



## **Niños expuestos a desastres: el papel del profesional de la Salud Mental**

Los desastres masivos, ya sean naturales, tecnológicos o provocados por el hombre, tienen un gran peso en la vida humana y repercuten física, psicológica y económicamente entre los supervivientes. Afectan a individuos, familias y comunidades enteras.

Los últimos años han sido testigo de un crecimiento significativo en el aumento de la mortalidad por casi todo tipo de desastres. Clínicos e investigadores se han propuesto elucidar el tipo, extensión y riesgos de respuestas desadaptativas de los niños frente a un desastre masivo.

Se ha visto que los efectos psicológicos adversos pueden ser severos y de larga duración, incluso en niños preescolares, y que podrían persistir incluso en un aparente funcionamiento social normal.

### **¿Qué entendemos por Desastre?**

Es un hecho relativamente súbito, más o menos limitado en el tiempo, público, y que daña extensamente propiedades y vidas, generando un impacto disruptivo en el funcionamiento social y en las rutinas básicas diarias de niños y familias (ej. terremotos, guerras, inundaciones...).

Cuando los recursos se agotan, un desastre que afecte a la infraestructura comunitaria puede resultar en desempleo, falta de vivienda y comida, servicios deficientes en salud y salud mental, cierre de escuelas, absentismo escolar y laboral, disfunción familiar y desplazamientos de grandes poblaciones.

Se suelen combinar tres tipos de experiencia ante un desastre: terror, dolor tras las pérdidas, y disrupción de la vida normal.

Los niños sienten la disrupción en su familia, vecindario y escuela.

### **¿En qué consiste la Teoría Sistémica del Desastre?**

#### **Desastres y el Sistema de Salud Mental...**

Los desastres masivos suponen un desafío para los sistemas de salud mental a diferentes niveles:

- Ambiental: Se produce un aumento masivo de las necesidades.
- Sistémico: Se necesitan una orientación multidisciplinar y una colaboración social multisistémica para controlar el impacto generado.
- Práctico: Problemas de alojamiento, desempleo extenso, organización, difusión de la información y comunicaciones.
- Teórico: El sistema de salud mental carece de una teoría amplia e integradora del desastre masivo.



- Profesional: Los programas de aprendizaje en salud mental no proporcionan un entrenamiento de intervención ante el desastre.

Los profesionales por todo ello carecen de un adecuado conocimiento diagnóstico y terapéutico, lo que puede crear una baja tolerancia al estrés que conlleva la situación.

### ¿Cuáles son los Estadios del Desastre?

- I. Consiste en el propio hecho ocurrido, el desastre primario, y los intentos para aliviar sus efectos inmediatos como el rescate del máximo número de víctimas posible y el proveer de las necesidades básicas (comida, agua y refugio) a la población afectada.
- II. Son los cambios masivos en la estructura y funcionamiento de la sociedad (instauración de centros de evacuación, ciudades-camping, movimientos de refugiados...), que pueden llevar a una pérdida de las normas, estructuras y funciones previas. Se solapa con el estadio I.
- III. Generalmente tras 18 a 36 meses del desastre, las cosas se estabilizan. Es entonces cuando las pérdidas socioculturales generadas se tornan una amenaza para la permanencia de una identidad e ideología colectivas. A menudo, aún cuando los estadios I y II se han podido manejar bien, el estadio III es descuidado, aflorando sus efectos incluso años después.

### ¿Cuáles son las reacciones de los niños ante el desastre?: El Síndrome del Desastre

Los desastres afectan a múltiples dimensiones en la realidad del niño: política, social, cultural, física, familiar, material y personal. Por ello el Síndrome del Desastre engloba todos los aspectos de las estructuras cognitivas en desarrollo y capacidades del niño.

Para poder ayudar, el profesional en salud mental debe reconocer y ayudar a restaurar las diferentes dimensiones de la realidad destruida.

La severidad de la respuesta depende de muchos factores como el nivel de exposición, nivel de desarrollo, cultura, soporte parental y personalidad previa.

Los niños pueden estar en estado de shock y embotamiento horas o días inmediatos al desastre.

Los síntomas disociativos como despersonalización o desrealización pueden ser la primera defensa contra la experiencia antes de comenzar el prolongado proceso de reconstrucción del mundo interno y ambiente externo.

Los niños preescolares mostrarían cambios conductuales y comportamientos regresivos (ej. irritabilidad, alteraciones del sueño, ansiedad de separación, temores, conducta demandante o dependiente...). Los niños mayores tendrían alteraciones en el funcionamiento consciente, aunque el funcionamiento moral pareciera progresar.

