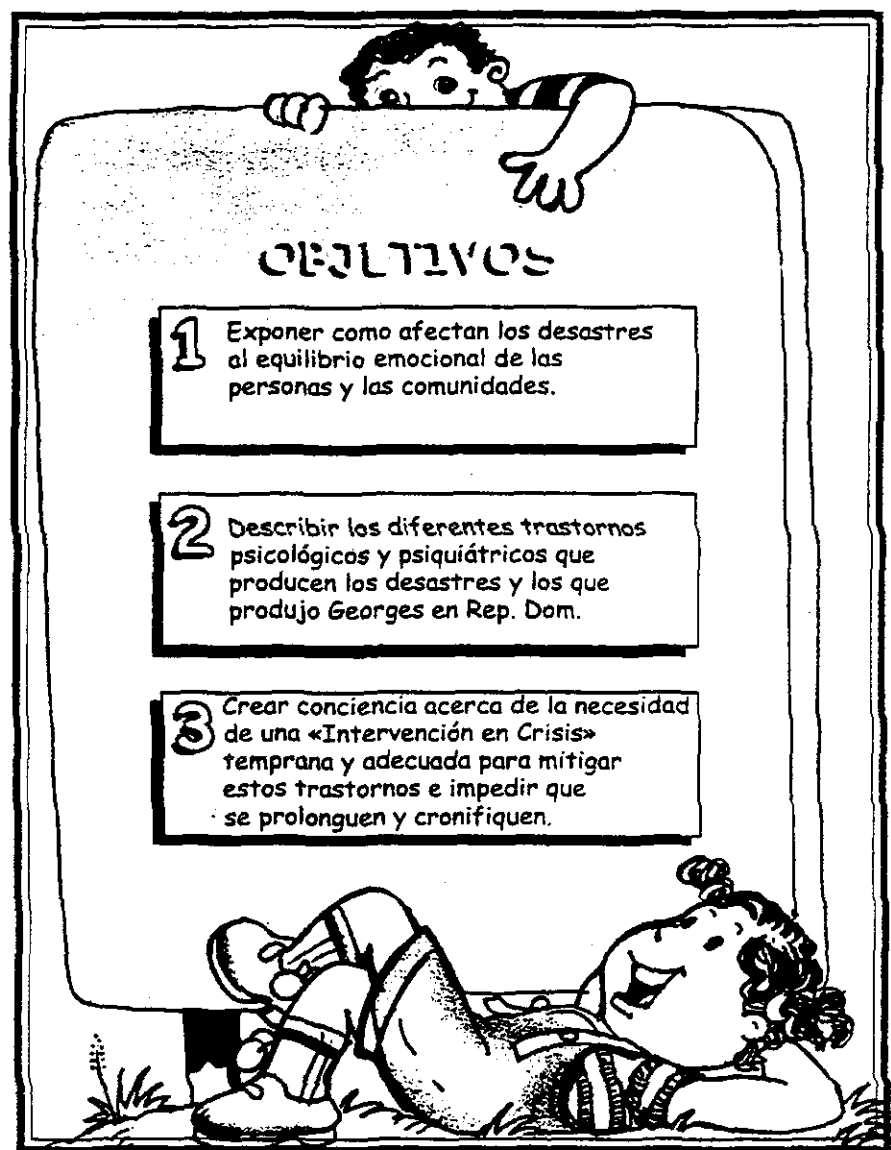


IMPACTO PSICOLÓGICO DE LOS DESASTRES



TEMAS

1.- Las tres fases de un desastre	75
2.- La Negación	76
3.- El Embotamiento Afectivo	77
4.- Hipersensibilidad y la Sugestionalidad	77
5.- La Dependencia	78
6.- El Miedo	78
7.- La Disociación	79
8.- La Ira	79
9.- La Culpa	80
10.- El Duelo	81
11.- Las Depresiones	82
12.- Reacciones de Estrés Agudo	82
13.- Descompensaciones y compensaciones ...	84
14.- Estrés post-traumático	80
15.- De la solidaridad heroica a las conductas antisociales	87
16.- Efectos psicológicos y trastornos psiquiátricos del huracán Georges	89

Un desastre, ya sea ocasionado por un fenómeno natural o provocado deliberadamente, produce en las comunidades y sus habitantes una situación de crisis.

