útiles en el tratamiento del impacto negativo inicial del evento.
- Estrategias que no fueron eficaces en el tratamiento de las reacciones negativas ante el evento.
- Reacciones persistentes al evento, incluyendo los síntomas relevantes y su impacto en el funcionamiento de los niños.

Evaluar la eficacia y efectividad del afrontamiento (20)

El proceso de evaluación y su efecto en los resultados relacionados con el desastre, son afectados por las percepciones del niño, de su propia capacidad para manejar el estrés. Se trata de una zona de exploración adicional durante el proceso de entrevista.

Los médicos deben preguntar a los niños, para valorar sus habilidades a la hora de manejar situaciones extremadamente estresantes en general, así como las específicamente relacionadas con el incidente.

Entender la función de apoyo de recursos externos (20)

Por último, el apoyo de recursos externos, es de vital importancia para los niños que dependen de otros para cuidar de ellos. Realizar preguntas abiertas sobre la presencia de padres, maestros y otros adultos claves, después de un desastre, proveen una base desde la que otras consultas pueden abordar temas relacionados con el tipo de apoyo, así como las percepciones de los niños de la cantidad y calidad del apoyo prestado.

TRATAMIENTO DE LOS NIÑOS TRAUMATIZADOS POR LA GUERRA Y EL TSUNAMI: UNA COMPARACIÓN ENTRE LA TERAPIA DE EXPOSICIÓN Y LA DE MEDITACIÓN-RELAJACIÓN EN EL NORESTE DE SRI LANKA.

Los estudios epidemiológicos han encontrado tasas de epidemia de trastornos psicológicos, particularmente TEPT (trastorno de estrés post-traumático), en niños que han sido afectados por la guerra (30) y los desastres naturales (31) y por guerra y desastre natural, combinados (32,33). Como normalmente, los mayores desastres afectan a países de bajos ingresos y debido a la situación de emergencia llaman para una gran variedad de ayuda humanitaria, los recursos para la prestación de asistencia de salud mental son generalmente muy bajos, a pesar de su gran necesidad.

En consecuencia, las intervenciones tienen que adaptarse al contexto de los desastres masivos. En particular, tienen que ser pragmáticas, cortas y administrables por los profesionales locales, sin larga formación o educación académica en campos médicos o psicológicos.

Sin embargo, puesto que la investigación ha demostrado que algunas intervenciones de trauma, pueden ser ineficaces o incluso perjudiciales en la fase aguda después del evento traumático (34,35), solo las intervenciones psicológicas con eficacia empíricamente comprobada, deben aplicarse durante la situación de emergencia.

A pesar de que los resultados de estudios de tratamiento para niños traumatizados, son aún escasos en comparación con la investigación sobre el tratamiento para adultos (36), algunos ensayos aleatorios en los países industrializados, han identificado estrategias efectivas para el tratamiento de los niños. En particular, la terapia conductual cognitiva (CBT) incluyendo las técnicas de exposición al trauma, ha demostrado ser eficaz para niños víctimas de abuso sexual (37-39) y otras formas de violencia (40,41). Los resultados de un estudio sobre la eficacia de la psicoterapia breve centrada en el trauma, que se ha llevado a cabo después del terremoto en Armenia (42), sugieren que la CBT junto con otros métodos, también pueden ser intervenciones prometedoras en el contexto de los desastres masivos.

El objetivo del estudio de los autores Claudia Catani (30,31), Mahendran Kohiladevy (32), Martina Ruf (31,33) Elisabeth Schauer (31) Thomas Elbert (31,33) y Frank Neuner (30,31), fue probar tratamientos a largo plazo aplicados por consejeros locales en la fase aguda después del desastre, en una población ya afectada por conflictos y crisis anteriores. Escogieron la Terapia de Exposición Narrativa (NET) centrada en el trauma desarrollado, para satisfacer las necesidades de los supervivientes traumatizados por la guerra y la tortura (43).

A diferencia de otros tratamientos para el TEPT, el paciente no identifica el evento traumático como un objetivo en la terapia. En cambio, NET, construye un relato que abarca toda la vida del paciente, dando una descripción detallada de las experiencias traumáticas pasadas. La eficacia del NET con adultos y adolescentes afectados por la guerra y la tortura, fue probada en estudios controlados aleatorizados (44-46).

