

**¿QUE HACER ANTE UNA EMERGENCIA...?**

**Guía practica: “primeros auxilios psicológicos”**

**Elaborado por: Ps. Gary M. Rivera Molina**  
**Psicólogo Clínico y de la Salud**  
**C.Ps.P. 11924**  
**garyrimo@hotmail.com**

En este artículo se busca brindar una guía de fácil aplicación en situaciones de emergencia, para el abordaje del aspecto emocional. Es un aspecto importante a tener en cuenta en situaciones de crisis o posterior a un desastre como actualmente han venido siendo los sismos. Esta guía busca poder facilitar el proceso de atención, poniendo de relieve los problemas de la salud mental en los preparativos y la respuesta para casos de desastres.

Es difícil determinar el impacto de un desastre; sin embargo, se pueden usar ciertas cifras como indicadores. A menudo, la consternación del público es directamente proporcional al número de fallecidos. Sin embargo, durante dicho periodo, se ha estimado que la proporción de personas afectadas fue 400 veces mayor que el número de fallecidos. En muchos grupos se observaron problemas de salud mental: los heridos graves, otras víctimas del desastre e incluso los habitantes de otras zonas no afectadas por el desastre que hayan perdido amigos y familiares. El número de muertos es sólo el principio del problema.

Los desastres causan diversos tipos de traumas. Las consecuencias para la salud mental generalmente se clasifican en tres categorías:

TRAUMAS CAUSADO POR DESASTRES		
FÍSICOS	PSICOLÓGICOS	SOCIOECONÓMICOS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fracturas</li><li>• Quemaduras</li><li>• Heridas</li><li>• Infecciones</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aflicción</li><li>• Ansiedad</li><li>• Depresión</li><li>• Abuso del alcohol</li><li>• Abuso de drogas</li><li>• Reacciones propias del estado de estrés</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Desempleo</li><li>• Perdida de la vivienda</li><li>• Destrucción del medio ambiente</li><li>• Desorganización</li></ul>

La respuesta psicológica al desastre dependerá de tres factores importantes:



Después de un desastre, las reacciones psicológicas de los pobladores pueden variar y por lo general cambiar con el tiempo. Por lo tanto, las intervenciones psicológicas posteriores a los desastres deben ser flexibles y basarse en una evaluación continua de las necesidades.

**PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS O APOYO PSICOSOCIAL**

La técnica de los Primeros Auxilios Psicológicos en casos de catástrofes fue preparada por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), su traducción adaptación la realizó el Dr. Baltasar Caravedo y publicado por la revista militar del Perú en 1972, sus principios continúan vigentes motivo por el cual lo presentamos en esta publicación como una técnica aleatoria o de reforzamiento a la de la primera ayuda.

**Cuatro Tipos de Reacciones Frente a los Desastres:**

El manual de la APA menciona que básicamente se pueden presentar cuatro tipos de respuestas individuales a los desastres:

**A) Reacciones normales a los desastres.-**

Algunas personas son capaces de mantenerse notablemente calmadas aún en las circunstancias más extremas; sin embargo, la mayoría de nosotros empezamos a sentir los efectos del Síndrome General de Adaptación (sudoración profusa, temblores, debilidad, estados nauseosos) por un momento y la claridad del pensamiento puede ser difícil. Afortunadamente muchos de nosotros podemos recuperar nuestra compostura bastante bien. Sería engañoso clasificar como anormales estos estados naturales y transitorios.

**B) Reacciones paralizantes.-**

Se puede esperar también encontrar personas que por un tiempo se queden paralizadas, pueden quedarse paradas o sentadas en medio del caos, como si estuvieran solas en el mundo, su mirada estará perdida, cuando se les habla no podrán responder a todo o simplemente se encogerán de hombros o pronunciarán una o dos palabras, parecen libres de reacción emocional, son incapaces de ayudarse.

