

¿Qué podemos hacer para apoyar a los niños que han sufrido la guerra?

por Anica Mikuz Kos y Sanja Dervizkadić-Jovanović

Este artículo recoge las reflexiones producto de cuatro años de apoyo psicosocial ofrecido a jóvenes refugiados de Bosnia-Herzegovina por parte de miembros del Centro para Ayuda Psicosocial a Refugiados de la Fundación Eslovena de Liubliana. Sugiere que el impacto psicológico negativo que tiene la guerra sobre los niños frecuentemente se exagera.

Las afirmaciones sobre los duraderos estragos psicosociales y psicológicos de la guerra sobre los niños pueden estar basadas en la generalización excesiva de hallazgos clínicos. Los trabajadores clínicos sólo ven a niños que sufren desórdenes psicológicos; no tratan, sin embargo, con el enorme número de niños que han sufrido mucho pero cuya salud mental y comportamiento psicosocial no se han visto significativamente afectados. Algunas afirmaciones que no han sido nunca científicamente comprobadas se repiten constantemente en la literatura profesional sin ser cuestionadas. La descripción de los adolescentes expuestos a acontecimientos bélicos como agresivos, vengativos y llenos de odio -sin indicar cuántos están afectados- es un buen ejemplo. El examen de adolescentes bosnios de 15 años¹ llevado a cabo por la Fundación Eslovena, por ejemplo, no confirma sentimientos frecuentemente agresivos y vengativos en este grupo de población. Otro ejemplo es la repetida afirmación de que la violencia necesariamente engendra violencia. Existen muchos países que han manifestado o han sido víctimas de extrema violencia, pero en los que la violencia no se ha convertido en un fenómeno recurrente.

La experiencia de la guerra influye ciertamente en la percepción de un niño sobre el mundo y la humanidad, así como sobre la construcción social de la realidad, pero no implica que el niño esté psicológicamente afectado. En la mayoría de los casos, las consecuencias psicológicas de la guerra sobre los niños se encuentran en el ámbito de los sentimientos y recuerdos humanos normales. Es sorprendente que se haya prestado por parte de los profesionales de la salud mental tan poca atención al comportamiento real de los niños que han sufrido la experiencia de la guerra. Por lo tanto, se subestima frecuentemente su muy satisfactorio comportamiento y resistencia, y sólo en los últimos años cuestiones tales como los factores y procesos de protección, o la resistencia, han aparecido en la literatura profesional.

La función inmensamente protectora del buen comportamiento psicosocial también ha sido soslayada. El buen comportamiento da lugar a reacciones sociales positivas que aumentan la autoestima. Por el contrario, un comportamiento social y escolar inadecuado tiene como resultado reacciones negativas, rechazo, baja autoestima y más presión. Un niño que se porta bien está contribuyendo positivamente a su entorno social, mientras

que un niño que se porta mal da lugar a nuevos problemas en su entorno. Los programas de salud mental a menudo pueden no tener en cuenta la necesidad de alentar el buen comportamiento y la capacidad de enfrentarse a importantes tareas cotidianas en los niños afectados por la guerra.

Las influencias positivas de la guerra sobre la personalidad, los valores, las reacciones y el comportamiento son raramente recordadas. La experiencia de la guerra, sin embargo, puede enriquecer la personalidad de un individuo del mismo modo en que puede hacerlo cualquier otra dificultad en la vida. Puede alentar la empatía y el comportamiento social positivo, aumentar la capacidad de resistencia y la madurez social. Muchos de los adolescentes bosnios bien adaptados afirmaron que las experiencias de la guerra, las pérdidas derivadas de ella y las adversidades de la vida en el exilio pusieron en marcha su capacidad de superación y aumentaron su desarrollo personal y moral.

El hecho de que las consecuencias de la guerra sobre los niños puedan no ser tan devastadoras psicológicamente sobre ellos como las presentan muchos profesionales no significa, sin embargo, que los niños no sufran. Tampoco nos da derecho a permanecer inactivos o a desistir de ayudar a los niños.