Los estudios sugieren que padres y profesores tienden a relatar menos síntomas postraumáticos en los niños que los propios niños. Los clínicos deben evaluar directamente al niño y no quedarse exclusivamente con lo que relatan los demás.



Si el desastre es limitado y bien controlado, la mayoría de las reacciones patológicas en niños cederían en el primer año; pero si el funcionamiento comunitario está sustancialmente alterado, los síntomas podrían persistir durante años.

Los niños pueden mostrar una combinación de algunos o muchos de los siguientes tipos de síntomas post desastre:

a) Síntomas específicos de Estrés Postraumático:

- Reexperimentación persistente e intrusa del trauma, que en los niños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma, en sueños recurrentes sobre el acontecimiento o pesadillas, en reescenificación del acontecimiento o en la descripción de imágenes traumáticas muy vívidas visuales, olfativas, auditivas o cinestésicas.
- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma como lugares, personas, pensamientos o actividades, que puede ser activa o pasiva.
- Embotamiento de la reactividad general del individuo que podemos ver en forma de una reducción acosada del interés en actividades significativas en el pasado, sensación de desapego frente a los demás, restricción de la vida afectiva, sensación de un futuro limitado y pérdida de habilidades del desarrollo recientemente adquiridas.
- Síntomas persistentes de aumento de activación (*arousal*) como dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia o respuestas exageradas de sobresalto.

b) Temores y conducta dependiente:

- Reactivación de viejos temores o miedos, intensificación de los actuales o aparición de nuevos.
- En niños pequeños, los miedos pueden conducir a conductas dependientes, dificultad en separarse de los cuidadores o rechazo a ir a la escuela.

c) Depresión y Sufrimiento:

- Los síntomas afectivos se ha sugerido que serían parcialmente secundarios a las reacciones postraumáticas.
- La reacción de dolor o sufrimiento traumática incluiría preocupación persistente con búsqueda o pensamientos hacia los difuntos, sentimientos de incredulidad sobre la muerte o ira y desprecio por otros.

d) Disociación:

- Los desastres pueden ser percibidos como una abrumadora interrupción de la experiencia humana, distorsionando los supuestos básicos individuales tanto cognitivos (ej. ¿qué es real y qué imaginario?) como existenciales (ej. ¿me está pasando a mí?).
- Las reacciones disociativas pueden estar manifestadas por síntomas que reflejan una discontinuación de la experiencia personal. Los niños pueden tener experiencias



de estar fuera de su cuerpo, percibir la vida como un sueño o una película y oír voces de o ver gente que ha fallecido.

- Si persisten pueden generar una alteración a largo plazo en las funciones integrativas de identidad, memoria y/o conciencia.

## ¿Qué factores determinan la respuesta de los niños ante el Desastre?

Observamos factores relativos a diferentes aspectos:

### A) Factores relativos al Desastre:

Cuando el desastre es severo, los niños han de enfrentarse a un gran número de problemas: falta de comida, agua y refugio, daños en la propiedad, alojamiento inadecuado, violencia, falta de cuidados médicos, recuerdos traumáticos, reubicación, separación de los padres, crisis económica...

Como más severa sea la exposición traumática más extrema tiende a ser la reacción (ej. proximidad al epicentro de un terremoto, zona de impacto de un huracán, lugar de un ataque misil...).

Como más cruel sea la experiencia vivida más severa será la respuesta (ej. presenciar a gente muy dañada o ver cuerpos mutilados, enfrentarse a una amenaza a la propia vida, sufrir pérdidas humanas y especialmente de familiares...).

Los desplazamientos continuos también son predictivos de una peor respuesta psicológica.

Los niños sometidos a varias experiencias traumáticas son más proclives a tener más síntomas postraumáticos.

### B) Factores relativos al Niño:

Edad: Las variaciones entre los diferentes estudios hace difícil generalizar. Los niños pequeños se consideran más vulnerables, con más problemas de conducta, miedos, síntomas regresivos y problemas de separación. En cambio, la depresión y la ansiedad son más características de niños mayores y adolescentes.

Este hecho reflejaría distintas maneras de expresar el mismo dominio sintomático básico en grupos con diferentes niveles de madurez cognitiva y afectiva.