**C) Reacciones hiperactivas.-**

Estas personas pueden estallar en ráfagas de actividad, sin un propósito definido, hablarán rápidamente, bromearán en forma inadecuada y harán sugerencias y demandas inaceptables, pero de poco valor real, pasarán de un trabajo a otro y parecerán incapaces de resistir la más mínima distracción, se muestran intolerantes a cualquier idea que no sea la suya.

**D) Reacciones corporales.-**

Algunas reacciones corporales han sido ya mencionadas como respuestas temporalmente normales, aunque estos síntomas normales son algo molestos mientras dura, generalmente no interfieren seriamente con la habilidad de la persona para llevar adelante una actividad constructiva en una situación difícil, algunas de estas reacciones, especialmente la debilidad, el temblor, el llanto, pueden no aparecer hasta después de que una persona ha enfrentado y superado efectivamente el peligro inmediato.

Las reacciones corporales mas serias pueden sin embargo incapacitar verdaderamente y es importante reconocer su significado emocional, las náuseas y el vómito son particularmente comunes, estas reacciones se deben de diferenciar de las producidas por radiaciones o contaminaciones químicas.

Otro tipo de incapacidad física es lo que técnicamente llamamos **"histeria de conversión"**, la persona convierte su gran ansiedad en una creencia vehemente de que alguna parte de su cuerpo ha dejado de funcionar, para todos los propósitos prácticos pueden ser incapaz de ver, oír o hablar.

**Cuatro Principios Básicos de los Primeros Auxilios Psicológicos:**

**A) Acepte el derecho de toda persona a tener sus propios sentimientos.-**

No culpe o ridiculice a una persona por sentirse como lo hace, su tarea es ayudarle a superar su sentimiento, no decirle como debe sentirse. Si usted se detiene a pensar en sus propios sentimientos, se dará cuenta de cómo es imposible para los seres humanos el hacer una selección consciente de sus sentimientos más profundos.

Tenga presente que sin embargo la posición de otra persona puede ser similar a la propia, pero cada persona ha tenido ciertas experiencias únicas que pueden afectar fuertemente sus sentimientos en relación con los sucesos subsecuentes en sus vidas.

Más allá del horror y el temor que puedan sentir, las personas reaccionarán en términos de cómo esta experiencia encaja con sus ideas pasadas acerca de sí mismo y sus aspiraciones en el futuro.

Al prestar primeros auxilios psicológicos, rara vez estará usted seguro de por qué algunas personas se trastornan más que otras, su expresión, su postura, su aspecto integro puede decirle eso, aún cuando ella no le diga con palabras, permitirle a un accidentado saber que usted quiere entender como él se siente puede ser el primer paso para ayudarlo, esto puede hacerse con unas pocas palabras o aún con un simple gesto. No lo abrume con su compasión. Esto sólo le hará sentir más incomodo y confirmará sus peores temores acerca de sí mismo, haga lo indispensable para establecer contacto con él.

**B) Acepte las limitaciones del accidentado como reales.-**

Cuando el muslo de un hombre esta destrozado, nadie espera (incluyendo el paciente) que pueda caminar por un tiempo. Cuando la capacidad del hombre para superar sus sentimientos está hecha pedazos, muchos (incluyendo el paciente) se inclinan a esperar que él vuelva a actuar normalmente, casi de inmediato. “Todo está en su mente”, “Deshágase de ello”, “Recupérese”. Tales tipos de consejos no tienen lugar en los primeros auxilios psicológicos, los sentimientos de incompetencia son reales y a menudo incapacitantes; por ello su tarea será ayudarlos a recuperarse tan efectivamente y rápidamente como puedan, esto se consigue aceptando sus limitaciones y ayudándolos a redescubrir rápidamente algunos de los recursos que ellos pueden utilizar de inmediato.

