

MÓDULO 9

Impacto emocional de los desastres en los niños y las familias

Brian Stafford | David Schonfeld | Lea Keselman | Carmen López Stewart



Impacto emocional de los desastres en los niños y las familias

Brian Stafford, MD, FAAP

David Schonfeld, MD, FAAP

Dra. Lea Keselman

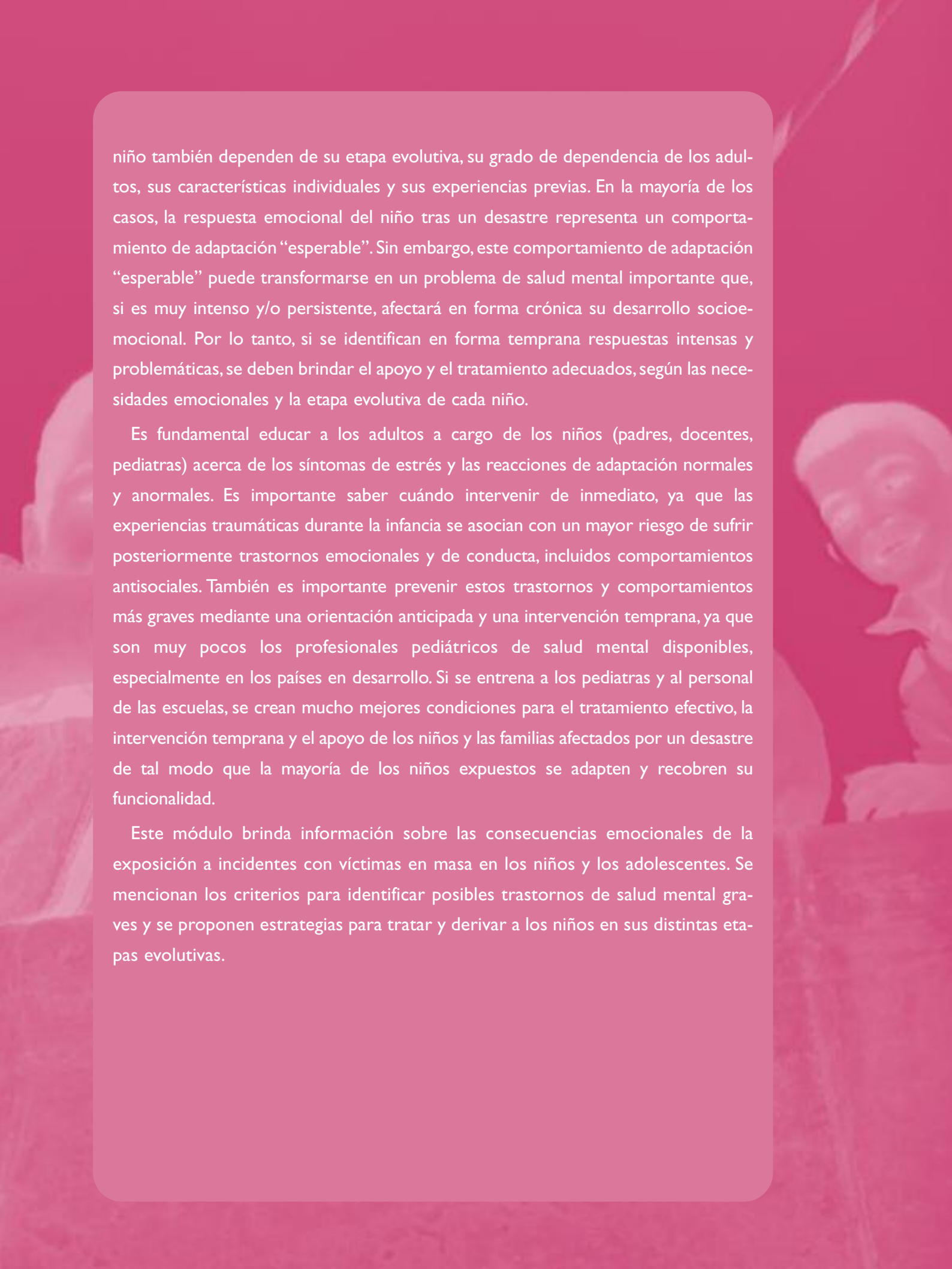
Dra. Carmen López Stewart

INTRODUCCIÓN

Además de sus efectos sobre la vida y la infraestructura de las comunidades, los desastres causan un estrés colectivo masivo que supera la capacidad de la población afectada para sobrellevar la carga física, emocional y económica. Los desastres afectan a millones de personas y provocan un sufrimiento social colectivo que exige un enorme esfuerzo de los individuos, las comunidades, las sociedades y la población mundial para superarlo.

Tradicionalmente, se ha prestado atención a las consecuencias físicas de los desastres a través de la atención médica inmediata y la búsqueda de soluciones a los daños provocados en los servicios sanitarios y ambientales (provisión de agua potable, eliminación de aguas cloacales y refugio). Recién en los últimos años se han reconocido las consecuencias inmediatas y a largo plazo sobre la salud emocional y mental de los individuos expuestos. Cuando un individuo debe enfrentar un desastre, se pone a prueba su capacidad de adaptación.

Los niños y los adolescentes son especialmente vulnerables a sus experiencias durante un desastre. Sin embargo, la reacción de un niño ante un desastre puede ser muy variable según las circunstancias, como 1) el grado de exposición, 2) el apoyo recibido durante el desastre y la recuperación, y 3) la magnitud de las pérdidas personales y de la desorganización social. Además, la respuesta y la adaptación de cada



niño también dependen de su etapa evolutiva, su grado de dependencia de los adultos, sus características individuales y sus experiencias previas. En la mayoría de los casos, la respuesta emocional del niño tras un desastre representa un comportamiento de adaptación “esperable”. Sin embargo, este comportamiento de adaptación “esperable” puede transformarse en un problema de salud mental importante que, si es muy intenso y/o persistente, afectará en forma crónica su desarrollo socioemocional. Por lo tanto, si se identifican en forma temprana respuestas intensas y problemáticas, se deben brindar el apoyo y el tratamiento adecuados, según las necesidades emocionales y la etapa evolutiva de cada niño.

Es fundamental educar a los adultos a cargo de los niños (padres, docentes, pediatras) acerca de los síntomas de estrés y las reacciones de adaptación normales y anormales. Es importante saber cuándo intervenir de inmediato, ya que las experiencias traumáticas durante la infancia se asocian con un mayor riesgo de sufrir posteriormente trastornos emocionales y de conducta, incluidos comportamientos antisociales. También es importante prevenir estos trastornos y comportamientos más graves mediante una orientación anticipada y una intervención temprana, ya que son muy pocos los profesionales pediátricos de salud mental disponibles, especialmente en los países en desarrollo. Si se entrena a los pediatras y al personal de las escuelas, se crean mucho mejores condiciones para el tratamiento efectivo, la intervención temprana y el apoyo de los niños y las familias afectados por un desastre de tal modo que la mayoría de los niños expuestos se adapten y recobren su funcionalidad.

Este módulo brinda información sobre las consecuencias emocionales de la exposición a incidentes con víctimas en masa en los niños y los adolescentes. Se mencionan los criterios para identificar posibles trastornos de salud mental graves y se proponen estrategias para tratar y derivar a los niños en sus distintas etapas evolutivas.



SECCIÓN I / VULNERABILIDAD EMOCIONAL

VULNERABILIDAD EMOCIONAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE EN SITUACIONES DE DESASTRE

OBJETIVOS

- Describir los tipos de experiencias infantiles que afectan la vulnerabilidad de los niños y los adolescentes.
- Identificar los principales factores que influyen sobre el impacto emocional de los desastres en los niños y los adolescentes.

El impacto de los desastres sobre la población infanto-juvenil se ve afectado por la vulnerabilidad de los niños y los adolescentes involucrados. Aunque los desastres afectan a casi todos los individuos en la zona donde impactan, ciertas poblaciones presentan características que los predisponen más a consecuencias negativas.

El bienestar psicológico de cada niño está determinado por: 1) el tipo y la intensidad de la exposición al evento, 2) el apoyo familiar durante el episodio y la recuperación, 3) el grado de alteración de la vida cotidiana y 4) la magnitud de la desorganización social y el caos. Además, la vulnerabilidad depende de las características individuales de cada niño, las circunstancias socioeconómicas de la familia y la comunidad, y los recursos disponibles en el entorno inmediato y la comunidad.

Características individuales que influyen sobre la vulnerabilidad

Las reacciones emocionales de los niños y adolescentes varían según ciertas características personales:

- **Edad o etapa evolutiva** (física, psicológica y social)
- **Grado de dependencia de los adultos de la familia o de las personas a cargo**
- **Sexo**
- **Salud física y mental previa**
- **Capacidad de adaptación o recuperación**

Edad o etapa evolutiva del niño

La edad y la etapa evolutiva determinan la respuesta emocional de un niño a un desastre. Si el niño no ha sufrido lesiones físicas, su capacidad intrínseca de adaptación le permitirá reanudar el juego normal, y las actividades educativas y de otro tipo adecuadas para su etapa madurativa.

Grado de dependencia de los adultos de la familia o de las personas a cargo

Los lactantes, los niños de 1 a 3 años y los preescolares dependen casi totalmente del cuidado de los adultos. Los niños en edad escolar también dependen mucho de los adultos. Los adolescentes, aunque menos dependientes, tal vez no tengan ni la expe-



La vulnerabilidad depende de las características individuales de cada niño, las circunstancias socioeconómicas de la familia y la comunidad, y los recursos disponibles en el entorno inmediato y la comunidad.



La capacidad de adaptación de casi todos los niños, especialmente de los más pequeños, depende de la disponibilidad emocional de quienes los cuidan.

riencia ni la capacidad cognitiva para entender y proyectar las consecuencias inmediatas o a largo plazo del desastre. Sin embargo, pueden tener en cierta medida más autonomía y reaccionar de manera independiente de quienes los cuidan. La capacidad de adaptación de casi todos los niños, especialmente de los más pequeños, depende de la disponibilidad emocional de quienes los cuidan. Los niños pueden padecer intensos sentimientos de abandono cuando se los separa de los adultos de la familia que sufrieron lesiones o traumatismos, que han muerto o que están realizando trabajo comunitario.

Sexo

Debido a las diferencias culturales y biológicas entre varones y niñas, es más probable que los varones manifiesten más síntomas conflictivos o exterioricen problemas de conducta y necesiten períodos de recuperación más prolongados. Los varones suelen reaccionar con conductas agresivas, violentas y antisociales. Esto los puede exponer a otras situaciones traumáticas. Las niñas, en cambio, son más proclives a interiorizar trastornos como la depresión y la ansiedad. Presentan asimismo riesgo de violencia interpersonal (violación) durante el desastre y después. En algunas culturas, las niñas quizá quieran y puedan verbalizar más sus experiencias.

Salud física y mental previa

Tener una enfermedad física crónica es un factor de riesgo de una mala adaptación después de un desastre. Además, los antecedentes de situaciones traumáticas o pérdidas, problemas familiares o trastornos emocionales/conductuales aumentan las posibilidades de que tras el desastre la alteración emocional sea más intensa y persistente.

Capacidad de adaptación o recuperación

La capacidad de adaptación o recuperación permite a un individuo sobrellevar las circunstancias adversas de manera más efectiva. Muchos varones y niñas, a pesar de su vulnerabilidad, poseen recursos internos para adaptarse a las situaciones de desastre. Esto, que quizá se deba a su temperamento, probablemente se relacione más con haber sido criado por una persona que le ha permitido desarrollar confianza en sí mismo y aptitudes de adaptación para afrontar las circunstancias traumáticas.