KIDNET, una versión del NET adaptada para el tratamiento en niños (47), fue probado en un estudio piloto en un campamento de refugiados de Uganda, con niños refugiados somalís diagnosticados de TEPT (48,49), obteniéndose resultados prometedores.

Método

El estudio anteriormente citado (30-33), se llevó a cabo en respuesta a una evaluación inicial en los niños afectados por el tsunami en el noreste de Sri Lanka, en el marco de un programa de curso escolar. Inmediatamente después del desastre natural, se lleva a cabo una encuesta epidemiológica a niños, que viven en 3 comunidades costeras afectadas en distintas partes del país. Los resultados de la encuesta (33), fueron un 45% de prevalencia de estrés post-traumático entre los niños en el noreste del país afectado por el tsunami.

Entrevistas de diagnóstico y tratamientos posteriores, se realizaron en dos campos provisionales de refugiados en la aldea de Manadkadu, en la región de Vadamarachi, en el norte de Sri Lanka. Manadkadu fue completamente destruida por el tsunami.

Como muchas otras comunidades del noreste del país, el pueblo había sido severamente afectado por la guerra de Sri Lanka.

Participantes

La población escogida para la evaluación inicial, consistió en niños en el rango de edad comprendido entre los 8 y los 14 años, que estaban viviendo en campamentos recientemente construidos. Los 71 niños elegidos que estuvieron presentes en los mismos el día de la entrevista, fueron entrevistados.

Las entrevistas tuvieron lugar 3 semanas después del tsunami. Consecuentemente, el diagnóstico de TEPT aplicado aquí, era todavía provisional, aunque este diagnóstico

preliminar de TEPT, incluía todos los criterios del DSM-IV, excepto el del tiempo, que es un fuerte predictor para el desarrollo de TEPT crónico en niños (50).

Mientras que las demandas no cumplieron con los criterios de retraso mental, psicosis o cualquier otro trastorno neurológico, 31 niños cumplieron con los criterios de diagnóstico de TEPT preliminar y fueron informados sobre el ensayo aleatorizado que se iba a llevar a cabo. Todos ellos estaban dispuestos a participar y dieron su consentimiento informado por escrito. Además se obtuvo también consentimiento informado de uno de los cuidadores principales o padres de cada niño. El estudio fue aprobado por la Junta de Revisión Ética de la Universidad de Konstanz y por el Ministerio de Educación de Sri Lanka.

No se detectaron diferencias sistemáticas de grupo en ninguna de las variables sociodemográficas o características relacionadas con el trauma (50).

Procedimiento (51)

Cada niño que cumplía con los criterios de elegibilidad y que estaba dispuesto a participar, fue asignado al azar (usando una moneda), bien a la Terapia de Exposición Narrativa (KIDNET) o a la de meditación-relajación. Los tratamientos consistieron en 6 sesiones que duraban de 60 a 90 minutos cada una. En ambas condiciones de tratamiento, se contemplaron las 6 sesiones en un plazo de 2 semanas. A las 4 o 5 semanas después de la última sesión de tratamiento, se realizaron post-tests que incluían los mismos instrumentos utilizados en los pre-tests y fueron llevados a cabo por un grupo de consejeros locales, que eran ciegos para las condiciones del tratamiento de la persona participante.

Aproximadamente 6 meses después del tratamiento, el mismo grupo de entrevistadores, llevo a cabo una entrevista de seguimiento con los niños. Todos los entrevistadores fueron supervisados por el supervisor local y por una psicóloga de la Universidad de Konstanz. La mayoría de los exámenes de control y posteriores exámenes, se realizaron en un campamento transitorio, cuyos refugiados la gran mayoría procedían de un campamento provisional anterior.

Aquellos que se trasladaron a otros lugares, como por ejemplo casa de familiares, se les realizaron las entrevistas en esos respectivos lugares donde se encontraban.

Tratamiento (51)

Ambos módulos de tratamiento, consistieron en 6 sesiones que duraban de 60 a 90 minutos cada una y fueron llevados a cabo por 6 consejeras locales femeninas. Para descartar un posible efecto terapeuta, cada uno de ellos proporciona aproximadamente el mismo número de tratamientos y en las mismas condiciones.