**C) Mida las posibilidades del accidentado en forma tan exacta y rápida como sea posible.-**

Mientras usted se da cuenta de las limitaciones de una persona perturbada, usted estará atento de las habilidades y otros recursos que pueda utilizar y reavivar, una persona muy trastornada puede fácilmente hacerle olvidar que podría ser de verdadera ayuda para usted tanto como para sí mismo y que usted puede ayudarlo a iniciar el camino hacia la reorganización de su mundo. Averigüe con tacto que fue lo que sucedió, permítale responder de su propio modo.

Usted no puede dejarlo divagar interminablemente, ofrecerle un par de minutos en los cuales él pueda hablar libremente de sus propias experiencias le mitigarán notablemente algunos de sus sentimientos de desesperanza e impotencia. Averigüe si el herido se preocupa particularmente de sus familiares o amigos, dele tan honestamente como pueda una información acerca de donde, cuándo y cómo puede él razonablemente esperar tener contacto con aquellos que le son queridos.

Si él está demasiado deprimido para hablar fácilmente una exposición de lo que puede haberle sucedido (basado en su conocimiento general del desastre) puede acrecentar su confianza en usted, hasta el punto de que él pueda hablarle un poco.

Preguntas breves acerca de su ocupación normal pueden darle a usted algunas pistas sobre sus habilidades e interés básico, para muchas personas que están anonadadas emocionalmente el trabajo que pueda hacerse en forma automática y rutinaria podría ser el primer paso que los haga volver hacia la normalidad efectiva.

**D) Acepte sus limitaciones al ayudar a otras personas.-**

No trate de ser todo para las personas, habrá mucho de lo que usted quisiera hacer en un desastre y que está mas allá de sus de sus fuerzas y habilidades. Usted no puede ser de todo para todas las víctimas. Consecuentemente, usted debe establecer un orden de prioridades en su pensamiento, acerca de lo que puede permitirse acometer por sí mismo.

Su primera responsabilidad será cualquier trabajo de emergencia que le hayan asignado previamente.

Una razonable y sincera apreciación de sí mismo es parte muy importante de su preparación para prestar primeros auxilios psicológicos. Un trabajador de primeros auxilios físicamente herido puede continuar haciendo un buen trabajo curando las heridas de los accidentados. Pero sí está “emocionalmente herido” tendrá grandes limitaciones para proveer ayuda a otros.

**Clasificación de las Víctimas en Situaciones de Desastres:**

Los autores tratan de aclarar este dilema clasificando a las víctimas en seis amplias categorías, dependiendo de su relación directa o indirecta con el desastre, de esta manera tenemos los siguientes:

- **Víctima de 1° Grado;** aquellas que sufren el impacto directo del desastre.
- **Víctima de 2° Grado;** los familiares directos de las de primer grado.
- **Víctima de 3° Grado;** los integrantes de los equipos de primeras respuestas.
- **Víctima de 4° Grado;** la comunidad envuelta en el desastre.
- **Víctima de 5° Grado;** aquellas que se ven implicada por conocer el suceso.
- **Víctima de 6° Grado;** aquellas que no se encontraban en el lugar del impacto del desastre por motivo de viaje.

**Qué hacer y Qué No hacer durante la intervención en crisis:**

**A) Que hacer:**

- Desarrollar el sentido de escucha-responsable. Escuchar atentamente, sintetizando brevemente los sentimientos del afectado. Hágalo sentir que usted lo entiende y comprende por lo que esta pasando, esto es la empatía.
- Ser cortés, honesto y transparente; ganarse la confianza y cooperación del afectado.
- Ser realista y objetivo.
- Favorecer la dignidad y libertad para que las víctimas trabajen en sus problemas.
- Favorecer la confianza y seguridad.
- Estar alerta sobre las oportunidades de dar énfasis a las cualidades y fuerzas de la persona.
- Aceptar el derecho de los afectados de sentirse así.
- Realice preguntas saludables y efectivas.
- Pida una retroalimentación para ver si está usted comprendiendo.