Los niños con mayor capacidad de adaptación y recuperación pueden dirigir su energía a intereses adecuados a su nivel madurativo, como el juego, la amistad y el aprendizaje. Lo mejor es exigirles lo menos posible que asuman roles paternos incompatibles con sus propias necesidades madurativas y emocionales.

Factores que influyen en el impacto emocional del desastre sobre los niños

Los desastres que causan mucho daño o situaciones caóticas prolongadas, o que se producen sin demasiado aviso, tienden a generar más angustia. En el **Cuadro 1** se enumeran algunos factores que influyen sobre el tipo y la intensidad del impacto emocional que experimentan los niños afectados por un desastre.

Tipo, magnitud y duración del desastre

El daño psicológico es menor en situaciones agudas, de corta duración, con pocos cambios en la vida cotidiana que en aquellas más prolongadas que provocan alteraciones importantes en el medio social.

1

CUADRO I. Factores que influyen en el impacto emocional del desastre sobre los niños

- Tipo, magnitud y duración del desastre
- Exposición directa al desastre
- Percepción de una posible amenaza a la propia vida o a la de un ser querido
- Separación de las personas a cargo
- Lesión física
- Efectos sobre los padres o adultos a cargo
- Recursos internos de la familia, y características de la relación y la comunicación entre sus miembros
- Exposición de los niños a los medios masivos de comunicación
- Diferencias culturales
- Grado de desorganización y alteración de las rutinas cotidianas, y pérdida del control social en la comunidad
- Respuesta de la comunidad

Exposición directa al desastre

Cuando los niños son testigos directos del impacto de un desastre, las consecuencias emocionales son más graves.

Percepción de una posible amenaza a la propia vida o a la de un ser querido

Como la percepción subjetiva de una amenaza para la vida de una persona es un fuerte factor de riesgo de trastornos emocionales, su evaluación es tan importante como la de cualquier riesgo objetivo. En los niños, creer que los padres pueden morir también es un importante factor de riesgo de presentar un trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Separación de las personas a cargo

Los niños que sufrieron una situación traumática tienen más posibilidades de presentar TEPT si no están con sus padres o son separados de ellos inmediatamente después del desastre.

Lesión física

La lesión física y el dolor relacionado con ella se asocian con síntomas de TEPT crónico.

Efectos sobre los padres o adultos a cargo

Los niños son sensibles al efecto del desastre sobre su familia y la comunidad. Los adultos, normalmente encargados de brindar apoyo, protección y estabilidad, quizá sean incapaces de proporcionar refugio, alimentos o seguridad. Quizá no puedan responder de manera adecuada al sufrimiento emocional de los niños, porque están incapacitados por su propia reacción emocional. Los niños se ven afectados por la respuesta al desastre de los adultos a cargo. Cuando el adulto se siente abrumado, con frecuencia genera angustia al niño. Los trastornos emocionales o de conducta de los adultos a cargo suelen aumentar los sentimientos de inseguridad y miedo de los niños y la probabilidad de trastornos emocionales y de conducta a largo plazo.

Recursos internos de la familia: relaciones y comunicación entre sus miembros

Es más probable que las familias que se caracterizan por relaciones de tensión y conflicto previas al desastre no se adapten a la situación o reaccionen de modo desorganizado. Esto puede generar sentimientos de impotencia e inseguridad en los niños.

Exposición de los niños a los medios masivos de comunicación

La exposición reiterada a imágenes aterradoras por televisión tiene un impacto emocional importante en los niños. Ellos

pueden malinterpretar las imágenes y pensar que la situación persiste. Algunas imágenes pueden ser muy gráficas y resultar abrumadoras y atemorizantes para los niños pequeños y afectar también a los niños más grandes y a los adolescentes. La exposición indirecta al desastre a través de la televisión se asocia con ansiedad y otros trastornos emocionales. Los adultos deben controlar y restringir las imágenes que sus niños reciben a través de todos los medios de comunicación, pero en especial de la televisión.

Diferencias culturales

Los niños y las familias que han padecido experiencias traumáticas, como violencia, maltrato y separación de los adultos a cargo están más expuestos a tener reacciones emocionales adversas graves ante un desastre. Una red social fuerte y amplia puede actuar como “amortiguador” frente a estas reacciones. Asimismo, algunas creencias religiosas pueden “proteger” a los niños y sus familias.

Grado de desorganización y pérdida de control social en la comunidad

Los desastres pueden generar situaciones de caos y desorganización que socavan el funcionamiento normal de la ley y llevan a conductas desesperadas y delictivas, como robo, saqueo y vandalismo. Además, se hace más frecuente la violencia interpersonal, como la violación de mujeres y el abuso sexual de niños.

Respuesta de la comunidad a las necesidades de los niños afectados por un desastre

Mientras más cohesión haya en la comunidad, más rápidamente podrá adquirir un sentido de estabilidad, normalidad o, al menos, esperanza. Las comunidades se recuperan con mayor rapidez si antes del desastre han preparado un plan de respuesta y reconstrucción. Contar con un plan comunitario de este tipo que se implemente con rapidez, eficacia y coherencia permitirá crear un ambiente de apoyo que disminuirá el riesgo de trastornos emocionales a largo plazo.



Los desastres pueden generar situaciones de caos y desorganización que socavan el funcionamiento normal de la ley y llevan a conductas desesperadas y delictivas, como robo, saqueo y vandalismo.



RESPUESTA EMOCIONAL INFANTIL ANTE UN DESASTRE

OBJETIVOS

- Conocer las etapas de la respuesta emocional ante un desastre.
- Conocer los trastornos emocionales más frecuentes de los niños expuestos a situaciones de desastre.
- Reconocer los casos que requieren la atención de profesionales de salud mental.

Respuesta emocional normal

Cuando un niño está expuesto a un desastre, las respuestas emocionales pueden variar desde alteraciones mínimas hasta falta de atención, miedo, imposibilidad de disfrutar (anhedonia), ansiedad, depresión y tristeza profunda, y síntomas de reexperimentación, evitación, hiperalerta y comportamiento conflictivo.

En muchos casos estas reacciones sintomáticas se consideran respuestas normales a una experiencia traumática y son de corta duración. Sin embargo, los niños pueden también desarrollar importantes alteraciones y síntomas crónicos.

Etapas de la respuesta emocional normal de los niños ante un desastre

La respuesta emocional de los niños al estrés traumático puede clasificarse en etapas. Hay diferentes respuestas o reacciones emocionales, algunas de las cuales

es más probable que ocurran durante el desastre o inmediatamente después del mismo, y otras son más probables en etapas posteriores.

La *primera etapa*, que ocurre inmediatamente después de la experiencia traumática, incluye reacciones de miedo, negación, confusión, pena, así como sentimientos de alivio si los seres queridos han resultado ilesos. También puede incluir síntomas de disociación: sentimientos de embotamiento emocional, aturdimiento, sensación de irrealidad y de no sentirse uno mismo u olvido de algunos aspectos de la experiencia (amnesia).

La *segunda etapa* ocurre a los días o semanas del desastre. Muchos niños presentan conductas regresivas y signos de estrés emocional, como angustia, temor, tristeza y síntomas depresivos; hostilidad y agresividad contra otros; apatía, retraimiento, trastornos del sueño, somatizaciones, pensamientos pesimistas acerca del futuro y juegos en los que se representa reiteradamente la experiencia traumática. Estas manifestaciones, mientras no alteren las actividades habituales de los niños, se consideran parte del proceso de recuperación normal y es esperable que disminuyan o desaparezcan tras algunas semanas.

Las respuestas emocionales que persisten e impiden recobrar un funcionamiento normal se deben considerar patológicas. Estas reacciones pueden relacionarse con sentimientos de duelo o pena, o un trastorno emocional nuevo o preexistente.



En los niños, los trastornos más frecuentes después de un desastre son los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y del comportamiento.

La pena no es un trastorno mental, pero tal vez necesite atención profesional o mejore con ella, sobre todo si está acompañada por un trastorno emocional como depresión o trastorno por estrés postraumático (TEPT). Las muertes traumáticas generan especial preocupación por la posibilidad de que precipiten reacciones de pena en desastres.

Cinco factores que aumentan el riesgo de “pena traumática” son:

- Muertes súbitas e imprevistas.
- Muertes que involucran violencia, mutilación y destrucción.
- Muertes que se perciben como aleatorias o prevenibles, o ambas cosas.
- Muertes múltiples.
- Muertes presenciadas por el sobreviviente que se asocian con una amenaza significativa para la vida personal o una confrontación masiva o perturbadora con la muerte y la mutilación.

2

CUADRO 2. Trastornos emocionales más frecuentes en la población infantil expuesta a un desastre (CIE-10)

- Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación (F43)
- Reacción al estrés agudo (F43.0) y trastorno por estrés postraumático (F43.1)
- Episodio depresivo (F32) y trastorno depresivo recurrente (F33)
- Trastorno de ansiedad por separación en la infancia (F93.0)
- Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia (F93.1)
- Trastornos de ansiedad social de la infancia (F93.2)
- Trastorno de conducta limitado al contexto familiar (F91)

En los niños, los trastornos más frecuentes después de un desastre son los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y del comportamiento (**Cuadro 2**).

Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación (F43), reacción al estrés agudo (F43.0) y trastorno por estrés postraumático (F43.1)

El TEPT es un cuadro clínico frecuente tras la exposición a una situación traumática. Estas situaciones representan una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona afectada, y se asocian con sentimientos de confusión, inseguridad, terror y desconcierto.

Los datos sobre la prevalencia del TEPT en la población infantil son muy variados, lo que refleja las diferencias en las experiencias individuales de los niños y sus familias, así como en la magnitud de las pérdidas personales y de la comunidad.

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el TEPT es un trastorno que “surge como una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento o una situación estresante (ya sea breve o duradera), de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que es probable que genere un malestar generalizado en casi todas las personas”. Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 4a edición, Texto revisado (DSM IV-TR)*, para diagnosticar el TEPT, es preciso que el individuo cumpla varios criterios (**Cuadro 3**).

Reexperimentación del suceso traumático

Los niños pueden tener pensamientos recurrentes, invasivos y omnipresentes relacionados con el acontecimiento trau-

mático; pueden revivir la experiencia (*flashbacks*) o tener sueños o pesadillas reiterativos. Estos sueños no necesariamente contienen imágenes relacionadas con el suceso traumático; de hecho, los sueños atemorizantes quizá no tengan un contenido reconocible. Los niños más pequeños pueden representar/actuar lo que vivieron en toda su intensidad o practicar juegos reiterativos en los que recrean temas o aspectos de la experiencia traumática sin disfrutarlos. Otros síntomas son la reactividad emocional y fisiológica a ciertos hechos que recuerdan el suceso, como olores, imágenes, sonidos u otros desencadenantes emocionales similares.

Conductas de evitación y embotamiento

Los individuos afectados frecuentemente evitan lugares, conversaciones o situaciones que puedan despertar algún recuerdo doloroso del acontecimiento traumático. Los niños tal vez cierran o tapen sus ojos cuando están cerca del lugar donde sucedió el hecho traumático o de algún otro objeto que se los recuerde. También pueden tener rabietas antes de regresar al lugar del suceso traumático. El embotamiento se reconoce cuando los niños pierden interés por actividades que antes disfrutaban. Un niño que antes expresaba sus emociones de diversas maneras puede parecer retraído, cerrado e indiferente. Los niños afectados también parecen estar emocionalmente desapegados de las personas importantes para ellos. Algunos niños mayores y adolescentes pueden comunicar un sentimiento de indiferencia o fatalidad sobre el futuro.