La calidad y adherencia al tratamiento, fue supervisada por terapeutas cualificados, para poder completar un protocolo detallado después de cada sesión. Además dos psicólogos de la Universidad de Konstanz, así como la supervisora clínica local, llevaron a cabo observaciones al azar de las sesiones de terapia individual.

Durante toda la fase de tratamiento, se ofrecieron reuniones regulares para el equipo de terapeutas y no se detectaron mayores desviaciones en el protocolo de tratamiento propuesto.

Resultados (51)

Después de la aleatorización, 16 niños fueron elegidos para la terapia KIDNET y 15 fueron elegidos para la terapia de meditación-relajación. Todos ellos estaban de acuerdo en participar y completaron el tratamiento. Uno de los niños se trasladó a un lugar desconocido y no pudo ser localizado para los 6 meses del seguimiento.

Se planeó realizar tanto un tratamiento integrador completo, como un intento de análisis del mismo. Sin embargo como faltaba solo un caso, no hubo diferencias en los resultados entre las estrategias de análisis. Los resultados reportados aquí, se basan en el análisis de los 31 niños seleccionados para el post-test y de los 30 niños con información para el seguimiento.

DISCUSIÓN

Como ya hemos mencionado, los desastres y catástrofes, es algo que ocurre constantemente en todo el mundo y a pesar de ello, sus consecuencias sobre la salud mental hasta hace bien poco, han sido obviadas e infravaloradas, cuando la realidad es que sumen en un gran número de problemas a quienes las sufren. Niños, ancianos y mujeres son los grupos más vulnerables en estas situaciones, siendo esto debido en el caso de los niños, colectivo en el que me he centrado en este trabajo, a su menor comprensión de lo sucedido y sus limitaciones en comunicar lo que sienten.

Las patologías más prevalentes en los momentos subsiguientes a la catástrofe, sean naturales o causados por el hombre, son: en primer lugar, el síndrome de estrés postraumático; a continuación encontramos la depresión, y en tercer lugar, los trastornos de ansiedad (del tipo que sean), en cualquier grupo etario (niños, adolescentes, adultos o ancianos). Es importante mencionar la existencia de comorbilidad (de 2 o más patologías). En las personas que habitaban el lugar donde ocurrió el siniestro, o que han perdido algún ser querido o bienes materiales (casa, etc.), el desorden mental es más prolongado en el tiempo que en el caso de personas como turistas o personas con una mínima vinculación.

Los niños muestran semanas y meses después del suceso, comportamientos tales como miedo a la soledad; sufren regresiones; no quieren ir a la escuela o juegan repetidamente a recordar lo ocurrido; además de sufrir flashbacks y pesadillas. Los adolescentes aumentan el consumo de sustancias tóxicas.

Los padres son los primeros que han de adaptarse a la situación, ya que es un factor muy importante para que sus hijos lo consigan también. Por ello deben asegurarse de estar manejando bien su propio trauma psicológico y solicitar asistencia médica si fuera necesario.

El trabajo en grupos es importante con niños y adolescentes, ya que responden bien a las técnicas de intervención grupal. Las actividades deben adaptarse a las situaciones específicas de cada lugar, así como a los contextos específicos. Los grupos se dividen en psicoinformativos y de atención y recuperación social.

Los estudios con los que he trabajado han sido estudios descriptivos; estudios analíticos-observacionales, en los que el investigador no interviene, sino que se limita a observar y describir la realidad y otros analíticos-de intervención, en los que el investigador introduce variables en el estudio, interviniendo en la realidad y desarrollo del mismo. Y creo que hay una gran variedad por lo que observe al realizar las búsquedas bibliográficas, de estudios de todo tipo sobre la incidencia de los desastres en la salud mental, tanto de niños y adolescentes como de adultos; pero sobre todo de lo que más observe, han sido los de tipo analítico-de intervención.