**B) Reglas del NO:**

- No ofrecer algo que no pueda cumplir.
- No le tenga miedo al silencio, ofrezca tiempo para pensar y sentir.
- No se sienta inútil o frustrado. Usted es importante y lo que está haciendo vale la pena.
- No muestre ansiedad ya que ésta puede ser fácilmente transmitida a los afectados.
- No ofrezca respuesta, más bien facilite la reflexión.
- No permita que el enojo u hostilidad de la persona lo afecte.
- No los presione a hablar de Dios, sea comprensivo con las creencias religiosas.
- No tenga miedo de admitir que el afectado necesita más ayuda de la que usted le pueda brindar. Puede referirlo a profesionales especializados (Psicólogos)
- No permita que las personas se concentren únicamente en los aspectos negativos de la situación.
- No muestre demasiada lástima o paternalismo. Tampoco se exprese de manera autoritaria o impositiva. Busque un punto intermedio entre estas dos posiciones.
- No espere que la victima funcione normalmente de inmediato.
- No confronte a una persona en crisis si este se va sentir amenazado.
- No insista con preguntas más allá del punto en que la persona no desea hablar.
- No trate de interpretar las motivaciones ocultas de un comportamiento.
- No moralice o sermonee.
- No intente progresar demasiado rápido en el proceso de intervención en crisis.
- No considere de manera superficial las amenazas de suicidio u homicidio.
- No aliente a alguien a hacer algo que en realidad no quiere hacer.

**Principios técnicos utilizados en los Primeros Auxilios Psicológicos:**

- Escucha responsable: escuchar atentamente y cuidadosamente.
- Permitir la libre expresión de la persona, en primer término.
- Transmitir la necesidad de aceptar lo ocurrido, pues ya no se puede modificar.
- En un segundo momento, realizar una conversación limitada y lo mas abierta posible. No excederse en un “interrogatorio fiscal”.
- Realizar resúmenes periódicos de la exposición de la persona: organización del pensamiento.
- Proveer información.
- Orientar en lo necesario pero evitando los “Consejos Directivos”
- Aceptación de las personas tal y como son, respetando su dignidad y sus derechos.
- Empatía, que significa ponerse en el lugar del otro, comprender lo que le está sucediendo.
- Crear una atmósfera cálida y humana alrededor de la víctima.
- Posibilidad de desarrollar reuniones grupales con diversas personas que pasaron por lo mismo.
- Desarrollo de actividades para el manejo del estrés.

**PROBLEMAS PSICOSOCIALES DE LA POBLACIÓN INFANTIL Y JUVENIL**

Las reacciones postraumáticas que pueden aparecer como una manifestación normal en circunstancias anormales, tanto en los niños, jóvenes o adultos, deben ser atendidas rápidamente y oportunamente. Por el contrario, si se piensa que los niños “No sienten o no entienden” se comete un grave

error que los deja expuestos a sufrimientos y temores. La explicación sencilla del origen de los fenómenos naturales ayuda a los niños a entender y manejar de una manera más racional sus angustias.

Los maestros, trabajadores de atención primaria en salud, agentes comunitarios y las familias pueden ser adecuadamente capacitados para reconocer este tipo de problemas en los niños, identificando las reacciones normales y diferenciándolas de las patológicas.

**Problemas psicosociales que pueden ser manejados, por lo general, en el ámbito familiar y comunitario:**

- Pesadillas.
- Mojar la cama.
- Ansiedad, miedo, fobias.
- Agresividad, problemas disciplinarios.
- Tristeza o nostalgia.
- Mal desempeño en la escuela.
- Enfermedades, dolores psicósomáticos (dolores causados por factores emocionales)
- Falta de concentración, hiperactividad.
- Exagerado apego a los adultos.
- Comportamientos regresivos, pérdida de nuevas habilidades.