La filosofía y las actividades del Centro

En la primavera de 1992, el Centro de Asesoramiento para Niños, Adolescentes y Padres de Liubliana inició actividades de salud mental y psicosociales para niños y adolescentes refugiados y sus familias. En 1994, estas actividades se traspasaron al Centro para Ayuda Psicosocial a Refugiados en la Fundación Eslovena. Unos 35.000 de los aproximadamente 70.000 refugiados que llegaron a Eslovenia eran niños. Desde el principio, nos dimos cuenta de que los pocos profesionales de salud mental que estaban implicados activamente en la ayuda a refugiados no serían capaces de tratar a miles de niños asustados, ansiosos, deprimi-

dos y traumatizados. Nuestro primer y principal problema era, por lo tanto, proporcionar alguna ayuda a todos los niños, o al menos a la mayoría de los niños. En lugar de examinar y detectar a los niños traumatizados a los que no podríamos en ningún caso proporcionar ayuda psicoterapéutica adecuada, desarrollamos modelos de ayuda psicosocial dirigidos a la población en general.

Grupos ambulatorios de salud mental visitaron mensualmente albergues colectivos para refugiados. Miembros del equipo se reunieron con grupos de padres, algunas veces muy grandes, y proporcionaron asesoramiento básico sobre las necesidades de los niños. Insistieron en medidas simples como tomar la mano del niño y cantarle mientras se duerme. Algunos niños de preescolar se mostraron muy afectados al saber que sus casas en Bosnia habían sido destruidas, por lo que aconsejamos a las madres que ayudaran al niño a construir una casa de barro, de modo que el niño viera que era posible construir una casa nueva.

La mayoría de nuestros esfuerzos se dedicaron a la educación de los niños bosnios. Apoyamos a las escuelas bosnias y a los maestros refugiados que trabajaban en esas escuelas². (Se ha gestionado un proyecto similar para los jardines de infancia en los albergues comunitarios.) El principal objetivo era crear un entorno emocionalmente seguro y amistoso en las escuelas, para prevenir posteriores traumas relacionados con la escuela e incorporar a las escuelas intervenciones de salud mental de las cuales pudieran beneficiarse todos los niños. Los maestros actuaron como ayuda psicosocial. La mitad de los maestros no estaban formados y necesitaron apoyo educativo adicional. Todos necesitaron alguna formación psicosocial para poder ayudar a sus alumnos y, lo que es más importante, todos los maestros necesitaron apoyo psicológico para ellos mismos. También ellos eran refugiados y habían sufrido los mismos traumas relacionados con la guerra así como las penalidades de la vida en el exilio, al igual que sus alumnos.

Se inició en los alojamientos colectivos un proyecto de educación sanitaria que fue gestionado por médicos bosnios refugiados. Como no se permitía a los médicos refugiados trabajar en Eslovenia, ni siquiera como voluntarios, empezaron a trabajar como educadores de salud. Discutieron educación sexual con grupos de adolescentes. Visitaron a enfermos crónicos y discapacitados. También hablaron con cientos de madres sobre la nutrición de los niños y los problemas cotidianos de criar a los hijos. El debate sobre las cuestiones de salud abrió camino para tratar los problemas psicológicos ligados a la guerra y a la vida en el exilio.

Las actividades del Centro eran mucho más que las de naturaleza psicológica. Damos prioridad a la normalización de las vidas de los niños al escolarizarlos y al hacerles enfrentarse a tareas de desarrollo habitual, actuando sobre la premisa de que una parte de la vida estructurada y predecible con el logro de tareas de desarrollo normal protegerá la salud mental de los niños. El fin principal del Centro ha sido, por lo tanto, asegurar la existencia de una escuela buena y de apoyo para los niños refugiados, que les ayude a aprender y a obtener resultados académicos. Asistir a una escuela normalizada significa que el niño mantiene su función social, la de alumno. Los niños que son todavía alumnos tienen obligaciones normales de trabajo, tareas, funciones y responsabilidad. El éxito en la escuela aumenta la autoestima, que es de crucial importancia para enfrentarse a los problemas.