Género: Los resultados son contradictorios. Algunos estudios no encuentran diferencias de género. Otros sugieren más síntomas internalizados en las niñas (depresión, ansiedad, miedos) y conductas externalizadas en los chicos (alteraciones conducta, agresiones...). Las chicas tienden a ser descritas como con mayor capacidad de reacción y adaptabilidad en la infancia, pero más vulnerables en la adolescencia.

Vulnerabilidades y alta capacidad de adaptación: Los niños con patología previa, particularmente síntomas de ansiedad y dificultades de aprendizaje, y niños que hayan sufrido más hechos traumáticos en el pasado (ej. divorcio padres, accidentes...), son más proclives a tener síntomas severos después de un desastre. En contraste, los niños alegres y con alta capacidad de reacción incluso cuidan a los adultos durante y después



de un estresor mayor. Suelen tener también facilidad de aprendizaje y de resolver bien los problemas.

Habilidades resolutivas: Estrategias de afrontamiento negativas o defensas más inmaduras para afrontar el estrés están asociadas con mayor persistencia sintomática a lo largo del tiempo.

#### C) Factores relativos a la Familia:

Reacción de los padres: La presencia de adultos cuidando a los niños durante y después de un estresor mayor está considerado el factor protector más importante y consistente. La reacción de los padres al desastre y su habilidad para contener la ansiedad, especialmente la de la madre, está generalmente correlacionada con la severidad de la respuesta del niño.

Funcionamiento del sistema familiar: Las familias con grados extremos de cohesión (o muy disgregadas o muy rígidas), no suelen aportar un soporte apropiado que permita al niño procesar las experiencias traumáticas y alcanzar una resolución constructiva.

Cuidar el soporte, unos patrones de comunicación abierta y sensibilidad hacia las necesidades del niño permitirá a niños y padres regular un proceso adecuado y discutir hechos relativos al desastre cuando sea necesario.

Por otra parte, el estrés parental puede llevar a un grado de preocupación que implique una sobreprotección hacia los hijos, que interferirá en el proceso saludable de resolución.

#### D) Factores Sociales y Culturales:

Amistades: Son valiosos recursos de afecto recíproco y apoyo, asistencia mutua y seguridad emocional fuera del contexto de la intimidad familiar. También se incluirían relaciones de apoyo con profesores y otros adultos.

Comunidad: La fortaleza interna de una comunidad bajo el desastre es el resultado de la operación de varios factores y procesos: un liderazgo efectivo, cohesión social, poder institucional, servicios de emergencias disponibles, infraestructura apropiada, planes preparados de desastres y una fortaleza común que depende de factores culturales (educación, ideología...)

Cultura: Algunas culturas favorecen que los niños expresen sus sentimientos displacenteros y de estrés y otras no, lo que debe ser tenido en cuenta por los clínicos cuando planean intervenciones de tratamiento, ya que la cultura media en la ideología y la identidad.

En los casos más extremos, hay culturas que permiten a los niños afrontar riesgos que trascienden a su edad (ej. niños soldados, explotación sexual).

### ¿Cómo evaluamos al niño bajo las condiciones del Desastre?

Es muy importante que niños en riesgo de psicopatología tras exponerse al desastre sean identificados y tratados lo antes posible. Esto es una tarea difícil para los clínicos. Los esfuerzos también deben ir dirigidos a reactivar los sistemas de cuidado de los niños en la





sociedad. Para identificar las necesidades de los niños, también se debe evaluar al grupo al que el niño pertenece.

Todo conlleva una estrecha colaboración entre un equipo multidisciplinar compuesto por profesores, consejeros de la escuela, trabajadores sociales, psicólogos y líderes de la comunidad.

Las herramientas de *screening* deben evaluar directamente al niño. Deben ser simples y rápidas de administrar, y lo más sensibles y específicas que sea posible, teniendo en cuenta los costes de los falsos positivos y los falsos negativos.

El uso de puntos de corte facilita el proceso, pero puede ocultar menores aunque reales diferencias entre niños con puntuaciones un poco por encima o por debajo del umbral.