Síntomas de excitación

La hiperactivación se manifiesta con alteraciones del sueño como pesadillas, miedo a

3

CUADRO 3. DSM IV-TR: criterios diagnósticos para TEPT

- Exposición a un suceso traumático
- Reexperimentación persistente del suceso traumático, de los siguientes modos:
 - Recuerdos perturbadores
 - Sueños
 - Vivencias retrospectivas (*flashbacks*)
 - Malestar ante hechos que remedan el suceso
 - Reactividad fisiológica ante hechos que remedan el suceso
- Evitación de estímulos asociados con el trauma o aletargamiento de la capacidad de respuesta, indicados por las siguientes manifestaciones:
 - Esfuerzos por evitar pensamientos y sentimientos
 - Esfuerzos por evitar actividades, lugares y personas
 - Incapacidad de recordar aspectos del trauma
 - Disminución del interés y la participación en actividades sociales
 - Sentimiento de desapego
 - Espectro limitado de afecto
 - Disminución de la perspectiva de futuro
- Síntomas de hiperexcitación, que se manifiestan como:
 - Insomnio
 - Irritabilidad
 - Dificultad de concentración
 - Estado de hiperalerta
 - Respuesta de alarma exagerada

Para establecer el diagnóstico, los síntomas se deben manifestar al menos durante un mes y asociarse a un trastorno considerable de la actividad normal del niño.



Los niños más pequeños pueden representar/actuar lo que vivieron en toda su intensidad o practicar juegos reiterativos en los que recrean temas o aspectos de la experiencia traumática sin disfrutarlos.

dormir solo o dificultades para conciliar o mantener el sueño. Las dificultades para concentrarse generan problemas de aprendizaje. El estado de hiperalerta y la respuesta de alarma exagerada pueden provocar excesiva irritabilidad o estallidos de ira y dificultar sobremanera las relaciones interpersonales, especialmente las familiares.

Otros síntomas

Otros síntomas que con frecuencia se suman a los anteriores son las conductas regresivas, como la succión del pulgar, la enuresis y la encopresis, otras fobias y síntomas de ansiedad, múltiples síntomas somáticos (dolor de estómago y cefaleas) y trastornos de conducta.

Las manifestaciones del TEPT varían según la etapa evolutiva del niño afectado. Pueden describirse en tres grupos: etapa preescolar, etapa escolar y adolescencia.



Los signos de depresión, como tristeza, desesperanza y las alteraciones del sueño, son manifestaciones frecuentes tras un desastre.

TEPT en la etapa preescolar

Los niños de 1 a 3 años y los preescolares pueden experimentar síntomas de TEPT, pero con frecuencia no pueden expresar verbalmente su malestar. En cambio, muchas veces parecen retraídos, callados, indiferentes, poco animados, temerosos, y muestran conductas regresivas y miedos, en especial mayor ansiedad por separación. Pueden recrear los recuerdos que los invaden a través de juegos repetitivos sobre el acontecimiento traumático.

TEPT en la etapa escolar

Los niños más grandes pueden manifestar todos los síntomas del TEPT, como irritabilidad y retracción emocional. Con frecuencia tienen problemas de atención que dificultan su concentración en la escuela. También son típicos los síntomas somáticos, como cefaleas y dolores de estómago. Su preocupación sobre el desastre puede volverse omnipresente. Quizás intenten prevenir futuros peligros averiguando sobre aspectos del suceso hasta los detalles secundarios, al punto de parecer obsesivos. Es posible que también representen los recuerdos perturbadores a través de juegos o dibujos.

TEPT en la adolescencia

Los adolescentes pueden experimentar los mismos síntomas del TEPT que los adultos. Tal vez tengan pensamientos o sueños recurrentes sobre el incidente que generan sentimientos de ansiedad, depresión, impotencia, culpa y pensamientos suicidas. En ocasiones, pueden aumentar el consumo de drogas para aliviar su malestar. Además, pueden mostrar conductas rebeldes y antisociales.

Trastornos depresivos

Los signos de depresión, como tristeza, desesperanza y alteraciones del sueño, son manifestaciones frecuentes tras un desastre. Esto sucede especialmente cuando se tarda en volver a la rutina y al entorno habitual, o esto no es posible. Los síntomas de depresión pueden ser temporarios o crónicos, y quizá requieran la intervención de profesionales médicos y de salud mental. Los pediatras y los médicos clínicos que atienden a niños expuestos a desastres deben estar alerta a la aparición y la persistencia de los siguientes síntomas de depresión:

- Alteración del sueño: insomnio, hipersomnia, pesadillas
- Alteración de los hábitos alimenticios: rechazo de la alimentación o consumo excesivo
- Sentimientos de desesperanza e impotencia
- Sentimientos de frustración, irritabilidad, inquietud, arranques emocionales
- Pérdida o disminución del interés en las actividades cotidianas, sentimientos de desánimo (abatimiento)
- Pérdida o disminución de la capacidad del niño para disfrutar de las actividades que antes disfrutaba

- Pérdida de interés por los juegos
- Pérdida de interés en relacionarse con pares
- Pérdida de amigos
- Conductas regresivas (regresión a etapas evolutivas anteriores)
- Tendencia al aislamiento y al enojo
- Alteraciones en el desempeño escolar
- Síntomas somáticos, ya que a veces equivalen a síntomas depresivos (e.g., cefaleas, dolores de estómago entre los más frecuentes)
- La ideación y los pensamientos suicidas en adolescentes y niños mayores, que requieren la asistencia inmediata de profesionales de la salud mental

Trastornos de ansiedad

Los síntomas de ansiedad pueden aparecer a cualquier edad. Los más frecuentes son:

- Miedos (a menudo, a la oscuridad)
- Irritabilidad
- Inquietud
- Conductas de evitación
- Pensamientos recurrentes de preocupación o sensación de estar en peligro
- Imágenes recurrentes
- Dificultades en la atención, la concentración y la memoria
- Temblores
- Mareos, inestabilidad
- Taquicardia, disnea, dolor de pecho
- Contractura muscular
- Alteraciones gastrointestinales (estreñimiento, diarrea)
- Sudoración

Conducta desafiante y agresiva

Las conductas agresivas son también frecuentes en niños y adolescentes, especialmente en los varones. Mientras que los niños más pequeños pueden pegar o morder a los demás, los más grandes se pueden tornar bastante violentos, especialmente con sus pares, y los empujones y las peleas se vuelven habituales. También se observan conductas rebeldes, antisociales y hasta delictivas.

Los padres tal vez se vean tentados a reaccionar exageradamente ante los síntomas somáticos o perdonar la mala conducta por los sentimientos de culpa relacionados con la incapacidad de proteger a sus hijos. Deben intentar fijar límites sistemáticos con sensibilidad y ofrecer a los niños oportunidades de hablar sobre sus miedos, su enojo, su tristeza y otras emociones. Los padres no deben recurrir a los niños para buscar su propio consuelo.

Otras manifestaciones

Los niños y adolescentes suelen expresar su malestar emocional a través de síntomas somáticos. Los más frecuentes son las cefaleas, los dolores de estómago, los dolores en el pecho y las náuseas. Estos síntomas suelen mejorar cuando los niños tienen la oportunidad de expresar sus sentimientos de manera adecuada: jugando, dibujando o hablando. Es importante estar alerta ante estos síntomas y realizar la consulta correspondiente si persisten.

Las alteraciones del sueño merecen una mención especial. El insomnio, la negación a irse a dormir, los despertares frecuentes, las pesadillas, los terrores nocturnos y el miedo a dormir solo son muy frecuentes. Los adultos deben entender que esto se relaciona con una búsqueda de seguridad del niño, y reaccionar de forma adecuada



Los síntomas de ansiedad pueden aparecer a cualquier edad.

y flexible. Se deben reanudar los rituales a la hora de acostarse; otras posibilidades son pasar más tiempo con los niños antes de que se duerman, ofrecerles un objeto transicional que los calme (muñeco, animal de peluche), dejar encendida una luz y quedarse con ellos hasta que se duerman.

Los niños más pequeños tienen procesos cognoscitivos egocéntricos y pueden creer que tienen la culpa por haberse portado mal o tener pensamientos o fantasías negativos. Los niños más grandes y los adolescentes pueden sentir una culpa excesiva y responsabilizarse inadecuadamente por haber sobrevivido o no poder

evitar que sus seres queridos resultaran lastimados o murieran. Es necesario que los niños comprendan que no son responsables por lo que sucedió para evitar los sentimientos de culpa inadecuados.

La conducta regresiva es muy frecuente, en especial en los niños más pequeños cuyos logros madurativos no están tan bien consolidados. Los niños se tornan más dependientes de los adultos, quizá hasta se aferren a ellos, y tal vez presenten síntomas de ansiedad por separación o se nieguen a ir a la escuela. Es frecuente que retomen el hábito de succión del pulgar, tengan miedo a la oscuridad y presenten episodios de enuresis o incluso encopresis.



INTERVENCIONES ESPECÍFICAS SEGÚN LAS ETAPAS EVOLUTIVAS

OBJETIVOS

- Describir los distintos tipos de intervenciones para respuestas emocionales observadas según las diferentes etapas evolutivas.
- Conocer las recomendaciones para restablecer la rutina y el desempeño del niño y su familia.
- Conocer las posibles intervenciones para atenuar el impacto emocional de los desastres en los niños.

CASO 1

Una inundación afectó a una parte importante de la población de su ciudad. Esto ha motivado un plan de evacuación que incluye el traslado de la mayoría de la población a refugios. Usted ha sido convocado como parte de los equipos de rescate multidisciplinarios.

- **Como pediatra, ¿cuál supone que debe ser su función para ayudar a las familias durante los primeros días?**

CASO 2

Tras un terremoto, la población de su ciudad está recuperando progresivamente su ritmo habitual. Los niños están volviendo a la escuela en forma gradual.

- **¿Cuál debe ser su función en esta etapa, en relación con la escuela y los docentes?**

Intervenciones para trastornos emocionales de niños expuestos a situaciones de desastre

Los niños con reacciones adversas al estrés y trastornos de conducta durante más de un mes están más expuestos a sufrir el TEPT o tener conductas violentas o criminales en el futuro. Por lo tanto, deben recibir apoyo psicológico lo antes posible dentro del primer mes tras la experiencia traumática.

La mayoría de los padres de los niños consulta primero a los médicos de atención primaria o a otros profesionales que no se especializan en salud mental. Los médicos de atención primaria tienen una función importante en la educación de las familias sobre la prevención y las estrategias de apoyo, la intervención temprana, la búsqueda sistemática de trastornos emocionales, las intervenciones menos intensivas, la derivación a profesionales de la salud mental y el tratamiento ambulatorio (**Cuadro 4**). Los pediatras están capacitados para brindar una orientación preventiva adecuada y tratar los trastornos emocionales tempranos.

4

CUADRO 4. Función de los pediatras

- Brindar orientación preventiva
- Tratar las primeras alteraciones
- Efectuar evaluaciones sistemáticas para detectar trastornos
- Proporcionar una intervención menos intensiva
- Derivar para tratamiento psicológico y grupal



Las medidas inmediatas para reducir al mínimo el miedo y la ansiedad en los niños expuestos a un suceso traumático son esenciales.

namente cuando éstos pueden ser aliviados. Las medidas inmediatas para reducir al mínimo el miedo y la ansiedad en los niños expuestos a un suceso traumático son esenciales. Estas medidas deben proporcionar a los niños la certeza de que los adultos saben lo que hacen y responden de manera adecuada, y de que la familia y la comunidad están volviendo a sus actividades habituales.