**Problemas psicosociales que debe ser tratados por profesionales:**

- Severos trastornos de tipo psíquicos que se mantienen por más de un mes.
- Lloro constantemente y se siente profundamente triste.
- No quiere comer y cada vez está más delgado.
- Se presenta cansado y quiere permanecer en cama todo el tiempo.
- No puede dormir en las noches, aumento del período de alerta.
- Se encuentra desesperado y habla sobre cómo acabar su vida.
- Esta seriamente herido y con deficiencias físicas.
- Dependencia del alcohol o drogas.
- Hiperactividad con baja tolerancia a la frustración.
- Total desinterés por actividades agradables.
- Se presenta extremadamente nervioso.

**Manifestaciones sintomáticas más frecuentes en niños, niñas y adolescentes según grupo de edades.**

<b>Grupo de Edad</b>	<b>Manifestaciones Sintomáticas Mas Frecuentes:</b>
<b>Niños y niñas, de 1 a 7 años:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Desamparo y pasividad (desgano, energía baja, no participa en actividades).</li><li>- Miedo generalizado (le teme a todo)</li><li>- Confusión en el proceso del pensamiento. No se concentran.</li><li>- Se “sienten mal” en general.</li><li>- No quieren hablar de lo que les pasó.</li><li>- Sueños desagradables, pesadillas, no pueden dormir de corrido, se despiertan en la madrugada.</li><li>- No quieren separarse de los padres o de los adultos que lo protegen.</li><li>- Regresan a conductas ya superadas como chuparse el dedo, orinarse en la cama, hablar como cuando eran más chiquitos (balbuceo)</li><li>- Angustia relacionada con no entender que significa la muerte.</li><li>- Fantasía de “componer” a los muertos, esperar el regreso de la persona muerta.</li><li>- Juegos repetitivos acerca del evento traumático. Jugar a que rescatan a sus amiguitos, a que otros se mueren. Etc.</li></ul>
<b>Niños y niñas, de los 8 a los 11 años:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sentirse preocupado, responsable y/o culpable por el evento.</li><li>- Sentir miedo de estar solos y del contacto con todo aquello que les recuerde el suceso.</li><li>- Jugar y hablar repetidamente y con exceso de detalles acerca del evento traumático.</li><li>- Miedo de no poder controlar sus sentimientos (llorar, enojos, miedo, etc.)</li><li>- Problemas para prestar atención y aprender.</li><li>- Alteraciones del sueño (pesadillas de monstruos, no poder dormir, etc.).</li><li>- Preocupación por la seguridad de sí mismo y otros. Por ejemplo, pensar que algo les va a pasar a sus padres, hermanos, amigos, etc.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambios inesperados de conducta. Por ejemplo, los niños activos se vuelven pasivos y los pasivos, activos.</li> <li>- Dolores corporales (cabeza, pecho, estómago, etc.)</li> <li>- Preocupación extrema por el proceso de recuperación de sus padres. Evitan molestarlos a ellos con sus propias angustias.</li> <li>- Preocupación excesiva por otras víctimas y sus familiares.</li> <li>- Sentirse inquietos, confundidos y asustados por sus propias reacciones ante el dolor y la pérdida.</li> <li>- Miedo a fantasmas.</li> </ul>
<b>Adolescentes, de los 12 a los 18 años:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Culpa por haber sobrevivido.</li> <li>- Desinterés por la vida.</li> <li>- Pena, sensación de vulnerabilidad (estar indefenso).</li> <li>- Se comportan diferentes. Puede aparecer uso de drogas, delincuencia, conductas sexuales inapropiadas, etc.</li> <li>- Conductas autodestructivas. Tendencia a tener o provocar accidentes.</li> <li>- Cambios repentinos en sus relaciones con las personas.</li> <li>- Deseos y planes de venganza.</li> <li>- Deseos de entrada prematura a la edad adulta. Por ejemplo, abandonar la escuela, buscar un trabajo, casarse, tener un hijo, etc.</li> </ul>

**Reacciones en el aula (Escuela):**

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

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

**Metodologías y pautas generales de actuación para la atención a los niños**

Debe organizarse el tiempo de los niños para que superen el duelo y vuelvan a la normalidad. Se debe favorecer la socialización mediante la relación con otros niños en grupos.