El impacto de las intervenciones psicosociales

Hay muchas cuestiones sin resolver relativas al impacto de los programas psicosociales para los niños afectados por la guerra, y la evaluación fiable resulta problemática. Incluso si quienes trabajan en salud mental tuvieran el tiempo, la energía y el dinero para llevar a cabo evaluaciones científicas en una situación de emergencia, habría todavía muchas cuestiones que no podrían ser clarificadas satisfactoriamente. El problema metodológico principal es la falta de controles o de grupos comparables. No sería ético, además de prácticamente imposible, crear grupos de estudio en las situaciones de emergencia exclusivamente en aras de la investigación. La comparación de la situación de salud mental y de comportamiento social de los niños refugiados de la región en la que se aplica el programa y en una región en la que no se aplica, o en países diferentes con distintos programas psicosociales, puede ser una posibilidad de análisis. Sin embargo, sabemos que el contexto general de la vida influye en los sentimientos, el comportamiento y la capacidad de la gente para enfrentarse a los problemas, y éstos varían en los distintos países y regiones. La comparación de la intervención en sus

momentos anterior y posterior tampoco ayuda mucho porque el tiempo es el factor fundamental de curación. El estado de salud mental y de comportamiento psicosocial mejoran en la gran mayoría de los niños en ausencia de intervención psicosocial. Aunque estuviéramos seguros de que la intervención tiene resultados, no podríamos probar qué parte o actividad ha sido la más beneficiosa.

Es opinión de las autoras que la capacidad psicoterapéutica así como otro tipo de conocimiento profesional especializado han tenido mucha menos importancia en nuestro trabajo con refugiados que en condiciones normales de trabajo. Establecer una buena relación y mostrar una actitud de disponibilidad, así como la preocupación por las necesidades materiales básicas de los refugiados, desempeñan un papel mucho más importante. Por ejemplo, apoyar a los maestros bosnios tuvo una gran importancia en nuestros programas, pero la mayoría de las intervenciones de apoyo no garantizaban la psicoterapia. La ayuda material era parte del apoyo: recaudar dinero para una excursión de una escuela bosnia, manteniendo así la tradición de final de curso, o encontrar un audífono para un niño con problemas de audición que le permitiera seguir la clase junto a sus demás compañeros.

En muchos casos nuestros títulos y cargos profesionales han proporcionado un mayor poder social en la lucha por la normalización y la mejora de las condiciones de vida cotidianas de los niños refugiados. No es



Jaže Suhardnik/BOBO

necesario ser psiquiatra o psicólogo para reconocer la importancia de una buena escuela para la calidad de vida de los niños. Pero la experiencia eslovena muestra que existe una posibilidad mucho mayor de establecer un proyecto que aumente la calidad psicosocial de la escuela si dicho proyecto es propuesto por quienes trabajan en salud mental, cuya opinión especializada tiene un gran peso en este contexto.

Procesos naturales de curación frente a terapia profesional

Existe una tendencia en la profesión de la salud mental a destacar su propia importancia en situaciones de conflicto armado y en las vidas de los refugiados, y a sobrestimar el impacto de las intervenciones terapéuticas. Estamos demasiado inclinados a olvidar que millones de personas han sobrevivido a las guerras, en sentido psicológico, sin ninguna ayuda profesional. Muchos de los elementos de las intervenciones psicoterapéuticas existen y son utilizados en la vida cotidiana normal. Deberíamos preguntarnos a nosotros mismos qué ingredientes de nuestras intervenciones son específicamente profesionales y no pueden ser sustituidos por interacciones sociales naturales.

Algunos de los principios psicoterapéuticos básicos -proporcionar un entorno seguro en el que el niño pueda hablar sobre la experiencia traumática; dar al niño la oportunidad de compartir sus experiencias con otros; darle la oportunidad de darse cuenta de que sus reacciones son experimentadas de manera similar por otros en su misma situación; ayudar al niño a desarrollar un sentimiento de seguridad y aumentar su autoestima- pueden ser proporcionados por las personas que son parte de la red natural de apoyo del menor. En grupos sociales naturales, las personas se consuelan y apoyan mutuamente, discuten y corrigen la percepción de los acontecimientos traumáticos mediante conversaciones. En las catástrofes que afectan a grandes números de personas, como las guerras, la gente no necesita profesionales de la psicología para saber que sus reacciones frente a la pérdida y al trauma son procesos normales y comunes a las personas que han sufrido el mismo infierno.