Tras un desastre, los objetivos principales con respecto a la salud mental al mes o a los dos meses son recuperar la estabilidad, mejorar las redes sociales, disminuir la hiperexcitación y ayudar en la búsqueda de una recuperación natural. La orientación preventiva para los síntomas emocionales posteriores a una situación traumática comprende describir los tipos de malestar, explicar que muchos síntomas son parte de una respuesta normal, y mencionar acciones para ayudar al niño y a la familia a adaptarse al estrés y reanudar sus actividades anteriores al hecho. Esta orientación se puede brindar a las familias, a los educadores y a los medios de comunicación. En general, las recomendaciones universales son:

- Retomar las actividades habituales
- Ser paciente y comprensivo, y brindar al niño tiempo para adaptarse a su malestar
- Continuar poniendo límites normales y adecuados al comportamiento del niño
- Permitir que el niño hable sobre sus preocupaciones y sentimientos si lo desea
- Fomentar que los niños estén con sus amigos
- Animar al niño a reanudar las tareas acordes a su estado madurativo
- Fomentar que los padres afronten sus propios sentimientos y obtengan apoyo y tratamiento si están indicados

Un asesoramiento y una orientación preventiva más exhaustivos deben estar basados en las etapas de maduración (**Cuadro 5**).

Notificación de muerte

Una de las situaciones más difíciles que un pediatra tendrá que enfrentar durante un desastre es comunicar una muerte a la familia, se trate ya sea de un niño o un padre o una madre. Lo mejor es hacerlo personalmente y no por teléfono, siempre que sea posible, sin importar la hora. También es preferible comunicar la noticia en un lugar privado, lejos de las distracciones de la atención continua de pacientes. El manual *Pediatric Terrorism and Disaster Preparedness: A Resource for Pediatricians* (Foltin GL, Schonfeld DJ, Shannon MW,

5

CUADRO 5. ¿Cómo ayudar a los niños?

Recomendaciones para favorecer la adaptación a sucesos estresantes y traumáticos

A. Entender las reacciones emocionales

- Estar atento a las conductas en el hogar y en la escuela o guardería infantil
- Reconocer y aceptar el comportamiento como adaptaciones normales al estrés

B. Disminuir el impacto emocional

- Brindar apoyo y consuelo, y dedicar tiempo para jugar y conversar
- Ofrecer un modelo sano para sobrellevar la situación
- Alentar a los padres a buscar ayuda, de ser necesario

C. Facilitar la recuperación

- Retomar las actividades habituales lo antes posible
- Escuchar a los niños y convalidar sus sentimientos
- Promover actividades que los ayuden a expresar sus sentimientos: distintos tipos de juegos, actividades relacionadas con el arte, etc.

eds., 2006) describe el proceso de notificación de la siguiente manera:

“Después de comunicar a los sobrevivientes la muerte de un allegado, haga una pausa para permitirles que procesen la información y expresen sus emociones. No intente llenar el silencio, aunque pueda parecer incómodo. Escuche más y hable menos. El silencio suele ser mejor que cualquier cosa que usted pueda decir. Permanezca con los familiares mientras reaccionan ante la noticia, aunque no hablen.

- Utilice un lenguaje claro y sencillo. Evite eufemismos como “partió” o “nos dejó”. Diga que el individuo murió o ha muerto.
- No proporcione detalles gráficos innecesarios. Comience dando información básica y permita que le hagan preguntas si desean más detalles.
- No mienta ni especule. Si no sabe la respuesta a una pregunta, dígalo. Intente averiguar la respuesta, si es posible.
- Sea consciente de la comunicación y las señales no verbales, tanto de la familia como suyas.
- Tenga en cuenta las diferencias culturales y respételas. Si desconoce la manera en que una determinada cultura trata el tema de la muerte, puede preguntárselo a la familia.
- Considere el uso de contacto físico limitado (e.g., colocar la mano sobre el hombro de un familiar u ofrecer su hombro para llorar). Observe el lenguaje corporal del otro y, si tiene dudas de que tome bien un gesto de este tipo, primero pregunte.
- Advierta que, en un principio, el familiar puede encontrarse en estado de conmoción o negación. Espere que reaccione de otras maneras, por ejemplo, sintiéndose triste o enojado, o culpándose a sí mismo o a otros. Reconozca las emociones y permítale expresarlas sin prejuicios.



- No ignore ni descarte declaraciones o amenazas suicidas u homicidas. Investíguelas (esto a menudo será más fácil si involucra a profesionales de salud mental) y, si la preocupación persiste, actúe como corresponda.
- Un momento antes de la notificación y durante el proceso, intente evaluar si los sobrevivientes presentan algún factor de riesgo físico (e.g., enfermedades coronarias graves) o psicológico (e.g., depresión), y evalúe su estado después de la notificación.
- Si es posible, anóteles su nombre y los datos para que puedan comunicarse con usted en caso de que deseen más información después de un tiempo. Si la situación no es adecuada para proporcionarles estos datos, analice de qué manera la familia podría obtener información adicional en el futuro (incluso después de meses).
- No intente animar a los sobrevivientes con frases como “sé que duele mucho ahora, pero pronto se sentirán mejor”. En cambio, permítales que se descarguen. No los incentive a ser fuertes o a ocultar sus emociones diciendo “Deben ser fuertes por sus hijos, para que no los vean llorando”. Siéntase libre de

expresar sus propios sentimientos y demostrar empatía, pero no afirme que sabe exactamente cómo se sienten los familiares. Algunos comentarios como “Sé que esto debe ser muy difícil o doloroso para usted/es” o “apenas puedo imaginar lo doloroso que debe ser escuchar algo así” pueden ser adecuados. Evite afirmaciones como “Sé perfectamente lo que están atravesando” (usted no puede saberlo) o “Debe de estar enojado” (permita que el individuo exprese sus propios sentimientos; no le diga qué es lo que debe sentir) o “Mis padres murieron cuando yo tenía su edad” (no compita con el sobreviviente). Brinde toda la información posible para tranquilizarlos, por ejemplo, “Aparentemente, su esposo murió segundos después de la explosión. Es probable que ni se haya dado cuenta de lo sucedido y no sufrió antes de morir”. Sin embargo, no utilice ese tipo de información para animar a los familiares (e.g., “Deberían estar contentos, mucha gente sufrió dolorosas quemaduras o quedó atrapada entre los escombros durante una hora antes de morir. Al menos su esposo no pasó por eso”).

- Puede demostrar que usted también está molesto; puede llorar o mostrarse triste. Sin embargo, si cree que la situación probablemente lo sobrepase (e.g., si piensa que no podrá contener el llanto o le dará un ataque de histeria), busque a otra persona, si es posible, que pueda comunicar la noticia.
- Después de informar a los familiares y dejar pasar un tiempo suficiente como para que procesen la información, realice algunas preguntas para verificar que hayan comprendido.
- Ofrezca a la familia la posibilidad de ver el cuerpo del difunto y pasar un tiempo

con su ser querido. Antes de permitir a los allegados que vean el cuerpo, el personal de salud debe prepararlo para que esté en condiciones de ser visto. Un miembro del personal debe acompañar a la familia a ver el cuerpo y permanecer allí, al menos durante los primeros minutos.

- Ayude a la familia a analizar qué deben hacer. Ofrézcase a ayudarlos a avisar a otros familiares o amigos cercanos. Infórmeles sobre los trámites para la disposición del cuerpo. Verifique si cuentan con medios para volver a su casa sin correr peligro (si llegaron al hospital en auto, es posible que no se sientan en condiciones de conducir de vuelta), y pregúnteles si conocen a alguien que pueda acompañarlos cuando regresen a su casa.
- Ayude a los sobrevivientes a identificar posibles fuentes de apoyo dentro de la comunidad (e.g., miembros del clero, pediatra, familiares o amigos cercanos).
- Cuidese. Las notificaciones de muerte pueden ser muy estresantes para los profesionales de la salud.

Principales síntomas y asesoramiento según la edad

Las recomendaciones generales de la Organización Panamericana de la Salud respecto de la atención psicosocial de los niños y adolescentes en una situación de desastre se pueden encontrar en el Apéndice. La tabla ofrece recomendaciones para padres y maestros en caso de trastornos del sueño, apego excesivo, incontinencia, conductas regresivas, problemas escolares, ansiedad, agresividad, rebeldía, hostilidad, conductas temerarias, dolores y otros síntomas físicos, y en relación con la elaboración del duelo.

Comprender cómo los niños ven la muerte y se adaptan a la pérdida es fun-

damental al brindar asesoramiento y atención psicosocial. Como se describe en el manual citado anteriormente, los niños tal vez entiendan la muerte en forma muy distinta a los adultos. Los niños cuentan con muchísima menos experiencia personal de pérdidas y han acumulado menos información sobre la muerte. También les puede resultar difícil comprender lo que han visto y escuchado, a menos que se les expliquen los conceptos básicos relacionados con la muerte. Los adultos deberán brindar, en especial a los niños más pequeños, tanto información básica acerca de lo que les sucede a las personas después de morir, como los conceptos que los puedan ayudar a explicar esa información. Por ejemplo, se puede decir a los niños pequeños que después de que la gente muere, su cuerpo se entierra en un cementerio o se convierte en cenizas, que se pueden enterrar o esparcir por algún lugar. Es posible que los niños se angustien por esto, a menos que se los ayude a comprender el concepto de que, al morir, todas las funciones vitales cesan por completo y para siempre: el cuerpo ya no puede moverse y la persona ya no siente dolor; por eso se entierra o crema el cuerpo.

Los niños deben comprender cuatro conceptos relacionados con la muerte para comprender lo que ésta significa y para adaptarse a la pérdida de una persona: la muerte es irreversible, irrevocable, inevitable y causal (**Tabla 1**).

La mayoría de los niños de entre 5 y 7 años comprenderá estos conceptos, pero esto varía ampliamente entre niños de la misma edad o etapa evolutiva, de acuerdo, en parte, con su experiencia y lo que les hayan enseñado. Al enfrentarse con una pérdida personal, algunos niños menores de 2 años pueden demostrar al menos cierta comprensión de estos conceptos.

Los adultos no deben subestimar la capacidad de un niño pequeño para comprender lo que significa la muerte, si recibe una explicación adecuada. Por lo tanto, es mejor preguntar a los niños qué piensan acerca de la muerte, en lugar de suponer un nivel de comprensión basado en la edad. A medida que los niños explican lo que ya saben, será posible identificar lo que hayan malinterpretado, detectar cualquier tipo de información errónea y, de ser necesario, corregirla.

Al brindar explicaciones, utilice términos simples y directos. Asegúrese de utilizar las palabras “muerte” o “ha muerto” en lugar de eufemismos que puedan confundirlos. Si se les dice a los niños pequeños que la persona que murió está en un “sueño eterno”, pueden esperar que el difunto se despierte en el futuro y quizá tengan miedo de ir a dormir. Esta descripción no ayuda a que los niños comprendan la muerte y les provoca más confusión y angustia.

Las explicaciones religiosas pueden compartirse con niños de cualquier edad, pero los adultos deben tener en cuenta que suelen ser muy abstractas y, por lo tanto, difíciles de comprender. Lo mejor es presentar tanto los hechos de lo que le sucede al cuerpo físico después de la muerte, como las creencias religiosas de la familia. A pesar de recibir las explicaciones adecuadas, los niños pueden malinterpretar lo que escuchan. Por ejemplo, algunos niños a los que se les dijo que el cuerpo se coloca en una urna, no entienden dónde colocaron la cabeza y se preocupan por ello. Después de las explicaciones, es útil pedirles que repasen lo que ahora saben acerca de la muerte.