Las técnicas lúdicas, expresivas, plásticas y dinámicas son un instrumento de primer orden para el trabajo con niños. Los menores se proyectan a través del juego, los dibujos, la escritura, escenificaciones, títeres. Se reestructuran los acontecimientos impactantes para que se les encuentre una lógica temporal, reconstruir lo sucedido y definir claramente causas y efectos que les permitan quedar libres de falsas culpas.

Los maestros, trabajadores de salud y agentes comunitarios necesitan instrumentos concretos para trabajar con los niños. La narrativa de cuentos es otro recurso muy utilizado, se leen los cuentos a los niños pero además crean canciones y preparan escenificaciones y teatro de títeres con los personajes de los cuentos. Los títeres ayudan a los niños y jóvenes a proyectarse y hablar a través de ellos expresándose de una manera más libre.

**Algunas recomendaciones específicas para la atención a niños y niñas:**

- Abrácelos y tóquelos frecuentemente. Forme un escudo de amor alrededor de ellos.
- Pase tiempo con sus niños, especialmente antes de que duerman.
- Reafírmeles frecuentemente que están juntos y a salvo.
- Hable con ellos sobre el desastre de una forma simple y honesta. No minimice, no exagere la situación. Manténgalos informados de cualquier problema que los pueda afectar directamente.
- Pregúnteles acerca de sus sentimientos sobre el desastre. Anímelos a que hablen sobre cómo se sienten, sobre sus miedos y preocupaciones, sobre lo que piensan. Si ellos no quieren hablar, pregúnteles cómo piensan ellos que otros niños se sienten.
- Dígalos a los niños cómo se sintió usted durante el desastre. Encontrará que sus sentimientos son compartidos por ellos, a pesar de su corta edad.
- No les hable a los niños sobre los miedos de usted al futuro. Es importante para ellos que los adultos se muestren seguros o esperanzados de poder salir adelante.
- No descargue en los niños sus miedos. No los mantenga a su lado o duerma con ellos, por ser usted quien tiene miedo.
- Acepte los sentimientos de sus niños. Si su hijo se siente con ganas de llorar, dígalos que está bien que llore y exprese sus sentimientos.  
No intente cambiar los sentimientos de sus hijos. Sea un buen oyente.
- Anímelos a que dibujen, coloreen, escriban o jueguen acerca del desastre. Esto le ayudará a los niños y usted entenderá cómo ven ellos lo sucedido.
- Cuando hagan juegos referentes al desastre, anímelos a que le den al juego un final feliz, pues ellos están a salvo.
- Mantenga las rutinas familiares en la medida de lo posible, haga cosas conocidas para los niños, por ej.: Contarles un cuento antes de dormirse, que duerman la siesta en la tarde. Esto les proporcionará un sentido de seguridad.
- De a sus hijos tareas productivas y apropiadas a su edad. Hágalos parte del esfuerzo familiar para responder a la adversidad.
- Reconozca y premie con palabras de aceptación cuando los niños se comportan responsablemente.
- Tolerancia durante un tiempo (3 a 4 semanas) los comportamientos regresivos o agresivos.
- No le haga a sus niños promesas que no pueda cumplir.
- El tema de la muerte se debe de tratar concretamente. Decirles que la muerte es permanente y que causa una gran tristeza a los que quedamos vivos. No se le debe culpar al niño por la muerte de otros.
- No les diga a los niños que los muertos están felices en el cielo con Dios, los niños muy pequeños no entienden este concepto y pueden desear morir para ir con esa persona.