Las escalas validadas de uso más frecuente en estos casos se detallan a continuación:

- Para síntomas de estrés postraumático:
  - *Child-PTSD-Reaction Index*
  - *Diagnostic Interview for Children and Adolescents*
- Para síntomas de ansiedad:
  - *Revised Children's Manifest Anxiety Scale*
  - *State-Trait Anxiety Inventory for Children*
- Para síntomas de depresión:
  - *The Birelson Depression Inventory*
- Para síntomas de sufrimiento tras pérdidas:
  - *The Grief Reaction Inventory*

### **¿Cómo debe ser la Intervención en Salud Mental Infantil?**

Desde la perspectiva sistémica (necesaria para clarificar el conjunto del problema y ayudar al psiquiatra), se enfatiza en la necesidad, sobre otras, de resolver los conflictos con las autoridades, proveer alojamiento, guiar a los profesores en sus propias experiencias del desastre y seleccionar y entrenar equipos de intervención para trabajar con las víctimas gravemente traumatizadas.

Las intervenciones de tratamiento deben estar dirigidas a: experiencias y recuerdos traumáticos, interrelación entre el trauma y el dolor, y adversidades post desastre y su impacto evolutivo.

El efecto de los traumas masivos es tan devastador debido a la pérdida concomitante de reguladores socioculturales, que lleva a la destrucción de valores, roles y estructuras (familiar e individual), abandonando a la comunidad al dolor, sufrimiento, trauma e ira.



Las intervenciones de Salud Mental para niños y familias expuestos a desastres masivos deberían seguir cinco principios:

- **Anticipar:** Proveer una visión integrada que incluya planes de contingencia. Profesionales y paraprofesionales deben ser entrenados, los recursos humanos y económicos usados apropiadamente, y protocolos relevantes de tratamiento creados.
- **Rediferenciar:** Con la ayuda de equipos multidisciplinares el psiquiatra infantil debe identificar la extensión de la pérdida social en términos de disfunción institucional y planear el proceso preciso de re-desarrollo.
- **Facultar:** El psiquiatra infantil debe educar y habilitar a agentes sociales (ej. profesores) que estén en contacto directo con niños para que hagan de mediadores en salud mental, delegando algunas responsabilidades sobre ellos y tomando el psiquiatra una posición de líder que da expectativas positivas al equipo.
- **Supervisar y Asesorar:** El psiquiatra debe proporcionar conocimientos a los agentes sociales que harán de mediadores, identificar carencias y animar a que se creen iniciativas entre los miembros del equipo.
- **Tratar y Seguir:** Enfocado en la rehabilitación de individuos y familias y considerando respuestas retrasadas.

La primera prioridad es dar una supervivencia básica cuando ocurre el desastre. El profesional en salud mental que tenga una posición de autoridad debe asumir estas necesidades básicas tanto en su equipo como en los equipos en que actúe de mediador, llevando a cabo la implementación de programas.

Los estudios realizados claramente confirman su efectividad, también demostrada al aplicar programas terapéuticos occidentales en culturas no occidentales. Los esfuerzos deben centrarse en el *screening* de víctimas en riesgo, siendo lo óptimo hacerlo tras 1-3 meses del desastre.

El primer paso en implementar estos programas es entrenar a los miembros de la comunidad afectada para reducir en los supervivientes traumatizados su resistencia ambivalente a lo que puede ser percibido como una “intrusión” foránea.

## ¿Cuáles son los Modelos de Intervención?

Existen dos modelos de intervención:

### Intervenciones inmediatas:

- *Screening* de grandes poblaciones para identificar niños de riesgo.
- Abrir líneas telefónicas de apoyo para suplir los primeros auxilios psicológicos.
- Consultar a las autoridades para evaluar las necesidades inmediatas.
- Planear programas de educación en salud pública a gran escala
- Enseñar a los padres mediante los medios de comunicación cuáles son las típicas reacciones ante el estrés y maneras de afrontarlas y restaurar el rol parental,

avisando que deben tolerar la regresión y animar a los niños a preguntar y expresar sentimientos, asignarles actividades y reestablecer la estabilidad y hábitos familiares, creando expectativas positivas de futuro.

- Programas de TV para niños pueden cubrir los mismos temas.
- Delegar en los niños funciones apropiadas a su edad, permitiéndoles tomar responsabilidades y proveer ayuda activa sirve como un importante mecanismo para prevenir la sensación de no poder ayudar y de pasividad.