La crisis se define como la situación que vive una persona o comunidad a consecuencia de sufrir un cambio brusco y repentino, que provoca un impacto inesperado e importante en su vida. Esta situación de crisis se vive como algo que puede amenazar, o amenaza, su integridad física, su estabilidad económico-social o su reputación moral, derrumbando los mecanismos de defensa y su habitual manera de enfrentar sus problemas. Se crea, durante las crisis, un momento de incertidumbre.

Las crisis son vividas por las personas de un modo amenazante. Pueden servir, sin embargo, para que los individuos crezcan, o para que se derrumben, sucumbiendo ante ellas.

El impacto de un desastre va a depender de la magnitud de la situación o amenaza; de la preparación previa para

enfrentarla; de la personalidad y el estado de salud física y mental anterior del sujeto; y del apoyo o facilidades que le ofrezca el grupo al que está vinculado ese individuo, entre otros.

Los 10 factores más importantes que inciden en los efectos psicológicos y psiquiátricos de los desastres sobre los individuos

1. *Tipo y magnitud de la amenaza; y forma en que se recibe la información o aviso de desastre.*
2. *Magnitud de la situación de desastre.*
3. *Grupo étnico al cual pertenece el individuo (niño, adulto, anciano)*
4. *La Percepción que del desastre tenga el sujeto.*
5. *Preparación previa de la persona y de la comunidad para enfrentar el desastre.*
6. *Personalidad, situación mental y capacidades físicas previas del sujeto.*
7. *Experiencia o no del individuo frente al desastres.*
8. *El apoyo y las facilidades que ofrece el grupo o comunidad al cual está vinculado el sujeto.*
9. *El tipo de experiencia vivido durante el impacto del desastre: la persona estuvo a punto de morir; desaparición de seres queridos y otras personas importantes; muerte de seres queridos; contemplación de muertos, mutilados, cuerpos descompuestos, etc.*
10. *La extensión y el tipo de daños sufridos por la persona: consecuencias familiares, individuales (lesiones, pérdida de bienes y propiedades, económica y de otra índole) que, para el sujeto, tuvo el impacto del desastre.*

Tabla elaborada usando la bibliografía vivida en República Dominicana, con el huracán Georges.

Las Tres Fases de un Desastre

Los estudiosos del impacto emocional que tienen los desastres sobre los individuos y las comunidades, tienden a dividirlo en tres fases:

Fase de Pre-impacto:

Es la fase inmediatamente anterior al desastre.

Fase de Impacto:

Es el período en que ocurre el desastre y afecta directamente a la comunidad.

Fase de Post-impacto:

Es el tiempo posterior al desastre; y empieza varias semanas después del impacto.

La primera fase sólo se vive plenamente en los casos de desastres que tienen un espacio entre la advertencia del peligro y su acontecimiento. Un ejemplo de esto es el huracán, del cual puede conocerse previamente, con relativa exactitud, la velocidad con que se desplaza, su trayectoria y el momento en que producirá su impacto.

Durante esta primera fase, previa al desastre, se van recibiendo los anuncios de la llegada del huracán como una amenaza creciente de peligro, hasta que llega el momento en que este se hace inminente. En ese instante se requiere que el sujeto perciba la real dimensión del peligro en que se encuentra, y que actúe, sabiendo qué hacer para prevenir o mitigar los efectos más dañinos. De ahí que cuando no hay preparación previa en la comunidad, y cuando los individuos tampoco están preparados, el impacto del desastre sea mayor.

Al momento anterior al desastre, le sigue la fase de impacto, sin que se puedan distinguir bien una de la otra.

La fase de impacto incluye también el período inmediatamente subsecuente al desastre, que algunos delimitan alrededor de dos semanas.

En la fase de impacto, las reacciones psicológicas varían de acuerdo a las circunstancias sociales y particulares de cada persona.

Las más comunes reacciones emocionales son: la negación, el miedo, la disociación y el estrés o ansiedad intensa, con sus variaciones: los estados de angustia y la somatización. Otras reacciones psicológicamente muy generalizadas durante los desastres son: la ira, el embotamiento y la hipersensibilidad. También los estados psicológicos que tienen que ver con las sensaciones de pérdida, las reacciones de duelo y los sentimientos de culpa.