Las siguientes recomendaciones, acorde con las alteraciones específicas que se evidencien, son útiles para los padres y maestros:

Alteraciones Observadas	Consejos a los Padres	Consejo a los Maestros
Trastornos del sueño	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tranquilícelos.</li> <li>- Firmeza sobre la hora de dormir.</li> <li>- Acompáñelo un rato.</li> <li>- Luz tenue prendida.</li> <li>- 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.</li> </ul>	✓ Detecte el problema (por ejemplo, si observa que el niño está excesivamente cansado)
Apego excesivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tranquilícelo.</li> <li>- Permítale la cercanía física y consiéntalo.</li> </ul>	✓ Permita la presencia de los padres en el aula, por un tiempo, disminuyendo este

**Guía Práctica:**  
**“Primeros Auxilios Psicológicos”**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prepare al niño cuando haya separación: a donde va, cuándo regresa. Asegúrele compañía.</li> </ul>	<p>tiempo poco a poco.</p>
Incontinencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evite el castigo o la burla.</li> <li>- Cambie las ropas tranquilícelo.</li> <li>- Limitación de líquidos en la noche.</li> <li>- Resalte satisfacción cuando no se orine (dígaselo, anote en un calendario los días en que no se orina, etc.)</li> <li>- Luz tenue prendida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No permita la burla o el rechazo de compañeros.</li> <li>✓ Reinicie la actividad escolar lo más pronto posible.</li> </ul>
Otras conductas regresivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No lo castigue (Ignórelas).</li> <li>- Distráigalo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Distráigalo.</li> <li>✓ Ignórelas.</li> </ul>
Problemas Escolares.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Busque la rápida reinserción escolar.</li> <li>- No lo castigue por las deficiencias, pero sí prémíelo por cualquier adelanto.</li> <li>- Busque normalizar la vida en el hogar.</li> <li>- Manténgase firme sobre un horario racional para estudiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rápida reinserción escolar.</li> <li>✓ Presencia parcial de padres (con los más pequeños)</li> <li>✓ Apoyo especial cuando baja el rendimiento; ponga al niño en primera fila, atención individual al final del día, etc.</li> <li>✓ Fomente la participación.</li> <li>✓ Recompense los logros.</li> <li>✓ Impida la discriminación.</li> </ul>
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tranquilícelos.</li> <li>- No les transmita la ansiedad de los adultos.</li> <li>- Explicaciones claras y sinceras sobre la situación pasada y la presente (evite hacer presunciones sobre el futuro incierto).</li> <li>- Explore con el niño estrategias de manejo (respiración, ejercicios, etc.).</li> <li>- Paulatino enfrentamiento a situaciones de temor, acompañamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recuerde que la ansiedad interfiere con la atención y concentración y ocasiona inquietud.</li> <li>✓ Recompense las conductas positivas; permanecer en su pupitre, obedecer instrucciones, etc.</li> <li>✓ Periódicamente, haga con el niño un balance de los logros (reconocimiento y esfuerzo de lo positivo) e ignore las conductas negativas.</li> </ul>
Agresividad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dé ejemplo de control.</li> <li>- No castigue físicamente ni con gritos; el mejor castigo es la indiferencia o la actitud neutral (sin disminución del afecto).</li> <li>- Aclare firmemente que no se permitirá la agresión a otros.</li> <li>- Declare la tregua: haga caso omiso de la agresión, pero exija aislamiento en sitio supervisado por corto tiempo, “hasta que te puedas controlar”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No permita conductas agresivas.</li> <li>✓ Declare la tregua.</li> <li>✓ Explique qué conductas se desea y espera.</li> <li>✓ Recompense los logros.</li> <li>✓ Castigue con la indiferencia.</li> </ul>
Rebeldía, Hostilidad, Temeridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciencia.</li> <li>- Firmeza y oposición a conductas inadecuadas.</li> <li>- Ambiente familiar con normas claras.</li> <li>- Fomente la comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Modelo de conducta.</li> <li>✓ Posibilidad de ayuda externa a la familia.</li> </ul>
Dolores y quejas somáticas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descarte una afección orgánica, si es necesario, consultar a un servicio de salud.</li> <li>- Establezca la relación entre lo que ocurre y los síntomas.</li> <li>- No permita la manipulación a través de los síntomas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Avísele a los padres y facilite la ayuda médica.</li> </ul>