Y en cuanto a mi opinión, creo que deberían desarrollarse más mecanismos de protección y defensa del colectivo concreto de los niños, ya que como se ha dicho, son uno de los grupos más vulnerables ante catástrofes y emergencias, debido a que van a emplear más tiempo en resolver las secuelas padecidas tanto físicas como psicológicas, además de tener toda una vida para convivir con ellas y también cuentan con una menor comprensión de lo sucedido y tienen más dificultades a la hora de comunicar sus sentimientos y pensamientos. Por todo ello, yo creo que se les deberían ofrecer sobre todo en los países en vías de desarrollo, que es donde con más frecuencia se producen estos eventos, programas o docencia específica de cómo actuar ante tales situaciones, para que en el momento de vivirlas, sepan afrontarlas de la mejor manera posible y sufran menos efectos derivados de las mismas.

CONCLUSIONES

Un desastre o catástrofe es una emergencia compleja ante la que una excelente prevención, puede minimizar los daños personales, materiales o medioambientales, pero nunca evitarlos.

Actualmente las estrategias de rehabilitación y recuperación, van encaminadas a satisfacer las necesidades básicas, pero estas son igual de importantes que una correcta atención psicológica en los momentos inmediatos al desastre y sobre todo en las semanas y meses posteriores, cuando los supervivientes en este caso los niños, comiencen a darse cuenta de lo sucedido.

La prevalencia de las enfermedades mentales post-desastre, no es igual por sexos, ni por edades, ni siquiera por la causa del evento y también repercuten mucho los condicionantes individuales de cada persona, de ahí que la prevención primaria, sea aún más difícil.

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 y requieren una intervención orientada básicamente a brindarles una sensación de seguridad, afecto y protección.

Las intervenciones de salud mental dirigidas a ellos, 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 intervenciones grupales (no especializadas), se clasifican en dos categorías: psicoinformativas y de atención y recuperación psicosocial.

Resulta imprescindible que los padres y todos los que se ocupan de la atención de los niños afectados, 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.

El ámbito de la salud mental en desastres es algo en lo que hay poco hecho y un largo camino por descubrir, por lo que está en nuestras manos el seguir investigando en ello, ya que los desastres o catástrofes sean del tipo que sean, seguirán ocurriendo año tras año y debemos estar preparados para ofrecer ayuda a todos aquellos que lo necesitan, para que puedan superar lo ocurrido y continuar con sus vidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres. *Plataformas Regionales para la Reducción del Riesgo de Desastres*. Disponible en: <http://www.eird.org/esp/inf-paises/principios-guia.htm>.
2. Fritz, C.E.: *Disaster*. En Merton, R.R. y Nisbett, R.A.: *Contemporary Social Problems*. Ed. Brace and World. Nueva York. 1961.
3. Artetxe, A.I. y De Niolás. L. *Experiencia traumática: Importancia del afrontamiento constructivo*. Letras de Deusto, volumen 22, número 53. P. 95-106.
4. Hutchins, G.L. y Norris, F.H. (1989). *Life change in the disaster recovery period*. En: *Environment and behaviour*. 21(1), 33-56.
5. Rodríguez J, Zaccarelli M, Pérez R – editores. *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2006. P. 1-8.
6. Mark Feldman, MD, FRCPC. *Psychosocial Issues for Children and Families in Disasters: A Guide for the Primary Care Physician*. 2010. Disponible en: <http://www.aboutkidshealth.ca/En/HealthAZ/Multilingual/ES/Pages/Psychological-Effects-of-Disaster-on-Children.aspx>.
7. Rodríguez J, Zaccarelli M, Pérez R – editores. *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2006. P. 97-125.
8. OMS. *Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos*. Ginebra 2003.
9. Oficina Panamericana de la Salud: *Apoyo psicosocial en emergencias y desastres*. Panamá. OPS; 2010. P.6-7.
10. Universidad de Chile. *Salud mental en niños y adolescentes en situación de desastre natural*. Marzo 2010. Disponible en: <http://www.med.uchile.cl/2010/marzo/4039-salud-mental-en-ninos-y-adolescentes-en-situacion-de-desastre-natural.html>.
11. Raquel E. Cohen, M.D, M.P.H. *Programa de salud mental en trauma y desastres para niños y adolescentes y sus familias*. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/108034319/Programa-De-Salud-Mental-Trauma-y-Desastres>.
12. OPS. *Manifestaciones psicosociales y pautas generales de actuación*. En: OPS. *Manual de Protección de la Salud Mental en situaciones de desastre y emergencias*. Washington DC. 2002. P.21-55.