La Negación

La negación es una reacción emocional muy frecuente. Se caracteriza porque la persona niega que exista peligro alguno y actúa sin hacer caso a los llamados a protegerse, o a abandonar la zona de peligro y tomar medidas preventivas. Es un mecanismo de defensa, de mala calidad, que nos hace negar el peligro, antes que enfrentarlo. A menudo se actúa así porque no se quieren abandonar las pertenencias y el hogar, lo que aumentaría su vivencia de abandono e incertidumbre. Ante tal posibilidad el sujeto prefiere usar la negación y no asumir una actitud de lucha.

El Embotamiento Afectivo

La insensibilidad, embotamiento o anestesiamiento afectivo ha sido mencionado como un efecto psicológico de los desastres por casi todos los reportes, ya sea como síntoma aislado o como parte del estrés agudo o del estrés post-traumático.

Se trata de la disminución de la capacidad para sentir emociones que se experimenta en muchas personas después de un desastre. En ese estado la persona parece anonadada y aturdida. *Wolfenstein* hizo la siguiente observación como posible explicación del hecho: «..puesto que la víctima del desastre ha sido forzada a recibir más de lo que ella puede asimilar por el momento, hay una resistencia a admitir más estímulos. El organismo ha sido inundado de esto y no tiene la capacidad para aceptar más, durante un tiempo dado. Por tal motivo, la víctima es insensible a lo que ocurre a su alrededor».

Pero también se presenta lo opuesto, en las poblaciones afectadas por un desastre:

La Hipersensibilidad y la Sugestionabilidad

Las personas, una vez ocurrido un desastre, están en un estado de sobrealerta, atentas a que la tragedia pueda repetirse. Y, en consecuencia, son particularmente susceptibles a las falsas alarmas o rumores de peligro, por lo cual las gentes que ha vivido tales experiencias se tornan muy sugestionables.

Tras el paso del huracán Georges, en la República Dominicana se vivió en los días inmediatamente después del desastre, una situación de pánico generalizada, con desplazamiento de casi toda la población de la costa Sur, ante un rumor de un maremoto, a pesar de los esfuerzos que hicieron los medios de comunicación y la Defensa Civil para calmar a la población. Igual ocurrió en San Juan de la Maguana, donde corrió un rumor de que la presa se había roto y toda la población huyó despavorida.

La Dependencia

La dependencia es una reacción psicológica asociada a una sensación de impotencia, que se da sobre todo en las personas más perjudicadas y desvalidas, a las que la desorganización social que produce el desastre, aumenta su miseria e impotencia. La vida en los refugios, su condición de damnificados, fomenta aún más esa dependencia, que los socorristas y los programas de asistencia a víctimas no pueden fomentar.

El Miedo

El miedo es una reacción normal que nos advierte de un peligro y nos empuja, si no es muy desmesurado, a actuar; a luchar, a huir, escapar o tomar medidas para protegernos. Si es muy grande, el miedo puede paralizarnos o desorganizarnos psicológicamente, produciendo una situación de disociación o histeria personal o colectiva.

La Disociación

Las situaciones de desastres son de un gran estrés, de mucha ansiedad, y en algunas personas, de estructura psicológica débil, pueden producir un estado de disociación, que desorganiza el proceso mental, produciéndose una pérdida de control, trastornos de conductas de diversas índoles y en algunos casos, pérdida de la memoria del hecho, seguido de desorientación y confusión.

Se producen también estados de angustia con sensaciones físicas diversas: temblores, sensación de ahogo, palpitaciones, y, en casos graves pérdida del control de los esfínteres con expulsión de orina y evacuaciones involuntarias.

La Ira

En situaciones de emergencias y desastres, en muchas personas, se produce un sentimiento de ira y hostilidad.

Ira contra las autoridades que pudieran tener algún nivel de responsabilidad en el hecho, o que no actuaron con la premura que considera la población perjudicada que debió hacerlo; ira contra los que no fueron tan perjudicados e incluso ira contra Dios:

¿Por qué a mí y no a otro?. ¡Dios ha sido injusto!, pueden pensar algunos damnificados.

Ira, también, porque la organización que implica la asistencia a un desastre, obliga a establecer ciertas normas muy estrictas y hacerlas cumplir: áreas restringidas,

filas, privilegios a niños, ancianos, inválidos, etc., que no todos los ciudadanos están dispuestos a seguir. Pero también hay ira contra los beneficiarios del desastre, que utilizando su posición, le dan privilegios a sus allegados, familiares y a ellos mismos, practicando la corrupción.