Duelo	<ul style="list-style-type: none"><li>- Permita que el niño perciba su propia tristeza.</li><li>- Permita la expresión libre de sentimientos y recuerdos (tristeza, ira, culpa) y hable de ello en el grupo familiar.</li><li>- Provea acompañamiento y manifestaciones afectivas.</li><li>- No oculte la realidad.</li><li>- No fomente la negación, hable de las pérdidas señalando su carácter definitivo, a pesar de lo cual es necesario “seguir adelante” y tratar de normalizar la vida lo más pronto posible, lo que incluye las actividades sociales conjuntas e individuales.</li><li>- Permita la participación en los ritos de duelo (entierro, eventos religiosos, en caso de muerte, etc.)</li><li>- Contrarreste la ira y la culpa posibles explicando las circunstancias reales de la pérdida o la muerte).</li><li>- Permita a los adolescentes elaborar el duelo antes de asumir nuevas responsabilidades.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Informe a los compañeros cuando el alumno se incorpore a las clases. Explíqueles brevemente las reacciones normales que presentará.</li><li>✓ Dé apoyo emocional.</li><li>✓ Facilite espacios para hablar de manera individual, pero no permita que se centre la atención en el niño.</li><li>✓ Promueva su participación en actividades regulares educativas y recreativas.</li><li>✓ Vigile la evolución y detecte signos de alarma (tristeza que se acentúa, ideas de muerte, de suicidio, etc.).</li><li>✓ Establezca contacto con los padres y coordine acciones.</li></ul>
-------	--	--

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

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

**NOTA IMPORTANTE:**

- 1. Si los síntomas duran mas de 4 semanas, referir al niño(a) al Centro de Salud o Centro Especializado para la atención Psicológica.**
- 2. Los auxilios emocionales para los más pequeños, funcionan también para los más grandes.**

**BIBLIOGRAFÍA**

- Casas, G. (2005). Guía Práctica de Salud Mental en Situaciones de Desastres. Atención Psicosocial a la Infancia y la Adolescencia. (Capitulo V, Pág. 97 a 125). [Adobe Acrobat Reader]: [www.paho.org/desastres](http://www.paho.org/desastres)
- Cohen, R. (1999). Salud Mental para Víctimas de Desastres “Manual para Trabajadores”. Manual Moderno: México, D.F.
- Cohen, R. (1999). Salud Mental para Víctimas de Desastres “Manual para Trabajadores”. Manual Moderno: México, D.F.
- EMDR México. (2007). Primeros Auxilios Psicoemocionales. “Intervención Psicológica Temprana”. Internacional Critical Incident Stress Foundation: México D.F.
- OPS/OMS. (2002). Manuales y Guías sobre Desastres. Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias. OPS/OMS: Washington, D.C.

- OPS/OMS. (2000). Series de diapositivas “Material de Capacitación”. El Cuidado de la Salud Mental en Situaciones de Desastres. [Power Point]. Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastres.
- OPS/OMS. (2001). Biblioteca Virtual de Salud para Desastres. [CD Rom Multimedia].
- Valero, S. (2000). *Psicología en Emergencias y Desastres*. San Marcos: Lima

**Ps. Gary Rivera Molina**  
**Psicólogo Clínico**  
**Especializado en Salud Sexual y Reproductiva**  
**Maestría en Psicología Clínica y de la Salud**  
**Terapeuta de Jóvenes y Adultos**  
**C.Ps.P. 11924**

**Informes y Contactos:**  
**Teléfono: 999388833**  
**E-mail: garyrimo@hotmail.com**