#### Intervenciones durante los estadios II y III:

##### a) *Debriefing:*

- La recuperación de los supervivientes traumatizados es facilitada por un proceso que les permite analizar y repasar su experiencia (*debriefing*). En los desastres masivos se realiza en grupos.
- Los objetivos son permitir expresar las emociones traumáticas y dejar fluir las emociones derivadas, facilitar la relajación, promover una organización cognitiva y auto-control, identificar y movilizar recursos internos y externos, crear expectativas reales, restaurar la esperanza y preparar a los participantes para experiencias futuras.
- Es una técnica estructurada que en los niños incluye actividades como dibujar individualmente o en grupo, escribir, o juegos de recuerdos y fantasías.
- El que guía el grupo debe identificar a niños sintomáticos y derivarlos a otro tipo de ayuda, dar herramientas psicoeducacionales y estrategias para seguir adelante. Se debe prestar especial atención a los sentimientos de culpa y rabia porque la experiencia clínica refleja que interfieren en la correcta elaboración del trauma.
- Se deben hacer sesiones paralelas con los padres.
- No está claro qué tipo de niños se pueden beneficiar más de este tipo de intervención.

##### b) La Escuela

- Los profesores tienen relaciones estrechas con los alumnos y padres y muchos están preparados para ser educados y proporcionar un rol terapéutico, por lo que el ambiente escolar es apropiado como centro de recuperación para intervenciones precoces.
- Algunos investigadores apuntan que el soporte de los compañeros de clase y los profesores es un predictor significativo de menos síntomas postraumáticos.
- Los profesores deben proporcionar información, dar soporte, identificar a los niños que sufren, preparar para futuras experiencias y animar a los estudiantes a contribuir activamente con su familia, escuela y comunidad.
- Para ser efectivos, los profesionales de salud mental deben asegurarse de que los profesores no estén traumatizados, sean capaces de proporcionar técnicas educativas y de que hayan aceptado su papel de educadores de la nueva realidad.





- El psiquiatra infantil debe encontrarse con los profesores, hacerles un *debriefing* de sus propias experiencias y explicarles con claridad la labor que están asumiendo.
  - Se llevan a cabo las siguientes intervenciones:
    - a) Programas de Grupos Pequeños: Beneficiarían a los niños de alto riesgo que están más alterados y necesitan una atención más cercana de la que se les puede dar en la clase. Las técnicas usadas son la psicoeducación, técnicas cognitivas y de recuerdo y práctica de exposición. Cada sesión se dedica a un dominio del síndrome postraumático: recuerdos intrusivos, evitación, *arousal*...
    - b) Programas de Activación de Clase: Creados para minimizar el estigma y reforzar la expectativa de que los niños pronto recuperarán su rol de estudiantes.
    - c) Otros modelos también utilizan a profesionales de la salud mental en el entorno escolar, con o sin la presencia del profesor.
- c) Intervenciones Clínicas
- Individuales: En algunos niños las intervenciones en grupo no son suficientes. Diversos estudios han confirmado la efectividad de una terapia cognitivo conductual breve en niños traumatizados. También se han empleado otros modelos de psicoterapia individual. Se debe prestar una particular atención a aquéllos que tenían una patología previa, a comorbilidades y al diagnóstico diferencial.
  - En Grupo:
    - Grupos de Padres-Hijos: Tras los desastres los padres e hijos tienden a evitar dialogar sobre su estrés, probablemente para evitar causar aún más molestia al otro. El protocolo consta de ocho sesiones para padres e hijos con síntomas postraumáticos crónicos. Se proporcionan aspectos dinámicos, cognitivos y conductuales del síndrome del desastre, y se ofrecen técnicas de manejo de la ansiedad, control, transformación de los afectos displacenteros, corrección de distorsiones de pensamientos y planificación de futuro. Los resultados clínicos y empíricos preliminares muestran una reducción significativa de los síntomas y una mejoría en la comunicación familiar y el soporte mutuo.
    - Grupos de Madres: Pensados para madres de niños preescolares (que no se benefician de otras técnicas) que muestran conductas desadaptativas, las cuales se correlacionan con la respuesta psicológica de la madre. Son intervenciones terapéuticas estructuradas cuyo objetivo es la psicoeducación y el sugerir prácticas en beneficio del niño.
- d) Intervenciones en la Comunidad
- Para ser efectivas, requieren la colaboración de ONGs y de agencias formales e informales.