Es útil, asimismo, que los niños encuentren su propia forma de despedirse de los muertos. Esto se puede lograr dibu-

TABLA I. Conceptos relacionados con la muerte e implicancias de una comprensión incompleta para adaptarse a la pérdida		
Concepto	Ejemplo de comprensión incompleta	Implicancia
<i>Irreversibilidad</i>		
La muerte se presenta como un fenómeno permanente del cual no hay recuperación ni retorno.	El niño espera que el difunto regrese, como si estuviera de viaje.	El hecho de no comprender este concepto impide que el niño de el primer paso en el duelo: ser consciente de la <i>permanencia</i> de la pérdida y la necesidad de “dejar ir” al difunto.
<i>Irrevocabilidad (carácter definitivo)</i>		
La muerte se presenta como un estado en el que todas las funciones vitales cesan por completo.	El niño se preocupa acerca de un familiar enterrado y teme que sufra o intente salir de la tumba; el niño desea enterrar alimentos con el difunto.	Esto puede llevar a una preocupación por el sufrimiento físico del difunto y dificultar la adaptación; es la base de muchas historias y películas de terror dirigidas a niños y adolescentes (e.g., zombis, vampiros y otros “muertos vivos”).
<i>Inevitabilidad (universalidad)</i>		
La muerte se presenta como un fenómeno natural que afecta a todos los seres vivos, sin excepción.	El niño ve seres queridos (e.g., a sí mismo o a sus padres) como seres inmortales.	Si el niño no ve la muerte como algo inevitable, es posible que la considere un castigo (ya sea por acciones o pensamientos propios o del difunto), lo que genera culpa y vergüenza excesivas.
<i>Causalidad</i>		
Se desarrolla una visión realista de las causas de muerte.	El niño que depende de un pensamiento mágico podría asumir responsabilidad por la muerte de un ser querido al suponer que las causas fueron malos pensamientos o acciones no relacionadas.	Se tiende a generar una culpa excesiva, difícil de sobrellevar para cualquier niño.

Adaptado de: “Crisis intervention for bereavement support: a model of intervention in the children’s school”, de Schonfeld D. Clin Pediatr 1989;28:27-33. Reimpreso con autorización de Sage Publications, Inc.

jando, plantando y cuidando un árbol, rezando, prendiendo una vela, o mediante cualquier otra forma de expresión adecuada. La situación puede mantenerse en el tiempo.

Niños menores de doce meses

El cuidado de los lactantes se debe centrar en satisfacer sus necesidades básicas de alimentación, sueño y cuidado general, y en protegerlos mientras quienes

los cuidan atraviesan por el difícil proceso de adaptación. Es conveniente el cuidado generoso y la estimulación según la etapa madurativa (e.g., canciones, abrazos, juegos).

Las actividades cotidianas se deben reanudar en la medida de lo posible.

Niños en edad preescolar

La mejor forma de atenuar el impacto emocional del desastre es tratar de que la familia se mantenga unida y los padres actúen bien. De esta manera, los niños pueden recibir el apoyo y el cuidado que necesitan.

Lo más importante para la salud emocional de los niños que experimentan situaciones de desastre es que se sientan amados, cuidados y protegidos por los padres o adultos responsables.

En la edad preescolar, las intervenciones dependen de los síntomas:

- Si los niños se vuelven pasivos y apáticos, es importante darles un lugar seguro para sus rutinas en el que se puedan conectar con sus emociones y dispongan de materiales adecuados para dibujar, jugar u otras actividades. Se los puede incentivar a dibujar a las personas con quienes desearían estar, ponerles nombres, crear cuentos a partir del dibujo y armar un mural donde se puedan agregar nuevos elementos.
- Si están asustados, es conveniente que las personas a cargo les ofrezcan apoyo para expresar sus miedos y emociones.
- Si el niño sufre trastornos del sueño (pesadillas y/o miedo a dormir solo), es útil realizar todos los días actividades tranquilizadoras antes de dormir, como leer un libro reconfortante o contar un cuento esperanzador. Estos trastornos son generalmente transitorios y su intensidad es fluctuante. Es importante que los padres brinden un marco cariñoso, consuelo y cierta flexibilidad en las rutinas.
- Las conductas regresivas, como la succión del pulgar, la enuresis o un lenguaje más infantil son respuestas frecuentes al estrés. Pueden aportar cierto consuelo al niño, no son intencionales y en general son transitorias. La mejor respuesta de los padres es aceptar que esas conductas muestran el grado de angustia del niño ante la situación y estimularlos con cariño para que retomen sus hitos madurativos. Los padres deben evitar las críticas, la burla o el enojo, y estimular con elogios la conducta adecuada para la etapa madurativa.
- Se les debe brindar toda la información que necesiten, sin alarmarlos innecesariamente. Responda a sus preguntas de manera sencilla y directa y siempre con la verdad. A esta edad no se debe compartir con ellos descripciones detallistas de pérdidas y lesiones para no traumatizarlos más. Si no entienden lo sucedido ni pueden distinguir sus sentimientos, los puede ayudar a comprender lo que les pasa con juegos o dibujos, especialmente si los comparten con los padres o quienes los cuidan. Las personas que los cuidan deberán mostrar que tienen sentimientos similares y explicar que ahora se sienten más seguros. Así el niño puede entender que sus sentimientos son respuestas comunes y no se sienten solos con ellos.
- Los niños pueden atribuir cualidades mágicas a ciertos objetos o situaciones (pensamiento mágico) a través de su capacidad cognitiva egocéntrica. Quizá crean que si ven un objeto relacionado con el desastre, el episodio se repetirá. Es importante que no sean expuestos a los medios de comunicación, en espe-



La mejor forma de atenuar el impacto emocional del desastre es tratar de que la familia se mantenga unida y los padres actúen bien.

cial a la televisión. Las imágenes pueden volver a traumatizarlos y los niños tal vez no distingan que reflejan el mismo episodio y no nuevos desastres.

- Los niños separados de sus familiares cercanos, aun por poco tiempo, pueden estar muy afligidos, ansiosos e irritables. Los padres deben saber que esto también suele ser transitorio y que deben tratar de pasar más tiempo en familia, y así ofrecer a los niños un espacio seguro para expresarse.

Niños en edad escolar

El impacto emocional de un desastre sobre los niños en edad escolar también está muy relacionado con la adaptación de quienes los cuidan. Los niños a esta edad entienden los conceptos del bien y el mal, y, a medida que crecen, pueden expresar verbalmente sus sentimientos y emociones. Sin embargo, los desastres suelen sobrepasar la capacidad para afrontar la situación de mucha gente y con frecuencia los niños se sienten confundidos y preocupados por sus propias reacciones.

Una respuesta adecuada para los niños en edad escolar es brindarles un espacio seguro donde puedan compartir sus experiencias y temores. Puede ser muy útil que dialoguen con quienes los cuidan, especialmente si estas personas se están adaptando bien a la situación.

Los niños en edad escolar frecuentemente se preocupan por su comportamiento durante el desastre. Se pueden sentir responsables por no haber hecho lo suficiente y sentir culpa por ello. Es importante generar las condiciones para que puedan expresar sus sentimientos y emociones, y asegurarles que nadie tiene la culpa de lo sucedido (especialmente en los desastres naturales) y mucho menos ellos.

Los niños de todas las edades (e inclu-

so los adultos) tal vez se preocupen por la posibilidad de que algo que hicieron o dejaron de hacer, o aun algo que simplemente pensaron o desearon, haya causado el desastre o la muerte de seres queridos o contribuido a ello, aunque no exista una razón lógica para estos sentimientos. Los niños son naturalmente renuentes a revelar estos sentimientos de culpa, que pueden alterar de manera significativa su adaptación al desastre.

Cuando los recuerdos traumáticos desencadenan miedos específicos, es importante ayudar a los niños a identificar y verbalizar la situación o emoción que generó esos sentimientos. Si bien quizá sean capaces de entender lo ocurrido, la repetición de imágenes del desastre puede desencadenar y acentuar el miedo y la ansiedad. Mirar televisión con los niños y compartir las emociones generadas por las imágenes y los sucesos es una manera de atenuar el impacto de la exposición a los medios. Algunos niños recrean reiteradamente una situación traumática con detalles obsesivos, distorsiones cognitivas y en ocasiones sin información específica. Con frecuencia las emociones son tan intensas que los niños se sienten abrumados. Es importante permitirles llorar y expresar su enojo y tristeza. Esto puede ser muy terapéutico si sucede ante padres o responsables comprensivos que los contengan. Si no se pueden expresar verbalmente, los materiales de expresión artística o los juegos pueden ayudarlos.

Es importante que los adultos estimulen la socialización continua de los niños, pero sin que esto les resulte una carga. Se pueden programar diferentes actividades según las diferentes etapas evolutivas e intereses. Estas actividades benefician a los niños y a la comunidad. Por ejemplo, si la escuela resultó afectada, los niños pueden



Es importante generar las condiciones para que los niños en edad escolar puedan expresar sus sentimientos y emociones, y asegurarles que nadie tiene la culpa de lo sucedido (especialmente en los desastres naturales) y mucho menos ellos.

ayudar a limpiarla o a juntar alimentos para las personas que fueron trasladadas a refugios.

Brinde otros apoyos, tanto en el hogar como en la escuela, para ayudar a los niños a aprender y cumplir con otros objetivos académicos.

Adolescentes

Es importante ofrecer a los adolescentes un espacio donde conversar sobre el suceso, y sus respuestas iniciales y actuales. También es útil que un adulto confiable comparta información válida con ellos.

Con frecuencia, los adolescentes se avergüenzan de sus emociones, especialmente de sus miedos ante el episodio traumático. Los temores a veces generan una sensación de vulnerabilidad y de vergüenza. Puede ser beneficioso para ellos compartir estos sentimientos con un grupo de pares.

Los adolescentes suelen poner en acto (*act-out*) lo que no pueden expresar verbalmente. La drogadicción, las conductas delictivas y la promiscuidad sexual son posibles comportamientos. Esto plantea un desafío para los padres y debe ser abordado por la familia, la escuela y la comunidad.

Además, las relaciones interpersonales quizá cambien en forma abrupta durante las crisis. Puede haber cambios en las relaciones familiares, con los pares y con los docentes. Una buena medida es disponer un espacio seguro para que los padres y los adolescentes conversen sobre estos cambios y la forma en que los afectan. Reflexionar sobre las pérdidas repentinas o los cambios en las relaciones y el modo de adaptarse a ellos puede llevar a un plan para rediseñar la estructura familiar.

Es característico que los adolescentes den mucho valor al sentido de justicia.

Esto puede generar en ciertos individuos un fuerte deseo de venganza. Los desastres causados por el hombre son situaciones ideales para que surjan sentimientos de venganza. Es importante que los adultos reconozcan estas emociones y desaconsejen esta conducta vengativa. Discuta las consecuencias reales de estas actitudes para desalentar la venganza impulsiva.

Asimismo, los adolescentes tal vez precisen un espacio para hablar sobre el desastre, donde se sientan libres de hacer todas las preguntas que necesiten. Se los debe invitar a hablar sobre sus sentimientos, pero los padres no los deben forzar si todavía no están preparados. También pueden participar en las decisiones familiares y colaborar en las tareas de reconstrucción; si se les ofrecen oportunidades de ayudar a otros, les resultará más fácil sobrellevar su propio malestar.