La premisa profesional es que, por medio de la terapia, se da sentido a la experiencia traumática y la experiencia se incorpora a la continuidad de la propia vida. Nosotras consideramos que ambos procesos son innatos a la naturaleza humana y que suceden en todo caso. Los significados y los modelos explicativos se producen y expanden rápidamente en situaciones de desastre. Existen muchos modelos explicativos paralelos y cada uno adapta y desarrolla su significado de acuerdo con sus necesi-

sidades y experiencias. Los modelos explicativos son parte de la cultura, del carácter nacional, las creencias, la historia nacional. Los niños bosnios entienden generalmente la guerra en términos despersonalizados. Algunas veces parecen percibir la guerra como una catástrofe natural causada por una combinación especialmente desafortunada de fuerzas que estimulan la violencia. Los bosnios hablan a menudo sobre la guerra del mismo modo despersonalizado con que se habla de inundaciones o terremotos.

*“No estamos locos.
Lo que sentimos no es
anormal, es la situación
lo que es loca y
anormal”.*

Nosotros, los profesionales de la salud mental, parecemos olvidar a veces que muchas personas tienen la capacidad de registrar, percibir y entender los procesos psicológicos y las intervenciones psicosociales tan bien como nosotros mismos. De hecho, sus descripciones e interpretaciones son a menudo mucho más vivas, precisas y ricas que las expresadas en el sobrio lenguaje profesional. Frecuentemente nos hemos impresionado por la capacidad de los refugiados con poca educación formal para percibir, comprender y expresarse. Cuando se les ofreció ayuda psicológica, los campesinos prácticamente analfabetos explicaron amablemente: “No estamos locos. Lo que sentimos no es anormal, es la situación lo que es loca y anormal”. Muchos poemas escritos por niños y adultos bosnios describen su estado mental de modo mucho más ilustrado y auténtico que los libros de texto de psiquiatría.

Entre las observaciones sencillas más impresionantes que hemos oído en relación con los niños bosnios, se encuentra la de un maestro bosnio que explicó a los psicólogos profesionales: “Nuestros niños no están afectados. Existe en sus almas una profunda pena causada por las pérdidas y una angustia por la patria”. Sólo varios años después los profesionales de la psicología descubrieron que la gran mayoría de niños refugiados bosnios se comportaban bien, y que los síntomas relacionados en varias listas eran impresionantemente infrecuentes. Sin embargo, había “algo” en esos niños que no podía entenderse, describirse y presentarse en el lenguaje clásico de nuestra profesión; ese “algo” era exactamente la pena y el anhelo escondidos.

Más observaciones sobre la intervención de los servicios de salud mental

Una medida del impacto de las intervenciones de salud mental es el número de usuarios. Un número muy pequeño de niños afectados por la guerra son receptores de intervenciones psicoterapéuticas incluso cuando éstas están disponibles. Sin embargo, muchos costosos programas de salud mental están tratando a un número epidemiológicamente irrelevante de niños traumatizados y afectados psicológicamente sin recordar en ningún caso a los niños que nunca recibirán ninguna intervención. Aunque ayudar a un solo niño es ya una cosa buena, la distribución de los recursos es una cuestión importante: ¿cuál es el modo más justo, equitativo, racional y económico de gastar los recursos disponibles para la protección de la salud mental y el desarrollo de los niños?

Los profesionales de la salud mental ofrecen a veces sus modelos clínicos tradicionales de ayuda de manera insensible y sin comprender el contexto. Los profesionales pueden mostrar una falta de flexibilidad para adaptar sus modelos clínicos y conceptos a las nuevas situaciones. Cuando por fin se dan cuenta de que éstos no funcionan, abandonan con indignación. Algunos profesionales de la salud mental parecen abrazar principios de trabajo comunitario. Cambian su lenguaje -hablan de programas orientados a la comunidad y a la población- pero su paradigma básico sigue siendo el mismo. Continúan estando orientados sólo hacia los procesos internos sin prestar la atención necesaria al más amplio contexto social.

Un número sorprendente de profesionales de la salud mental sigue desinteresado y muy poco implicado en la ayuda a niños refugiados en su país. En apariencia no están en absoluto preocupados por el hecho de que hay miles o decenas de miles de niños traumatizados de este modo. Además de la cuestión de la ética profesional, es sorprendente que exista esta impresionante falta de interés profesional en una situación local de la que los profesionales de la salud mental pueden aprender mucho.