- El psiquiatra infantil elabora programas para tres niveles: la familia, el vecindario y la comunidad, ya que esta sufre como resultado del cúmulo de adversidades generadas un sentimiento de futuro incierto comunitario.
- El objetivo de estas intervenciones es transformar los fragmentos evacuados de familias o individuos solos (estadio I) en comunidades que se autogobiernen, con individuos y familias autónomos (estadio III).
- Es importante facilitar la creación de nuevos recursos de empleos porque los niños no pueden rehabilitarse completamente hasta que los padres vuelven a trabajar.
- Los profesionales en salud mental infantil, junto con los trabajadores infantiles de la comunidad y el líder local pueden promover la creación de centros con programas para madres jóvenes, niños y adolescentes donde se realicen distintas actividades.
- A la par que individualmente se es capaz de identificar necesidades específicas y descubrir cualidades propias escondidas, la comunidad gana un mayor sentido de interdependencia, cohesión y cooperación.
- Las intervenciones a nivel del total de la comunidad facilitan la integración de sus miembros con el ambiente natural y social.
- También resultan útiles ceremonias del tipo memoriales colectivos, celebraciones del volver a nacer y conmemoraciones para ayudar a los individuos a adquirir un nuevo significado de la vida y permitir la integración de los niveles personal y comunitario, lo que ofrece a los niños una matriz de soporte ininterrumpida.

#### e) Intervenciones Farmacológicas

- Está ampliamente aceptado que la psicoterapia es el tratamiento de primera elección para los estados postraumáticos.
- Los estudios con fármacos en niños son muy limitados y no controlados, por lo que la mayoría de propuestas de farmacoterapia están basadas en adultos con trastorno por estrés postraumático.
- No obstante, los fármacos pueden ser útiles aliviando síntomas ansiosos o depresivos, sobretudo en niños con psicopatología previa al desastre, no respondedores a intervenciones psicoterapéuticas específicas, y miembros procedentes de familias de riesgo que están repletos de síntomas severos.
- Las medicaciones deben ir a síntomas específicos:
  - Las benzodiazepinas se pueden usar en una situación aguda de ansiedad, pero siempre por poco tiempo e intermitentemente. Se puede intentar la buspirona para la ansiedad.
  - Carbamazepina, litio o clonidina para los pensamientos intrusivos, el hiperarousal o la impulsividad.
  - Antidepresivos tricíclicos o ISRS para la depresión.
  - Antipsicóticos para los síntomas psicóticos o agitación/agresión severas.

#### f) Cuidando al Cuidador



- Los profesionales enrolados en programas de intervención de desastres (psicólogos, profesores, trabajadores sociales o enfermeras) precisan de programas que mantengan la tolerancia al estrés que viven en su trabajo con altos niveles de motivación.
- Los coordinadores de los proyectos deben tener en cuenta para cada trabajador sus logros y pérdidas personales y su vulnerabilidad para poder regular su exposición y prevenir el agotamiento y el *burnout*.

### ¿Qué nos dice la investigación sobre el tema?

El trabajo del investigador en áreas de desastres es difícil porque suele ser visto tanto por los clínicos como por las víctimas de forma hostil, como un explotador, abusador, que va a satisfacer una agenda ajena que no tiene ninguna relevancia en sus prioridades.

Por otra parte, desde el punto de vista del clínico muchas de las respuestas de las víctimas del desastre reflejan una reacción normal y limitada en el tiempo ante un estrés y no deben ser recogidas como patológicas, que es lo que busca el investigador.

Las iniciativas de investigación necesitan estar integradas en el programa de intervención sistémico y contar con la evaluación directa de la población afectada en cada estadio.

La escena del desastre ofrece acceso a comunidades que constituyen diferentes tipos de grupos y controles de investigación.

Un importante campo en el estudio de niños es la fenomenología y susceptibilidad biológica al síndrome del desastre, que supone la interrelación de los síntomas con parámetros psiconeuroendocrinológicos y psicofisiológicos. Los emplazamientos de los desastres proporcionan una oportunidad única para estudios genéticos.

Otra área de interés es el estudio control y la efectividad comparativa de diferentes intervenciones (social vs farmacológica vs psicoterapéutica), y la evaluación de parámetros de vulnerabilidad en la comunidad.

Por último, también serían otros campos de investigación las secuelas del desastre a largo plazo en términos de psicopatología del desarrollo en poblaciones de alto riesgo, la transmisión transgeneracional del trauma y el dolor, y el desarrollo de variantes sociopolíticas y preferencias.

### ¿Cuáles son las Conclusiones?

1. Un desastre masivo afecta a niños, familias, vecindarios y comunidades enteras.
2. Ocasiona graves pérdidas a diferentes niveles.
3. Todo ello da lugar a un complejo cuadro clínico y social que podría denominarse el síndrome del desastre.
4. Para una intervención efectiva se requiere un abordaje multidisciplinar y sistémico.



5. Se precisa para superarlo ayuda no sólo a nivel local, sino también nacional e internacional.