Intervenciones en la escuela

Los pediatras deben trabajar con las escuelas (y guarderías infantiles) en la planificación para desastres, así como durante la respuesta a un hecho de este tipo, porque a menudo las escuelas son el mejor ámbito (y a veces el único) donde brindar servicios de salud mental a niños tras un desastre. Hacer que los niños regresen a la escuela lo antes posible favorece una rutina más normal y les abre la posibilidad de recibir apoyo de docentes y pares. Es probable que las reacciones anormales de pena profunda y los trastornos de salud mental como el TEPT probablemente surjan en el ámbito escolar. Por ejemplo, los pensamientos invasivos y las dificultades para concentrarse pueden afectar el desempeño académico y la adaptación social. Por lo tanto, pueden ser útiles programas escolares que se ocupen de las consecuencias del trauma y del proceso de



Los adolescentes tal vez precisen un espacio para hablar sobre el desastre, donde se sientan libres de hacer todas las preguntas que necesiten.

recuperación. Estos programas deben integrar los esfuerzos por identificar y derivar a los niños que necesitan una evaluación y un tratamiento individual más intensivo.

Intervención inicial y respuesta a una crisis para los niños y sus familiares (tomado de *Pediatric Terrorism and Disaster Preparedness: A Resource for Pediatricians*, Foltin et al., 2006)

Lamentablemente, no hay evidencia empírica clara sobre la efectividad de ninguna intervención de respuesta a crisis. En realidad, no se ha demostrado que las estrategias ampliamente difundidas y antes anunciadas sobre el análisis crítico o manejo del estrés de un incidente grave (Critical Incident Stress Debriefing or Management, CISD o CISM) sean efectivas, incluso algunos estudios han probado que resultan nocivas. De hecho, se ha recomendado suspender el análisis crítico obligatorio de las víctimas de situaciones traumáticas. Sin embargo, es posible que un método alternativo para la intervención temprana en una crisis sea útil para ayudar a las personas que hayan sufrido un trauma reciente. Las siguientes recomendaciones para las estrategias de intervención temprana se basan en evidencia de investigaciones sobre los factores de riesgo de TEPT, así como algunas investigaciones sobre intervenciones. Por lo tanto, ofrecen un fundamento empírico para abordajes adecuados y útiles de individuos potencialmente traumatizados.

En la actualidad, no hay evidencia de que la intervención global de todos los sobrevivientes de situaciones traumáticas cum-

pla la función de prevenir psicopatologías posteriores. Sin embargo, existe el consenso de que brindar consuelo, información y apoyo, y satisfacer las necesidades prácticas y emocionales inmediatas de los individuos afectados puede ayudarlos a sobrellevar un episodio sumamente estresante. Esta intervención se debe considerar como una medida de apoyo y no como una intervención o una terapia o tratamiento. Esta sugerencia reconoce que la mayoría de las personas no presenta un TEPT ni otros síntomas postraumáticos inmediatamente. En cambio, experimentan reacciones de estrés transitorias que merman con el tiempo. El objetivo de la intervención temprana es crear una relación de apoyo (pero no invasiva) que lleve a que el individuo expuesto esté abierto al seguimiento, a ser sometido a otras evaluaciones y a resultar derivado para tratamiento, cuando fuera necesario. Es inherente a esta intervención temprana el reconocimiento de que se deben evitar las intervenciones interpretativas o directivas.

Tras garantizar que se cuente con las necesidades básicas y que éstas no sean una preocupación apremiante, se deben seguir los principios básicos de la intervención. Estos principios buscan asegurar que no se haga daño alguno en el proceso e, idealmente, prevenir o atenuar los síntomas y las alteraciones.

- Las intervenciones se deben basar en los principios básicos de la maduración infantil, y el personal que las administra debe tener experiencia en el trabajo con niños de diferentes edades y niveles de maduración.
- Los profesionales de salud mental deben tener relaciones de colaboración

con miembros de la comunidad /profesionales extrahospitalarios que aseguren el acceso y el apoyo de la comunidad a los niños y sus familias.

- Se debe evaluar a los niños y sus familias para detectar factores de riesgo y síntomas, y adecuar las intervenciones a los resultados.
- Un objetivo fundamental es mejorar la atención de los padres y la cohesión familiar a través de la evaluación, la psicoeducación y el tratamiento, cuando sea necesario, para padres y profesionales de atención primaria.
- Los profesionales deben aunar esfuerzos para evitar la ruptura y el desplazamiento social.
- Los profesionales deben identificar, evaluar e intentar atenuar la amenaza

constante para los niños y familiares o eliminarla.

- Los profesionales deben tener contacto continuo con los niños y controlar la aparición de síntomas o trastornos.

Se deben ofrecer impresiones o folletos que describan el trauma, qué esperar y dónde obtener ayuda. Los individuos deben recibir una gama de opciones de intervención que satisfagan mejor sus necesidades. El objetivo no es lograr el máximo procesamiento emocional de episodios terroríficos, como en la terapia de exposición, sino responder a la necesidad aguda que surge en muchos, de compartir su experiencia, al tiempo que se respeta a quienes no desean hablar de lo sucedido.



SECCIÓN IV / PREVENCIÓN Y DETECCIÓN

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

OBJETIVOS

- Reconocer la importancia de los pediatras como nexo entre la población infanto-juvenil, la familia y la comunidad.
- Conocer las actividades que puedan ser eficaces en la atención directa de los niños y sus familias antes, durante y después del desastre.

¿Cómo pueden los pediatras detectar las condiciones, intervenir y ayudar a atenuar el impacto emocional de un desastre en la población infanto-juvenil?

Los pediatras cumplen una función fundamental en la evaluación del impacto emocional de un desastre sobre la población infanto-juvenil. Al detectar condiciones que pueden aumentar el impacto emocional e identificar a los individuos más vulnerables, los pediatras pueden aconsejar a las familias, a los docentes y a la comunidad sobre cómo mitigar las consecuencias emocionales del suceso.

El pediatra es una figura muy importante para los padres puesto que le han confiado el cuidado del hijo. Además, resulta un eslabón fundamental en la cadena niño-familia-escuela-comunidad. Parte de su función es fomentar la comunicación

entre las familias, las escuelas y los líderes comunitarios, a fin de crear un plan conjunto para disminuir o evitar las consecuencias emocionales a largo plazo, y devolver a los niños el sentido de rutina y el sentimiento de seguridad. El primer aspecto que el pediatra debe encarar es un plan para garantizar su propia seguridad y la de su familia. La falta de planificación y la preocupación intensa por su propia seguridad y la de su familia afectará su capacidad para ayudar a otros.

Intervención antes del desastre

El pediatra debe asegurar que las necesidades emocionales de los niños sean contempladas de forma adecuada en la planificación previa al desastre.

El pediatra conoce las necesidades físicas y emocionales de los niños en sus diferentes etapas evolutivas. Por eso, es necesario que se involucre en todas las fases de la planificación para crear un plan que contemple los aspectos psicosociales de los niños y sus familias.

Con estos conocimientos, puede aconsejar a padres, maestros, agentes de policía, bomberos y otros, sobre algunos elementos básicos necesarios para prevenir o atenuar el impacto emocional esperable e identificar a los niños con mayor riesgo de sufrir un trastorno emocional intenso e inmediato, así como problemas crónicos de salud mental.



Los pediatras cumplen una función fundamental en la evaluación del impacto emocional de un desastre sobre la población infanto-juvenil.

Puede asesorar sobre las necesidades emocionales específicas de los niños para cada etapa evolutiva y promover el trabajo en conjunto en la comunidad. Se puede preparar a la comunidad con charlas, folletos u otro tipo de material informativo y la educación a través de los medios de comunicación locales.

El pediatra también puede contribuir a planificar la asignación de los recursos disponibles y las estructuras de los equipos de rescate en hospitales pediátricos, refugios y servicios de emergencias.

Los pediatras también deben trabajar junto con el personal de la escuela en la preparación de programas destinados a la detección temprana y continua de trastornos emocionales en los alumnos. Es importante instruir a los docentes y al personal a cargo sobre las necesidades emocionales específicas y las reacciones típicas ante un desastre.

El pediatra debe hablar con los padres acerca de las reacciones que deben esperar de sus hijos según su etapa evolutiva (ver Sección III). Implementar este tipo de planificación anticipada es esencial, particularmente en comunidades consideradas de alto riesgo por estar expuestas a terremotos, huracanes, inundaciones y otros desastres naturales.

Intervenciones durante el desastre

Los pediatras deben ayudar a los líderes de la comunidad a identificar los recursos para enfrentar el desastre y asegurar que se distribuyan de manera equitativa.

Es importante que formen parte de los servicios de ayuda telefónica relacionados con el suceso y que eduquen a los medios masivos de comunicación para tener acceso a sectores más amplios de

la población. También es esencial que se integren en un programa organizado de ayuda y recuperación. Se debe tener en cuenta que los niños pasan muchas horas en la escuela y con frecuencia los desastres ocurren mientras están allí. Por lo tanto, si los docentes y el resto del personal están entrenados para identificar las manifestaciones emocionales más frecuentes en los alumnos y conocen el modo de abordarlas, la escuela puede ofrecer el espacio adecuado para que los niños y los adolescentes sientan la suficiente seguridad y confianza para expresar sus inquietudes y realizar actividades apropiadas para su edad. Es probable que esto atenúe el impacto emocional y sus consecuencias.

Intervenciones después del desastre

Es importante que los pediatras estén disponibles para consultas y puedan asesorar a las familias, las escuelas y la comunidad en cuanto a reconocer las diferentes reacciones emocionales a largo plazo que surgen en la población infanto-juvenil.

Una vez que el episodio finalizó y la amenaza disminuyó, los pediatras deben brindar apoyo emocional y orientación a las familias, especialmente a los padres. Deben pensar en derivarlos para que reciban asistencia, si es necesaria, ya que ellos representan el principal vehículo de recuperación de los niños. También deben escucharlos y orientarlos acerca de cómo responder a la alteración emocional de sus hijos. Para los padres puede ser muy útil que el pediatra les aclare cuáles son reacciones normales y cuáles son más preocupantes. Si el consultorio del pediatra está intacto, debe ser un ámbito seguro para que los niños y sus familias se



Si los docentes y el resto del personal están entrenados para identificar las manifestaciones emocionales más frecuentes en los alumnos y conocen el modo de abordarlas, la escuela puede ofrecer el espacio adecuado para que los niños y adolescentes sientan la suficiente seguridad y confianza para expresar sus inquietudes y realizar actividades apropiadas para su edad.



Una vez que el episodio finalizó y la amenaza disminuyó, los pediatras deben brindar apoyo emocional y orientación a las familias, especialmente a los padres.

sientan cómodos y libres para solicitar orientación y apoyo. Es ideal contar con un ámbito adecuado para mantener reuniones con toda la familia. El pediatra también debe alentar a los padres a propiciar el diálogo con sus hijos. El pediatra debe continuar brindando apoyo emocional y facilitar la comunicación entre los miembros de la familia. Debe ayudar a restablecer la rutina normal para que los niños recuperen la sensación de seguridad. Debe estar atento a los niños con necesidades especiales, como los testigos directos del desastre, aquellos con enfermedades previas o huérfanos. Es imprescindible controlar a los niños para determinar si es necesario derivarlos a un especialista.

El pediatra también debe asesorar al personal escolar, participar en la evaluación sistemática de los niños para detectar síntomas perjudiciales y estar disponible para evaluaciones más exhaustivas y el posible tratamiento o derivación de niños que tienen síntomas más graves o persistentes.

Además de comunicar que gran parte de los trastornos emocionales son transitorios, el pediatra debe informar a las familias, los educadores y los medios de comunicación que un cierto porcentaje de niños desarrollarán síntomas y trastornos a largo plazo que pueden mejorar mediante el tratamiento.

El pediatra también debe conocer los criterios para derivar a un niño o a un adolescente a un profesional de salud mental, a un especialista o a un tratamiento ambulatorio. Muchos pediatras se consideran responsables de la detección sistemática del sufrimiento emocional y las derivaciones posteriores a un acontecimiento traumático. Una investi-

gación sistemática formal de todos los individuos puede ser muy útil y más adecuada que una investigación informal o una vigilancia rutinaria.