En algunos casos, la investigación sobre traumas psicosociales en tiempos de paz (violencia callejera, accidentes de tráfico o de otro tipo) es trasladada por los expertos extranjeros a las poblaciones afectadas por la guerra y a los refugiados, olvidando por completo las diferencias entre los contextos. La disfunción de estrés postraumático (DEPT) es el diagnóstico estándar, y ni se comprenden ni se tienen en cuenta en las intervenciones los efectos de las situaciones y procesos de traumas complejos, las pérdidas y las penalidades del exilio crónico.

Los programas de tratamiento terapéutico para niños traumatizados reciben frecuentemente una prioridad mucho mayor en cuanto a la obtención de fondos que los programas orientados a la población en general dirigidos a ayudar a un gran número de niños al mejorar su educación y la calidad psicosocial de su vida. Es más, con demasiada frecuencia el "sufrimiento" no es por desgracia un argumento suficiente para atraer financiación. Para obtener fondos son necesarios diagnósticos duros, entre los cuales el más potente y de moda es el DEPT. Durante los dos primeros años de guerra en la antigua Yugoslavia, se hizo la pregunta "¿cuántos niños sufren síntomas de DEPT?" con mucha mayor frecuencia que la pregunta "¿cuántos niños están tristes, desesperados, humillados, asustados?". Nuestra práctica demostró que algunos programas estaban necesariamente encubiertos y recibían la denominación de terapéuticos para obtener financiación.

Sugerencias derivadas de la experiencia eslovena

- La protección de la salud mental de los niños afectados por la guerra debería basarse principalmente en modelos orientados al conjunto de la población. Debería proporcionarse apoyo moral, organizativo y financiero adecuado a dichos modelos de ayuda psicosocial. La estrategia dominante debería ser la de la OMS: "Salud para todos".
- Los programas deberían ser de amplia naturaleza psicosocial y deberían ser integrales. No pueden aislarse de otros programas que mejoran la calidad y la normalización de las vidas de los niños.

- La función y el papel de los profesionales de la salud mental en este contexto debería tener amplias dimensiones sociales y psicosociales.

- Los servicios y programas efectivos para niños refugiados con múltiples necesidades deberían ser integrales, accesibles, flexibles, apropiados contextual y culturalmente, y gestionados en coordinación con los servicios regulares en el país de asilo.

En conclusión, los principales objetivos de la asistencia a los niños afectados por la guerra deberían ser:

- reducir el sufrimiento de los niños y prevenir un trauma mayor
- apoyar y desarrollar su sistema natural de apoyo
- ayudar a establecer un entorno que aumente la recuperación psicológica y el desarrollo normal
- establecer una rutina cotidiana estructurada así como la normalidad en la vida cotidiana mediante tareas de desarrollo normales
- apoyar su educación y logros académicos
- permitir a los niños la reconstrucción de su mundo social
- aumentar la capacidad de los niños para enfrentarse a los problemas
- proporcionar oportunidades para la ayuda terapéutica a los niños gravemente afectados

Anica Mikuz Kos es psiquiatra infantil jubilada y directora del Centro para Ayuda Psicosocial a Refugiados.

Sanja Dervizkadić-Jovanović, médico de Sarajevo, es miembro del equipo ambulatorio de salud mental del Centro para Ayuda Psicosocial a Refugiados.

Aunque estas dos personas aparecen nombradas como autoras, en realidad se han limitado a reunir las ideas y experiencias de unos veinte profesionales eslovenos de la salud mental y de cientos de refugiados bosnios: maestros, médicos, profesionales de la salud mental; personas muy sabias que han reflexionado, hablado y, lo que es más importante, actuado en interés de los niños afectados por la guerra.

Una versión íntegra de este artículo aparece en el libro *They Talk We Listen*, publicado por Ayuda Psicosocial a Refugiados en la Fundación Eslovena de Liubliana (1997). El libro ofrece un relato exhaustivo de la situación de los refugiados en Eslovenia y de las actividades del Centro. Disponible a través de: Slovene Philanthropy, Levstikova 22, 1000 Ljubljana, Eslovenia; fax: +386 61 1212 605; correo electrónico: anika.kos@guest.arnes.si

Notas

1 Slodnjak, V. (1998), "Psicosocial functioning of refugee adolescents in Slovenia", en *Refugees in Slovenia*, Universidad de Liubliana, Liubliana, pp. 85-104.

2 La escuela bosnia en Eslovenia se describe en Mikuz Kos, A., "School as psychological protection of children", en *They Talk We Listen* (véase *supra*), pp. 97-115.