La Culpa

La culpa es un sentimiento que todos los autores registran asociada a los desastres, y que está vinculada a diversas situaciones.

La culpa es un sentimiento de auto reproche, crítica y condena, que el sujeto se propicia así mismo cuando realiza un acto, o deja de realizarlo, que entra en contradicción con su sistema de valores, convicciones y creencias.

En medio de un desastre, las personas se culpan por no haber previsto las medidas pertinentes que ahora les parecen lógicas; el no haber tendido una mano de socorro o el no haber cooperado para ayudar a alguien a salir de una situación de peligro; el no haber persuadido al otro para que abandonara su hogar, que luego fue barrido por las aguas o el viento, etc.

También ha sido descrita la «culpa por la muerte». Se trata de una sensación de autocondena por haber vivido después que otros murieran.

En fin, cualquier situación, que a ojos actuales, le parezca a la persona, que se produjo por su irresponsabilidad, será causa de una vivencia de culpa, real o imaginaria.

Pero la culpa en los desastres se produce también por otra vía: se asocia al estado de ánimo depresivo o a las depresiones que suelen aparecer en los perjudicados por la tragedia.

El Duelo

En los desastres hay grupos que pueden sufrir pérdidas catastróficas. Pérdidas humanas, de los bienes que les costó adquirir toda una vida, del hogar en muchos casos, del entorno; el desarraigo, al irse a vivir a un «refugio», en condiciones de aislamiento, asciamiento e inseguridad y sensación abandono, como a la que se ven arrojadas las víctimas de desastre en el «tercer mundo», son situaciones de derrumbe extremas. Hay pérdidas aparentemente menos traumáticas, como la mascota o los juguetes de un niño, que producen también un indudable sentimiento de duelo.

En sentido común se denomina duelo al proceso doloroso que se vive luego de la muerte de un familiar u otro ser amado. En sentido estrictamente psicológico, y por extensión, el concepto duelo designa al proceso que se produce tras las pérdidas significativas de bienes, de una relación afectiva, de un ideal, de un ser amado, del honor, de una posición de poder social, etc.

El sentimiento predominante que acompaña a la pérdida durante el duelo es la melancolía o tristeza; pero puede acompañarse a menudo de autoreproches, ira, vergüenza y de todo o parte del síndrome depresivo, dependiendo de las circunstancias y del significado de las pérdidas.

Con el tiempo, se elabora la pérdida en función del sentido de realidad, aceptándose como irrecuperable lo perdido y colocando la experiencia vivida como reminiscencia, en el pasado. La persona reinstala entonces su interés por el mundo exterior, la vida sigue, y se supera el trauma. Esta elaboración del duelo requiere tiempo.

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), considera que si el duelo se

prolonga por más de seis meses debe considerarse una depresión.

Las reacciones de duelo pueden dar paso a cuadros depresivos.

Las Depresiones

Las depresiones asociadas a los desastres son de los más variados tipos: *Reacciones depresivas breves*, que son estados depresivos leves y transitorios que no exceden de un mes. *Reacciones mixtas de ansiedad y depresión* o con predominio de otras emociones; a veces con predominantes comportamientos obsesivos y disociales.

Se presentan también *Trastornos de adaptación*, con humor depresivo, preocupaciones y ansiedades, o una mezcla de todo ello que interfiere las actividades. Aparecen, por lo común, un mes después del acontecimiento. Este cuadro se expresa como un sentimiento de incapacidad para afrontar el futuro y con dificultad para actuar en el presente y realizar las rutinas diarias.

En los niños suelen aparecer conductas regresivas, como chuparse los dedos, lenguaje infantil y eneúresis, es decir orinarse involuntariamente.

Se presentan también *Reacciones depresivas prolongadas* que no son más que depresiones moderadas, pero cuya duración no excede los 2 años, después de la exposición de la situación de desastre

Reacciones de Estrés Agudo

Otro trastorno psiquiátrico que se produce tras los desastres, es lo que se diagnostica en la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima revisión (CIE-10)

como *Reacciones de estrés agudo*. Se presentan en personas, sin otro trastorno mental aparente, y suelen empezar a remitir en muy pocas horas y desaparecen después de 24 a 48 horas. No duran por lo general más de tres días. Antiguamente se le denominaba Crisis de nervios, Reacción aguda de crisis, Shock psíquico, Síndrome de desastre, neurosis de guerra, Síndrome de supervivencia, etc.»

La sintomatología de este trastorno puede ser muy variada. Los rasgos más relevantes, reseñados como pautas para el diagnóstico en el CIE-10, son: el embotamiento afectivo, una situación donde el sujeto actúa como si no sintiera o reaccionara a nada; estrechamiento de la atención, desorientación en tiempo y espacio, es decir, no sabe el día en que vive o la hora que es hoy, ni puede tampoco identificar el lugar donde se encuentra, y en los casos más graves, se puede presentar amnesia total o parcial. Lo importante es que ese estado remite rápidamente, de 24 a 72 horas.

Descompensaciones y compensaciones

Algunos pacientes, que previamente al advenimiento del desastre tenían un nivel de desequilibrio emocional o que padecían un trastorno mental, ya controlado, la crisis puede precipitarlos a la descompensación: Depresiones, trastornos obsesivos, fobias, esquizofrenias y otros trastornos psicóticos.

En otras personas, que tenían un trastorno del humor reactivo o problemas «neuróticos» el desastre puede, en cambio, restablecer su equilibrio, pues, si sus problemas eran irrelevantes, al compararlos con otras pérdidas mayores, o con la misma catástrofe; o ante el hecho de haber salvado su vida, se compensan.

También pueden presentarse trastornos disociativos en los cuales el sujeto no recuerda ciertos hechos y cosas del pasado, e incluso su propia identidad. También puede perder la movilidad de parte de su cuerpo.

Remite en pocos meses; y si dura más de dos años suele ser resistente al tratamiento. De ahí la importancia de un diagnóstico oportuno y de una intervención temprana.

Estrés post-traumático.

El estrés post-traumático es un trastorno psiquiátrico que no sólo adviene tras una situación de desastre, un bombardeo, etc.; sino que se produce en situaciones de extrema ansiedad, como son las que se viven en una violación, o un atraco a mano armada con violencia y/o muerte, de extremo peligro para el involucrado.

En los desastres la instalación del cuadro de estrés post-traumático es una respuesta tardía.

Los síntomas, tal y como los describe el CIE-10 son:

-Volver a vivenciar el trauma en forma de reminiscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente.

-Sensación de «entumecimiento» y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia o incapacidad para sentir placer.

-Evitar actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen tenerse y evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.

-En raras ocasiones, pueden presentarse estallidos dramáticos y algunos síntomas de miedo, pánico, o agresividad, desencadenados por estímulos que provocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma, o de la reacción emocional frente a él, o ambos a la vez.

ASISTENCIA PSICOLÓGICA A NIÑ@S VÍCTIMAS DE DESASTRES

- 3- Preparar a los profesores (as) para que puedan *aplicar el formulario* que sería utilizado como instrumento de recolección de los datos (síntomas, estados y trastornos psiquiátricos) en la población meta.
- 4- Enseñarles cuales son los *principales trastornos psicológicos y psiquiátricos* que inciden en la conducta, el aprendizaje y la disciplina escolar. Buscamos así entrenar a un número significativo de maestros (as) en reconocer cuando sus alumnos (as) tienen algún problema emocional o trastorno psicológico, cómo manejarlo y cómo referirlos al psicólogo o psiquiatra.
- 5- Crear *tres comités de apoyo* al proyecto, uno en cada provincia del área de intervención, con el propósito de propiciar, estimular y organizar las actitudes de solidaridad, apoyo y cooperación de la población, integrándola así al esfuerzo de reconstrucción y asistencia.
- 6- Sensibilizar, crear consciencia y despertar la preocupación en maestros (as) y padres, de que el aspecto emocional y psicológico es algo importante y no marginal en el proceso de desarrollo y crecimiento del niño y la niña; algo que tiene repercusión en su felicidad actual y éxito futuro.
- 7- Propiciar que los profesores (as) entrenados, junto a los comités de apoyo y otros profesores (as) puedan luego, *replicar esas experiencias* en sus escuelas, continuando esta labor con un mínimo de apoyo.

- 8- *Sistematizar y generalizar la estrategia de intervención* diseñada, su implementación, sus experiencias y sus resultados, en publicaciones de textos, y otros instrumentos y materiales didácticos.

Beneficiarios o Población Meta

Se busca beneficiar a los niños alumnos (as) de 6 a 12 años y a los profesores (as) de primero a cuarto grado de las escuelas primarias, y a los padres de los niños y niñas que sean detectados con problemas psicológicos ; e involucrar a los sectores activos de la comunidad en tres Comités de apoyo al proyecto.

Calculamos que esto beneficiará de modo indirecto a una seis mil familias.

Algunas razones para delimitar este universo

- La población infantil escolar es un grupo sometido a ciertos controles y está confinada en un área que nos permite una acción concentrada. Esto garantiza la continuidad de la experiencia, hace posible su control y por tanto su evaluación y posible sistematización. Los niños escolarizados constituyen el 90.5% de la población infantil de la zona.
- Los profesores (as) son, por otra parte, un personal que tiene conocimiento y experiencia de trabajo con niños y niñas. Por lo tanto, con un entrenamiento adecuado, se pueden convertir en facilitadores idó-

ASISTENCIA PSICOLÓGICA A NIÑOS VÍCTIMAS DE DESASTRES

neos para implementar las dinámicas de apoyo emocional con niños y niñas.

- Nadie como los propios profesores (as) que viven día por día junto a niños y niñas, conocen la manera en que los trastornos emocionales y carencias psicoafectivas les provocan problemas de aprendizaje y conducta.
- El hecho, además, de que los profesores (as) se entrenen como facilitadores, es una decisión importante, pues de ese modo se garantiza que luego ellos puedan integrar esos conocimientos a su práctica docente y a sus permanentes relaciones con los niños. Después de este entrenamiento, los profesores están en condiciones de realizar una clase más participativa y dinámica.
- Lo que ocurre es, (conforme a lo que han destacado los propios profesores en las evaluaciones posteriores) que se toma más en cuenta al niño como un ser integral, cuya vida emocional adquiere, a partir de su participación en ésta experiencia, otro significado.
- A largo plazo, los profesores podrían reproducir estas dinámicas entrenando a otros profesores y aplicar estos conocimientos adquiridos con los niños y niñas.
- Y, por último, los profesores una vez entrenados para prestar apoyo emocional y asistencia psicológica a los niños víctimas de desastres, constituyen un patrimonio con el que cuenta, cada una de las 125 comunidades intervenidas, para hacerles frente a futuras situaciones de emergencias y catástrofes que puedan presentarse en esa región.

La continuidad futura del proyecto

El hecho de que los profesores quedarán entrenados para hacer frente a futuras situaciones de desastres y que puedan reproducir por sí mismos estas dinámicas, o entrenar a otros profesores para realizarlos es un aporte a la continuidad del proyecto.

Contribuyen también a ese propósito, la creación de los Comités de apoyo al proyecto y la edición de manuales y folletos, donde se recogen las experiencias obtenidas, a partir de las cuales se podrá actuar en un futuro con mayor precisión y rapidez sobre situaciones similares.

Los Comités de Apoyo

La creación de los «Comités provinciales de apoyo al proyecto», se vislumbró, dentro de la presente estrategia de intervención, por varias razones.

Los comités podrían garantizar un mecanismo de ampliación presente y garantizar la viabilidad futura del proyecto, como en efecto ha ocurrido.

Los comités de apoyo permiten que las comunidades tengan una vía para expresar su solidaridad y sumar sus esfuerzos al mismo, estimulando, a su vez, a las personas de las comunidades a que asuman algún tipo de responsabilidad y participación en la solución de sus problemas.

En el cuadro siguiente se exponen los objetivos de esos comités:

**OBJETIVOS DE LOS COMITÉS DE APOYO
PROVINCIALES:**

- 1- Apoyar la ejecución y ampliación de las metas del proyecto.
- 2- Ampliar la cantidad de profesores (as) formados (as).
- 3- Otro propósito del comité es extender el entrenamiento a otras personas que trabajan con niños y niñas, aunque no sean maestros o maestras.
- 4- Expandir el trabajo a otras comunidades que hayan sido afectadas por el huracán Georges.
- 5- Visitar instituciones y organizaciones de la comunidad en busca de apoyo logístico a las nuevas actividades.
- 6- Crear las condiciones que permitan garantizar la continuidad futura del proyecto.

Taller de discusión y validación del proyecto

Con el propósito de integrar y lograr la colaboración de los especialistas del país que trabajan con niños y niñas a la discusión de la estrategia de intervención, anteriormente expuesta, el 6 de mayo de 1999, se convocó a un taller de validación, en Santo Domingo.

Este taller reunió a 44 especialistas de 28 organizaciones de diferentes áreas de trabajo con niños y niñas: psiquiatras, sociólogos, pedagogos, orientadores, psicó-

logos y trabajadores sociales y comunitarios. Este taller forma parte, en sí mismo, de la estrategia de intervención: es, en realidad, su primer paso de implementación. Se persiguen dos objetivos con este taller:

- 1- Someter el proyecto a una discusión abierta entre los especialistas que trabajan con niños y niñas, para enriquecerlo con las críticas y los aportes que los mismos pudieran realizar, en procura de su validación.
- 2- Hacer partícipes al mayor número de organizaciones y personas en capacidad de aportar, buscando su posible contribución y compromiso con el desarrollo del proyecto, lo que a su vez, se corresponde con una actitud metodológica y una filosofía de trabajo que forma parte de los principios de intervención en nosotros.

Los 45 participantes se integraron activamente en cuatro (4) mesas de discusión, donde luego de expresar su valoración positiva a la iniciativa, poco usual, de trabajar específicamente el aspecto emocional y psicológico en una intervención con los niños y niñas, expresaron sus diversos niveles de disposición de colaborar con el proyecto. El taller fue muy productivo y las distintas mesas de discusión aportaron no pocos conocimientos y realizaron múltiples sugerencias, muchas de las cuales se incorporaron como enriquecimiento, al diseño y al contenido del proyecto.

La mesa No.1, estableció las características de la depresión y del stress post-traumático en niños y niñas, dos de las principales patologías que dejan como secuela los desastres. Así mismo, estableció un listado de las causas de la depresión en niños y niñas y estableció pautas de cómo manejar ambos trastornos.

La mesa No. 2, trabajó el tema de cómo desarrollar la autoestima en los niños y niñas.

La mesa No.3, concentró sus esfuerzos en producir una guía para el diagnóstico de los problemas emocionales más frecuentes en niños.

La mesa No. 4, trató de asuntos metodológicos.

Este seminario de validación fue una experiencia muy fructífera porque permitió compartir con 45 especialistas en niños y niñas, la elaboración del diseño y del contenido del proyecto poniendo de manifiesto en los colegas que trabajan el área infantil una vocación de colaboración que es preciso continuar desarrollando en el país.

Este fue un claro ejemplo de que cuando se democratiza un esfuerzo de esta naturaleza, y se le da participación a los profesionales capacitados, se enriquecen las estrategias de intervención y se pueden compartir experiencias que forman parte del capital profesional, debidamente entrenado, con que cuenta el país, en un clima de solidaridad.

Implementación de la estrategia

La implementación de esta estrategia de intervención contempló seis momentos.

1. El *entrenamiento a los profesores* y profesoras.
2. El desarrollo de las *dinámicas* con los niños y niñas.
3. La realización de la *investigación*.
4. La *elaboración y publicación* de los resultados de la investigación y la experiencia.
5. La oferta de *servicios clínicos* a los niños detectados con problemas psicológicos o psiquiátricos.

6. Realizar *talleres* a los padres de niños con problemas.

Al mismo tiempo que se desarrollaron los dos primeros pasos se convocó a la comunidad de las tres provincias a ser intervenidas, a que se integraran en tres comités de apoyo al proyecto. Y durante el desarrollo del mismo los promotores acompañaron a las organizaciones y personalidades en la conformación de los mismos.

Las consultas de asistencia clínica a *problemas psicológicos* a los niños que sean detectados con estos problemas psicológicos se ofrecen por dos vías:

1- Refiriendo los niños y niñas y a sus padres para una consulta y asistencia psicológica, directamente con los psicólogos de INDESUI, Inc.

2- Refiriéndolos a las unidades de salud mental en los hospitales provinciales, que ofrezcan el servicio.

De ese modo, además de la participación de estos niños y niñas en las secciones de las dinámicas, se le presta asistencia psicológica y psiquiátrica individual o familiar, a los afectados.

El otro componente de esta estrategia es el taller a los padres de niños con problemas psicológicos. Este taller tiene como objetivo suministrarle a los padres las informaciones necesarias para que ellos puedan ayudar a sus hijos a superar su situación y los elementos para que mejoren la educación de sus hijos, contribuyan al aumento de su autoestima y se prevenga el abuso y el maltrato de los niños.

El libro *Guía para la educación de niñ@s*, que forma parte de esta trilogía resume los contenidos de esos talleres.