La resistencia de un individuo a hablar sobre síntomas o temores permanentes por seguridad, vergüenza y culpa asociadas con la situación traumática pueden dificultar la identificación de trastornos psíquicos. Para los profesionales médicos tal vez sea difícil investigar los síntomas cuando ellos mismos están afectados por el desastre y se sienten incómodos con el tema. Los pediatras que creen que no es su responsabilidad o carecen de suficiente entrenamiento o confianza pueden, sin embargo, ofrecer orientación preventiva y asesoramiento, e identificar a las personas más vulnerables con riesgo de sufrir un impacto emocional más grave y prolongado. En este sentido, deben prestar especial atención a los niños testigos de ataques terroristas o matanzas, o que sufrieron pérdidas importantes.

¿Cuándo buscar ayuda profesional?

En la mayoría de los casos, las manifestaciones del impacto emocional son transitorias y los niños retoman progresivamente sus actividades habituales. Sin embargo, hay casos que deben ser derivados a un profesional de salud mental.

La intervención de los profesionales de salud mental tiene los siguientes objetivos:

- Brindar al niño un marco seguro donde pueda hablar sobre sus sentimientos y emociones con respecto a la situación que sufre.
- Prevenir que los síntomas se vuelvan crónicos e interfieran con el desempeño habitual.

- Adoptar las medidas necesarias para atenuar el posible impacto de las situaciones de desastre sobre la personalidad en desarrollo del niño.

El niño debe ser derivado si presenta:

- Pensamientos o ideas suicidas
- Síntomas que persisten más de uno a tres meses e interfieren con la vida cotidiana
- Comportamiento agresivo, que amenaza su vida o la de los demás
- Problemas de conducta en la escuela que impiden un desempeño aceptable
- Comportamientos de retraimiento persistentes (de más de un mes) que interfieren con su vida social
- Pesadillas frecuentes que persisten en el tiempo
- Arrebatos frecuentes de ira, enojo, comportamiento explosivo
- Manifestaciones somáticas persistentes (de más de un mes)
- Comportamiento de evitación o síntomas de ansiedad que interfieren con la vida cotidiana
- Alcoholismo o drogadicción
- Considerar especialmente los problemas y factores de riesgo preexistentes, ya que las situaciones traumáticas pueden reactivar conflictos previos con efectos abrumadores sobre el niño (Cuadro 6).

Algunas comunidades carecen de un sistema de salud mental formal o están sobrepasadas por las necesidades de la población. En estos casos, pueden ser eficaces los tratamientos innovadores ambulatorios. En Venezuela, tras una importante inundación seguida de aludes, se desarrollaron tratamientos especializados para los padres y los niños a fin de afrontar la pre-

valencia de síntomas de trastorno de estrés postraumático. Esto incluyó la organización de campamentos de verano para los niños con el objetivo de tratar sus miedos permanentes y otros síntomas, y permitir el tratamiento simultáneo de las personas a cargo de ellos.

El pediatra puede, asimismo, colaborar con los profesionales de salud mental, describiendo las expresiones idiomáticas locales sobre síntomas emocionales y los patrones de sufrimiento, así como los estigmas locales asociados con el tratamiento de los trastornos mentales. El pediatra debe explicar a los padres que muchas personas sufren trastornos emocionales crónicos tras un desastre, pero que el tratamiento es útil. También puede colaborar con los profesionales de salud mental identificando voluntarios adecuados en la comunidad. Los profesionales de salud mental pueden capacitar a personas maduras motivadas, que se adaptaron bien y son respetadas dentro de la comunidad para ayudar a implementar programas extrahospitalarios.



Los profesionales de salud mental pueden capacitar a personas maduras motivadas, que se adaptaron bien y son respetadas dentro de la comunidad para ayudar a implementar programas extrahospitalarios.

6

CUADRO 6. Niños con alto riesgo de alteraciones emocionales

- Niños heridos
- Niños separados de sus padres por períodos prolongados
- Niños con enfermedades previas, mentales o físicas
- Niños con poco apoyo emocional de la familia
- Niños cuyos padres se divorciaron recientemente
- Niños que fueron testigos directos de ataques terroristas o de asesinatos, o que pensaron que no sobrevivirían
- Niños con antecedentes de maltrato infantil

RESUMEN

Los desastres exponen a la población afectada a grandes peligros. Apenas en los últimos años se reconoció la importancia del impacto emocional y sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo.

Los niños y los adolescentes son especialmente vulnerables, ya que la reacción ante un desastre en estos grupos etarios depende de su etapa de desarrollo psico-social, sus características individuales, el grado de dependencia emocional y afectiva de los adultos y las experiencias previas.

Después de un desastre, es esperable una reacción emocional en la población pediátrica que se puede considerar una “reacción normal a una situación anormal”. Sin embargo, si ésta se torna muy intensa o persistente o afecta a niños especialmente vulnerables, será necesario un apoyo más específico de inmediato.

La función del pediatra como eslabón de la cadena niño-familia-escuela-comunidad es fundamental, ya que conoce las necesidades físicas y emocionales de los niños en cada etapa de su desarrollo y es una fuente importante de información, apoyo y ayuda para la comunidad, la escuela, las familias y los niños.

El reconocimiento y el abordaje temprano de las posibles alteraciones emocionales en la población infantil es, en gran medida, la estrategia más eficaz para prevenir trastornos a mediano y largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

- ACEP and American Academy of Pediatrics. APLS: The Pediatric Emergency Medicine Resource. 4^a ed. 2004: 542-563.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. How pediatricians can respond to the psychosocial implications of disasters. *Pediatrics* 1999;103:521-523.
- American Academy of Pediatrics. Pediatric Education for Prehospital Professionals. 2^a ed. *Children in Disasters*. 2006;173-189.
- American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^a ed. Washington DC: American Psychiatry Association, 1994;424-429.
- Applied Research and Consulting, LLC, Columbia University Mailman School of Public Health, and New York State Psychiatric Institute: Effects of the World Trade Center Attack on NYC Public School Students: Initial Report to the New York City Board of Education. May 6, 2002. (http://www.nycboe.net/offices/spss/wtc_needs/firstrep.pdf)
- Bolton D, O'Ryan D, Udwin, et al. The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: II: General psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:513-523.
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:216-222.
- Caffo E, Belaise C. Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin Am* 2003;12:493-535.
- Carr A. Interventions for posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Pediatr Rehab* 2004;7:231-234.
- Cohen JA, Bernet W, Dunne JE, et al. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(Suppl 10):4S-26S.
- Crane PA, Clements PT. Psychological response to disasters: focus in adolescents. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2005;43:31-38.
- Eth S, Pynoos RS. Developmental perspective on psychic trauma in childhood. In Figley CR (ed.), *Trauma and Its Wake*. Nueva York: Brunner/Mazel;1985:36-52.
- Ferguson SL. Preparing for disasters: Enhancing the role of pediatric nurses in wartime. *J Pediatr Nurs* 2002;17:307-338.
- Foltin GL, Schonfeld DJ, Shannon, MW (eds.). *Pediatric Terrorism and Disaster Preparedness: A Resource for pediatricians*. AHRQ Publication No. 06-0056-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Octubre 2006.
- Goenjian AK, Pynoos RS, Steinberg AM, et al. Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1174-1184.
- Groome D, Soureti A. Posttraumatic Stress Disorder and anxiety symptoms in children exposed to the 1999 Greek earthquake. *Br J Psychol* 2004;95(pt 3):387-397.
- Gurwitch RH, Kees M, Becker SM, et al. When disasters strikes: responding to the needs of children. *Prehospital Disaster Med* 2004;19:21-28.
- Hagan J and the Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and the Task Force on Terrorism: Psychosocial implications of disaster or terrorism on children: a guide for the pediatrician. *Pediatrics* 2005;116:787-795.
- Hohenhaus SM. Practical considerations for providing pediatric care in mass casualty incident. *Nurs Clin North Am* 2005;40:523-533.
- Hoven CW, Duarte CS, Mandell DJ. Children's mental health after disasters: the impact of the World Trade Center attack. *Curr Psych Rep* 2003;5:95-100.
- Laraque D, Boscarino JA, Battista A, et al. Reactions and needs of tristate-area pediatricians after the events of September 11th: implications for children's mental health services. *Pediatrics* 2004;113:1357-1366.
- Leavitt L. When terrible things happen: A parent guide to talking with their children. *J Pediatric Health Care* 2002;16:272-274.
- Leonard RB. Role of pediatricians in disasters and mass casualty incidents. *Pediatric Emerg Care* 1988;4:41-44.
- Lubit R, Tovine D, Defrancis L, Eth S. Impact of trauma on Children. *J Psychiatr Pract* 2003;9:128-138.
- Markenson D, Reynolds S. American Academy of Pediatrics. Committee on Pediatric Emergency Medicine; Task Force on

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

- Terrorism. The pediatrician and disaster preparedness. *Pediatrics* 2006;117:e340-e362.
- McDermot BM, Lee EM, Judd M, Gibbon P. Posttraumatic Stress Disorder and general psychopathology in children and adolescents following a wildfire disaster. *Can J Psychiatry* 2005;50:137-143.
- Meltzer-Brody S, Churchill E, Davidson JR. Derivation of the SPAN, a brief diagnostic screening test for post traumatic stress disorder. *Psychiatry Res* 1999;63-70.
- Mercuri A, Angeliq HL. Children's responses to natural, technological and non-technological disasters. *Community Ment Health J* 2004;40:167-175.
- Neuner F, Schauer E, Catani C, et al. 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.
- Otero JC, Njenga FG. Lessons in posttraumatic stress disorder from the past: Venezuela floods and Nairobi bombing. *J Clin Psychiatry* 2006;56-62.
- Pfefferbaum RL, Fairbrother G, Brandt EN (h.), et al. Teachers in the aftermath of terrorism: a case study of one New York City school. *Fam Community Health* 2004;27:250-259.
- Pfefferbaum B, Nixon SJ, Krug RS, et al. Clinical needs assessment of middle and high school students following the 1995 Oklahoma City bombing. *Am J Psychiatry* 1999;156(7):1069-1074.
- Rando T. Treatment of Complicated Mourning. Champaign, IL: Research Press, 1993.
- Redlener I, Markenson D. Disaster and terrorism preparedness: what pediatricians need to know. *Dis Mon* 2004;50:6-40.
- Shahinfar A, Fos NA, Leavitt LA. Preschool children's exposure to violence: relation of behaviour problems to children and parent reports. *Am J Orthopsychiatry* 2000;70:115-125.
- Schonfeld D. Almost one year later: looking back and looking ahead. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 2002;23:1-3.
- Schonfeld D. Helping children deal with terrorism. En Osborn L, DeWitt T, First L, and Zenel J (eds.): *Pediatrics*. Filadelfia, PA, Elsevier Mosby, 2005, pp. 1600-1602.
- Schonfeld D. Supporting children after terrorist events: Potential roles for pediatricians. *Pediatric Annals* 2003;32:182-187.
- Schonfeld D. Talking with children about death. *Journal of Pediatric Health Care* 1993;7:269-274.
- Schonfeld D, Lichtenstein R, Pruett MK, Speese-Linehan D. How to Prepare for and Respond to a Crisis (2^a ed.). Alexandria, VA: ASCD; 2002.
- Schuster MA, Stein BD, Jaycox LH, et al. A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *N Engl J Med* 2001;345:1507-1512.
- Somasundaram, DJ, van de Put, W. Management of Trauma in Special Populations After a Disaster. *J Clin Psychiatry* 2006;(67):64-73.
- Thienkrua W, Cardozo BL, Chakkraband ML, et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in southern Thailand. *JAMA* 2006;296:549-559.
- Veenema TG, Schroeder-Bruce K. The aftermath of violence: children, disaster and posttraumatic stress disorder. *J Pediatr Health Care* 2002;16:235-244.
- Vernberg E, Vogel J. Interventions with children after disasters. *J Clin Child Psychol* 1993;22:485-498.
- Vogel J, Vernberg E. Children's psychological responses to disasters. *J Clin Child Psychol* 1993;22:464-484.
- Work Group on Disasters. *Psychosocial issues for Children and Families in Disaster: A Guide for the Primary Care Physician*. American Academy of Pediatrics.

Resolución de los casos

Caso 1

Es importante transmitir el mensaje de que las manifestaciones emocionales tras situaciones de desastre son reacciones de adaptación esperables a una situación caótica inesperada.

El impacto emocional en los niños se relaciona en gran medida con las reacciones de los padres o las personas a cargo, por lo que es fundamental primero escucharlos y apoyarlos para que puedan conservar la calma.

Es importante que los padres conozcan las posibles reacciones emocionales de sus hijos según su etapa madurativa. Es también importante distinguir entre una reacción esperable y una reacción que exige atención.

Caso 2

Los niños pasan gran parte del día en la escuela, en contacto con sus maestros. Por lo tanto, es fundamental que los docentes conozcan las diferentes necesidades emocionales de sus alumnos según su edad evolutiva específica. Asimismo, es necesario que los docentes conozcan las diferentes reacciones y síntomas que pueden manifestarse entre sus estudiantes.

Es importante que el pediatra trabaje junto con la escuela para elaborar programas destinados a la detección temprana de los trastornos emocionales.

La función del pediatra como asesor del personal escolar es esencial y debe estar disponible cuando se lo necesite para evaluar a determinados alumnos.

REVISIÓN DEL MÓDULO

SECCIÓN I – VULNERABILIDAD EMOCIONAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE EN SITUACIONES DE DESASTRE

1. ¿Cuáles son las condiciones individuales que influyen en la vulnerabilidad de los niños?
2. ¿Cuáles son los factores que influyen en el impacto emocional de los desastres sobre los niños?
3. ¿Cuáles son los recursos con los que cuentan las familias para enfrentar una situación de desastre?

SECCIÓN II – RESPUESTA EMOCIONAL INFANTIL ANTE UN DESASTRE

1. ¿Cuáles son los trastornos emocionales más frecuentes que ocurren en la población infantil expuesta a un desastre?
2. ¿Cuáles son las características del trastorno por estrés postraumático?
3. ¿Cuáles son los síntomas principales de los trastornos depresivos?

SECCIÓN III – INTERVENCIONES ESPECÍFICAS SEGÚN LAS ETAPAS EVOLUTIVAS

1. ¿Cómo debe un pediatra notificar a la familia sobre una muerte?
2. ¿Cuáles son los ejemplos más comunes de comprensión incompleta acerca de la muerte en los niños?
3. ¿Cuál es la meta de la intervención familiar para los niños y sus familias?

SECCIÓN IV – PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

1. ¿Cuál es el rol del pediatra para ayudar a disminuir el impacto emocional en la población infantil?
2. ¿Cómo debe intervenir el pediatra antes de los desastres?
3. ¿Cuál es el rol del pediatra durante el desastre?
4. ¿Que aportes puede realizar el pediatra después del desastre?

Resumen de las principales reacciones psicológicas de los niños y adolescentes ante situaciones de desastres y emergencias

Grupo de edad	Reacciones en las primeras 72 horas	Reacciones en el primer mes	Reacciones en el segundo y tercer mes
De 0 a 2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Excitación • Gritos y llanto frecuentes • Apego exagerado a los padres (no toleran separarse) • No se duermen o se despiertan frecuentemente • Reaccionan exageradamente ante todo tipo de estímulo y es difícil tranquilizarlos 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sueño • Pérdida de apetito • Apego excesivo a los padres • Apatía • Conductas regresivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del sueño • Aumenta la tolerancia a la separación física • Llanto injustificado
De 3 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el comportamiento, pasividad, irritabilidad, inquietud • Temor exagerado por cualquier estímulo, especialmente los que recuerdan el suceso • Desorientación espacial (no reconocen dónde están) • Alteraciones del sueño: insomnio, se despiertan angustiados, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta regresiva: se orinan en la cama, hablan a media lengua, se chupan el dedo • No toleran estar solos • Pérdida o aumento del apetito • Trastornos del sueño • Pérdida del habla o tartamudeo • Miedos específicos: a seres o situaciones reales (animales u oscuridad), o fantásticas (brujas, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazan la escuela o la guardería • Dolores de cabeza y del cuerpo • Se niegan a comer o comen en exceso • Juegan repetidamente al suceso traumático
De 6 a 11 años	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el comportamiento: pasividad • Agresividad, irritabilidad • Confusión (parecen perplejos) y con desorientación (no reconocen fecha, lugar, etc.) • Llanto frecuente • Conductas regresivas • Problemas del lenguaje 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo injustificado • Dificultad para permanecer quietos • Dificultad para centrar la atención • Dolores de cabeza y otros síntomas somáticos • Juegan repetidamente al suceso traumático 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de concentración en la escuela • Rechazan ir a la escuela • Sienten culpa o suponen que el desastre sucedió por un comportamiento o pensamiento previo • Parecen retraídos o tímidos • Juegan repetidamente al suceso traumático

Grupo de edad	Reacciones en las primeras 72 horas	Reacciones en el primer mes	Reacciones en el segundo y tercer mes
De 12 a 18 años	<ul style="list-style-type: none"> • Confusión y desorientación • Rechazo a hablar y aislamiento • Parecen ausentes o distraídos 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de apetito • Pérdida de sueño • Dolores de cabeza y del cuerpo • Pérdida de interés por las actividades habituales 	<ul style="list-style-type: none"> • Rebelión contra la familia o la autoridad en general • Problemas de comportamiento • Huida de la casa • Rechazo a la escuela

Adaptada de Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre. Washington DC, 2006.

Recomendaciones generales para la atención psicosocial de los niños y los adolescentes en situaciones de desastre

Alteración observada	Consejo a los padres	Consejo a los maestros
Trastornos del sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilícelos • Muestre firmeza sobre la hora de dormir • Acompáñelo un rato • Deje una luz tenue encendida • Acuda si se despierta por completo y asustado (pesadilla), tranquilícelo; si lo recuerda al día siguiente, hablen de la causa del temor. Si no se despierta por completo (terror), no lo despierte, pues no lo recordará al día siguiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Detecte el problema (por ejemplo, si observa que el niño está excesivamente cansado)
Apego excesivo	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilícelo • Permítale la cercanía física y consiéntalo • Prepare al niño cuando haya separación: a dónde va, cuándo regresa. Asegúrele compañía 	<ul style="list-style-type: none"> • Permita la presencia de los padres en el aula por un tiempo y vaya disminuyéndola gradualmente
Incontinencia	<ul style="list-style-type: none"> • Evite el castigo o la burla • Cambie las ropas y tranquilícelo • Limite el consumo de líquidos en la noche • Llévelo al baño antes de dormir y en el curso de la noche • Resalte satisfacción cuando no se orine (dígaselo, anote en un calendario los días en que no se orina, etc.) • Deje una luz tenue encendida 	<ul style="list-style-type: none"> • No permita la burla o el rechazo de compañeros • Reanude las actividades escolares lo antes posible
Otras conductas regresivas	<ul style="list-style-type: none"> • No lo castigue (ignórelas) • Distráigalo 	<ul style="list-style-type: none"> • Distráigalo • Ignórelas

Alteración observada	Consejo a los padres	Consejo a los maestros
Problemas escolares	<ul style="list-style-type: none"> • Busque la rápida reinserción escolar • No lo castigue por las deficiencias, pero sí prémíelo por cualquier adelanto • Busque normalizar la vida en el hogar • Manténgase firme sobre un horario racional para estudiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Busque la rápida reinserción escolar • Permita la presencia parcial de los padres (con los más pequeños) • Brinde apoyo especial cuando baja el rendimiento; ponga al niño en primera fila, proporcione atención individual al final del día, etc. • Fomente la participación • Recompense los logros • Impida la discriminación
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquilícelos • No les transmita la ansiedad de los adultos • Explique clara y sinceramente la situación pasada y la presente (evite hacer presunciones sobre el futuro incierto) • Explore con el niño estrategias de manejo (respiración, ejercicios, etc.) • Ayúdelo a enfrentar gradualmente sus miedos; acompañelo 	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerde que la ansiedad interfiere con la atención y concentración, y ocasiona inquietud • Recompense las conductas positivas: permanecer en su pupitre, obedecer instrucciones, etc. • Periódicamente, haga con el niño un balance de los logros (reconocimiento y refuerzo de lo positivo) e ignore las conductas negativas
Agresividad	<ul style="list-style-type: none"> • Dé ejemplo de control • No castigue físicamente ni con gritos; el mejor castigo es la indiferencia o la actitud neutra (sin disminución del afecto) • Aclare firmemente que no se permitirá la agresión a otros • Declare la tregua: haga caso omiso de la agresión, pero exija aislamiento en sitio supervisado por corto tiempo, “hasta que te puedas controlar” • Hágale saber qué tipo de conducta se desea y espera de su parte • Fomente la canalización del exceso de energía, ansiedad e ira con estrategias no dañinas • Recompense los logros alcanzados en el autocontrol (abrazos, estampitas, calcomanías, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • No permita conductas agresivas • Declare la tregua • Explique qué conducta se desea y espera • Recompense los logros • Castigue con la indiferencia
Rebeldía Hostilidad Conductas temerarias	<ul style="list-style-type: none"> • Sea paciente • Muestre firmeza y oposición a conductas inaceptables • Ambiente familiar con normas claras • Fomente la comunicación 	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrezca un modelo de conducta • Plantee a la familia la posibilidad de ayuda externa

Alteración observada	Consejo a los padres	Consejo a los maestros
Dolores y síntomas somáticos	<ul style="list-style-type: none"> • Descarte una afección orgánica; si es necesario, consulte a un servicio de salud • Establezca la relación entre lo que ocurre y los síntomas • No permita la manipulación a través de los síntomas 	<ul style="list-style-type: none"> • Avísele a los padres y facilite la ayuda médica
Duelo	<ul style="list-style-type: none"> • Permita que el niño perciba su propia tristeza • Permita la expresión libre de sentimientos y recuerdos (tristeza, ira, culpa) y hable de ello en el grupo familiar • Provea acompañamiento y manifestaciones afectivas • No oculte la realidad • No fomente la negación; cuando hable de las pérdidas señale su carácter definitivo e indique la necesidad de “seguir adelante” y tratar de normalizar la vida lo más pronto posible, lo que incluye las actividades sociales conjuntas e individuales • Permita la participación en los ritos de duelo (entierro, eventos religiosos en caso de muerte, etc.) • Contrarreste la ira y culpa posibles, explicando las circunstancias reales de la pérdida (o la muerte) • Permita a los adolescentes elaborar el duelo antes de asumir nuevas responsabilidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Informe a los compañeros cuando el alumno se incorpore a las clases. Explíqueles brevemente las reacciones normales que presentará • Dé apoyo emocional • Facilite espacios para hablar de manera individual, pero no permita que se centre la atención en el niño • Promueva su participación en actividades educativas y recreativas regulares • Vigile la evolución y detecte signos de alarma (tristeza que se acentúa, ideas de muerte, de suicidio, etc.) • Establezca contacto con los padres y coordine acciones

Adaptado de: Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre. Washington DC, 2006.