13. Hetrick S, Purcell R, Garner B, Parslow R. *Tratamiento farmacológico y terapia psicológica combinados para el trastorno de estrés postraumático (TEPT)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 7. Art. No.: CD007316. DOI: 10.1002/14651858.CD007316.
14. Oficina Panamericana de la Salud: *Apoyo psicosocial en emergencias y desastres*. Panamá. OPS; 2010. P. 12-13.
15. Rodríguez J, Zaccarelli M, Pérez R – editores. *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2006. P. 9-41.
16. Oficina Panamericana de la Salud: *Apoyo psicosocial en emergencias y desastres*. Panamá. OPS; 2010. P.8-9.
17. Rodríguez J, Zaccarelli M, Pérez R – editores. *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2006. P. 43-72.
18. Yule W, Williams R. *Post traumatic stress reactions in children*. J Traumatic Stress 1990; 3:279-95.
19. Earls F, Smith E, Reich W, Jung KG. *Investigating psychopathological consequences of a disaster in children: A pilot study incorporating a structured diagnostic approach*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988; 27:90-5.
20. Pfefferbaum B, Noffsinger MA, Wind LH. *Issues in the Assessment of Children's Coping in the Context of Mass Trauma*. Prehosp Disaster Med.2012 June; 27(3): 272-279. doi: 10.1017/S1049023X12000702. Epub 2012 Jun 13.
21. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. *Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research*. Psychol Bull. 2001; 127(1):87–127. [PubMed].
22. Fields L, Prinz RJ. *Coping and adjustment during childhood and adolescence*. Clin Psychol Rev. 1997; 17(8):937–976. [PubMed].
23. Losoya S, Eisenberg N, Fabes RA. *Developmental issues in the study of coping*. Int J Behav Dev. 1998; 22(2):287–313.
24. Pfefferbaum B, Noffsinger MA, Wind LH, Allen JR. *Children's coping in the context of disasters and terrorism*. J Loss Trauma. In press.
25. La Greca AM, Silverman WK, Vernberg EM, Prinstein MJ. *Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: A prospective study*. J Consul Clin Psychol. 1996; 64(4):712–723. [PubMed].

26. Vernberg EM, LaGreca AM, Silverman WK, Prinstein MJ. *Prediction of posttraumatic stress symptoms in children after Hurricane Andrew*. J Abnorm Psychol. 1996; 105(2):237–248. [PubMed].
27. Stoppelbein L, Greening L. *Posttraumatic stress symptoms in parentally bereaved children and adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr. 2000; 39(9):1112–1119. [PubMed].
28. Compas BE, Epping JE. *Stress and Coping in Children and Families: Implications for Children Coping with Disaster*. In: Saylor CF, editor. Children and Disasters. Plenum Press; New York, NY: 1993. pp. 11–28.
29. Knapp LG, Stark LJ, Kurkjian JA, Spirito A. *Assessing coping in children and adolescents: Research and practice*. Educ Psychol Rev. 1991; 3(4):309–334.
30. Saigh PA. *The development of posttraumatic stress disorder following four different types of traumatization*. Behav Res Ther. 1991; 29:213–216. doi: 10.1016/0005-7967(91)90110-O. [PubMed] [Cross Ref].
31. Goenjian AK, Molina L, Steinberg AM, Fairbanks LA, Alvarez ML, Goenjian HA, Pynoos RS. *Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after hurricane Mitch*. Am J Psychiatry. 2001; 158:788–794. doi: 10.1176/appi.ajp.158.5.788. [PubMed] [Cross Ref].
32. Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, Fairbanks LA, Tashjian M, Pynoos RS. *Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence*. Am J Psychiatry. 2000; 157:911–916. doi: 10.1176/appi.ajp.157.6.911. [PubMed] [Cross Ref].
33. Neuner F, Schauer E, Catani C, Ruf M, Elbert T. *Post-tsunami stress: a study of posttraumatic stress disorder in children living in three severely affected regions in Sri Lanka*. J Trauma Stress. 2006; 19:339–347. doi: 10.1002/jts.20121. [PubMed] [Cross Ref].
34. Rose S, Bisson J, Wessely S. *A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma*. Psychother Psychosom. 2003; 72:176–184. doi: 10.1159/000070781. [PubMed] [Cross Ref].
35. Van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. *Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis*. Lancet. 2002; 360:766–771. doi: 10.1016/S0140-6736(02)09897-5. [PubMed] [Cross Ref].
36. Stallard P. *Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: a review of randomised controlled trials*. Clin Psychol Rev. 2006; 26:895–911. doi: 10.1016/j.cpr.2005.09.005. [PubMed] [Cross Ref].

37. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer RA. *A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004; 43:393–402. doi: 10.1097/00004583-200404000-00005. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref].
38. Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM, Staron V. *A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007; 46:811–819. doi: 10.1097/chi.0b013e3180547105. [PubMed] [Cross Ref].
39. Deblinger E, Steer RA, Lippmann J. *Two-year follow-up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms*. Child Abuse Negl. 1999; 23:1371–1378. doi: 10.1016/S0145-2134(99)00091-5. [PubMed] [Cross Ref].
40. Smith P, Yule W, Perrin S, Tranah T, Dalgleish T, Clark DM. *Cognitive-behavioral therapy for PTSD in children and adolescents: a preliminary randomized controlled trial*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007; 46:1051–1061. doi: 10.1097/CHI.0b013e318067e288. [PubMed] [Cross Ref].
41. Stein BD, Jaycox LH, Kataoka SH, Wong M, Tu W, Elliott MN, Fink A. *A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: a randomized controlled trial*. Jama. 2003; 290:603–611. doi: 10.1001/jama.290.5.603. [PubMed] [Cross Ref].
42. Goenjian AK, Karayan I, Pynoos RS, Minassian D, Najarian LM, Steinberg AM, Fairbanks LA. *Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma*. Am J Psychiatry. 1997; 154:536–542. [PubMed].
43. Schauer M, Neuner F, Elbert T. *Narrative Exposure Therapy (NET) – A short term intervention for Traumatic Stress Disorders after War, Terror or Torture*. Seattle: Hogrefe & Huber; 2005.
44. Bichescu D, Neuner F, Schauer M, Elbert T. *Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression*. Behav Res Ther. 2007; 45:2212–2220. doi: 10.1016/j.brat.2006.12.006. [PubMed] [Cross Ref].
45. Neuner F, Schauer M, Klaschik C, Karunakara U, Elbert T. *A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement*. J Consult Clin Psychol. 2004; 72:579–587. doi: 10.1037/0022-006X.72.4.579. [PubMed] [Cross Ref].
46. Schaal S, Elbert T, Neuner F. *Narrative Exposure Therapy versus group Interpersonal Psychotherapy – a controlled clinical trial with orphaned survivors of the Rwandan genocide*. Psychother Psychosom. 2008.

47. Neuner F, Catani C, Ruf M, Schauer E, Schauer M, Elbert T. *Narrative Exposure Therapy for the treatment of child and adolescent war victims: From neurobiology to field intervention*. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2008; 17:641–664. doi: 10.1016/j.chc.2008.03.001. [PubMed] [Cross Ref]
48. Onyut LP, Neuner F, Schauer E, Ertl V, Odenwald M, Schauer M, Elbert T. *Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: two case reports and a pilot study in an African refugee settlement*. *BMC Psychiatry*. 2005; 5:7. doi: 10.1186/1471-244X-5-7. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref].
49. Schauer E, Neuner F, Elbert T, Ertl V, Onyut LP, Odenwald M, Schauer M. *Narrative Exposure Therapy in Children: a Case Study*. *Intervention*. 2004; 2:18–32.
50. Meiser-Stedman R, Yule W, Smith P, Glucksman E, Dalgleish T. *Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in children and adolescents involved in assaults or motor vehicle accidents*. *Am J Psychiatry*. 2005; 162:1381–1383. doi: 10.1176/appi.ajp.162.7.1381. [PubMed] [Cross Ref].
51. Catani C, Jacob N, Schauer E, Kohila M, Neuner F. *Family violence, war, and natural disasters: a study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka*. *BMC Psychiatry*. 2008; 8:33. doi: 10.1186/1471-244X-8-33. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref].