

REFLEXIONES

LA INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS TRAUMÁTICOS DESDE EL MEDIO ESCOLAR

TRAUMATIC STRESS DISORDERS SCHOOL INTERVENTION

F. JAVIER BORDERA ESCOLANO¹

Fecha de Recepción: 16-05-2005

Fecha de Aceptación: 01-12-2005

RESUMEN

Recientemente ha aumentado la sensibilidad social hacia las situaciones traumáticas y sus posibles consecuencias: Trastornos por Estrés Postraumático (TPET). Los atentados de la organización terrorista ETA, del 11-S (Nueva York) y del 11-M (Madrid) han difundido significativamente la preocupación por atender a las víctimas.

El terrorismo no es la única fuente de trastornos traumáticos, existen otras menos estridentes, también muy dolorosas, que pueden condicionar negativamente el futuro de los afectados: fallecimiento de familiares próximos; haber sido víctima o testigo de accidentes, actos violentos; separaciones; bullying...

Estas situaciones existen desde siempre en el medio escolar. Generalmente los docentes no tienen claro como abordarlas, como ayudar a los niños y adolescentes afectados. La duda, con frecuencia, les lleva a inhibirse, a depositarlas solo en el ámbito familiar o clínico.

Este trabajo pretende contribuir al debate sobre las posibilidades de intervención que pueden realizar los profesionales del medio escolar para ayudar a menores víctimas de experiencias traumáticas.

¹ Psicólogo-Orientador del Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) de Puente de Vallecas (Madrid).

PALABRAS CLAVE

Trastorno por estrés postraumático, Niños y Adolescentes, Docentes, Equipos y Departamentos de Orientación,

ABSTRACT

Social sensitivity to traumatic events and their effects –such as PTSD, has increased after terrorist attacks by ETA, New York 9-11 and Madrid 3-11. A widespread concern about attention to victim also exists.

Terrorism is not the only source of traumatic disorders. Other less shocking although equally grievous events exist that strongly impact people suffering them. Among these traumatic events we can list the decease of a close relative, having been victim or witness of an accident or violent crimes, separations, bullying, etc.

Some of these events have always taken place at school. Teachers normally do not know how to manage these situations nor how to help children and adolescents affected. Hesitating, teachers do not get involved, passing the problem on to the families or the therapists.

This paper tries to make a contribution to the discussion about the role of educational psychologists in helping children and adolescents who are victims of traumatic experiences.

KEY WORDS

Post-traumatic Stress Disorder (PTSD), Children and Adolescents, Teachers, Advising teams and Departments.

Siempre han existido la violencia y el abuso por parte de unos seres humanos hacia otros. Siempre han existido guerras, accidentes, catástrofes, etc. No obstante, algo ha cambiado. Los dramáticos atentados de marzo de 2004 en Madrid han golpeado la sensibilidad española y se han unido a la conmoción que se produjo en todo el mundo como consecuencia de los atentados en Oklahoma (1995) y a las torres gemelas de Nueva York en Septiembre de 2001. En general se ha despertado un mayor interés y una mayor conciencia de la vulnerabilidad del mundo en que vivimos y de las consecuencias de los hechos traumáticos.

Las investigaciones relacionadas sobre los trastornos postraumáticos se han desarrollado bastante en los últimos años, fundamentalmente a partir de las secuelas que se produjeron en los soldados estadounidenses que lucharon en Vietnam y del incremento de la importancia de los movimientos feministas y su preocupación por las mujeres maltratadas. En 1980 en la DSM se recoge por primera vez unos criterios diagnósticos referidos a los Trastornos por Estrés Postraumático. A partir de aquí estos criterios se han ido ajustando más y poco a poco vamos conociendo mejor su dinámica y las consecuencias que tienen en la vida de las personas afectadas.

En el caso que nos ocupa nos centraremos en la ayuda que se puede proporcionar a los niños y a los adolescentes desde el medio escolar, para iniciar, de la manera más rápida posible, la necesaria atención a las víctimas y tratar de disminuir el efecto de las experiencias traumáticas sobre sus vidas en la actualidad y en el

futuro. La siguiente metáfora de (L. James, 2004) resulta muy ilustrativa a este respecto: “Hay que *apagar el fuego* lo más rápido que se pueda para evitar su extensión y sus secuelas”.

Sobre las huellas, las secuelas y la necesidad de que todos los adultos actúen coordinados para cuidar a los menores, (R. Lubit y S. Eth, 2004) afirman “La idea de que los niños son más resistentes que los adultos está muy extendida. No obstante, en realidad resultan más vulnerables que los adultos a los acontecimientos traumáticos, el caos o la ruptura que se experimenta en los desastres. Incluso en los preescolares, los efectos pueden ser graves y persistentes. Es necesario un mejor entendimiento de las innumerables maneras en las que los niños resultan vulnerables y dañados por los desastres, así como un mejor entendimiento de los obstáculos que aparecen a la hora de prestar un adecuado servicio de salud mental a estos niños”

Se puede y se debe intentar ayudarles a “*digerir*” estas experiencias para que tengan las menores consecuencias posibles en su vida futura, en su percepción del mundo y en sus relaciones interpersonales. De nuevo (R. Lubit y S. Eth, 2004) señalan “Los niños son particularmente susceptibles a que cambie su percepción del mundo y de ellos mismos como resultado de verse enfrentados a la destrucción y al sufrimiento originados por los desastres”.

Padres, maestros, psicólogos y todos los que más cerca están de los niños y los adolescentes, tenemos que aprender

a *actuar mejor y con más eficacia*, cada uno desde su ámbito, aunque, *todos* con la mayor coordinación posible.

El centro escolar, junto con la familia, forman un importante *entorno natural* donde transcurre gran parte de la vida de los menores. Cuando ocurre un hecho traumático, muy poco tiempo después, los chicos vuelven a incorporarse al colegio y traen todo el desconcierto y la ansiedad propios de estas experiencias. Sus familias también, con frecuencia, acuden al centro escolar y expresan su propia angustia y sus dudas sobre como aproximarse y ayudar mejor a sus hijos. En un informe elaborado por (Mollica, R.F. 2003) en relación con la ayuda a la recuperación de niños y adolescentes neoyorquinos después del 11-S, afirma: “A pesar de las limitaciones y de la disponibilidad de los servicios psiquiátricos infantiles, la mayoría de las familias, en un principio, buscaban ayuda para los trastornos relacionados con el trauma en sus fuentes de acceso más próximas y asequibles: médicos de familia, curas, familiares, miembros de la escuela”. El mismo autor añade: “Las experiencias internacionales en sociedades con recursos escasos enseñan que un plan de acción para la salud mental es más efectivo si está basado en un entorno no estigmatizado y de fácil acceso para todos los ciudadanos. En el caso de niños y adolescentes el plan debe estar en los sectores públicos donde los menores puedan ser identificados y tratados con mayor facilidad”

Los profesionales que trabajamos en el medio educativo sabemos que nuestro trabajo va más allá de la valoración cognitiva y del asesoramiento para que los chicos

desarrollen mejor sus procesos de aprendizaje escolar. Los maestros y las familias nos piden que intervengamos también cuando aparecen conductas perturbadoras y problemas en las relaciones interpersonales que generan malestar y problemas de convivencia, a veces bastante graves. Nos demandan que les ayudemos a entender y a resolver las situaciones conflictivas. Estas intervenciones son frecuentes y requieren valoración diagnóstica, entrevistas con los distintos estamentos implicados (alumnos, familias, tutores), y también, a veces, colaboración y seguimiento con otros Servicios, fundamentalmente Sociales y Sanitarios.

Desde el ámbito educativo se hace un trabajo relacionado con la *salud mental* que posiblemente no está suficientemente reconocido ni valorado. Es un tema abierto al debate con raíces ideológicas, políticas y profesionales que también subyace en este caso, como demuestra la experiencia ocurrida, con motivo de las consecuencias del 11-M, a la hora de coordinarse los Servicios Educación y de Sanidad.

A los centros escolares los chicos traen y expresan retazos de su vida que están muy relacionados con los entornos familiar y ambiental. Los profesionales de la orientación, desde siempre, tenemos frecuentes experiencias de menores que presentan síntomas de angustia por estar inmersos en distintos tipos de experiencias difíciles y dolorosas. No se trata solo de experiencias traumáticas relacionadas con atentados y terrorismo, afortunadamente no demasiado frecuentes, aunque sean muy impactantes y movilizadoras para la opinión general, también en la vida diaria ocu-

rrren otras situaciones traumáticas: violencia familiar (no solo entre sus padres, sino hacia ellos mismos), muerte de alguno de los progenitores, separaciones dolorosas, abusos, violencia escolar (bullying). En los últimos años se han añadido otras derivadas de los cambios sociales, la emigración, etc.

Después del atentado del 11-M los Servicios Educativos de la Comunidad de Madrid tuvieron que enfrentarse con una situación de un dramatismo y de una amplitud excepcionales. Se intentó, en medio de la conmoción existente, ofrecer asesoramiento sobre la intervención en catástrofes y situaciones traumáticas a los Equipos y Departamentos de Orientación que tuviesen alumnos más o menos directamente afectados por el atentado terrorista. Se pretendía que desde los centros escolares se pudiera también ayudar a las víctimas y a sus familias. Se celebraron reuniones de trabajo en donde los profesionales pudieran expresar y compartir las experiencias a las que se estaban enfrentando, y, a la vez, recibir información especializada dirigida a facilitar el desempeño de su ayuda profesional. Posteriormente cada Equipo y cada Departamento de Orientación realizaron, desde su ámbito, una serie de intervenciones de información, asesoramiento y apoyo, así como de coordinación con otros Servicios, principalmente de Salud Mental.

Convendría que, en algún momento, estas intervenciones y estas experiencias fueran recogidas para ser evaluadas y difundidas, con el fin de evitar que se hiciera un cierre en falso de la experiencia. Recordemos que se trata de la pri-

mera vez en que se ha producido una intervención tan amplia en el campo de los trastornos traumáticos en el medio educativo. De ella se podrían extraer muchas conclusiones interesantes que permitirían conocer mejor, entre otros aspectos fundamentales: qué intervenciones se han hecho, cuales han sido las dificultades más importantes, qué grado de *sensibilidad* y de *implicación ha habido* desde los Equipos y Departamentos de Orientación hacia la intervención en situaciones traumáticas, como ha funcionado la coordinación entre los Servicios educativos y los sanitarios, etc. En definitiva, *qué hemos aprendido* para poder hacerlo mejor si, desgraciadamente, volviera a ocurrir algo parecido. Podría aplicarse al pie de la letra (cambiando septiembre por marzo y América por España) esta reflexión de Lubit, R. 2004, “el 11 de septiembre, uno de los desastres más significativos en la historia de América, ha supuesto un laboratorio de inestimable valor para el estudio de lo que se debe y lo que no se debe hacer en respuesta a una catástrofe de gran escala”.

También, a este respecto, merecería ser tenidas en cuenta las siguientes manifestaciones expresadas por las víctimas del 11-M en su comunicado: “Tampoco se han atendido debidamente las necesidades educativas especiales de los menores afectados por los atentados: hijos de fallecidos, hijos de heridos, menores que viajaban en los trenes, niños que lo presenciaron desde colegios cercanos”...: “A pesar de las medallas y reconocimientos a los héroes del 11-M, queremos destacar que a día de hoy, 9 meses después, no se ha realizado evaluación formal ni

balance independiente y sin triunfalismos sobre las actuaciones de las distintas administraciones implicadas.”

Quizás ha llegado el momento de reconocer que emerge un campo de intervención nuevo: el de los *trastornos traumáticos*, con la importancia y las posibilidades de ayuda hacia las víctimas que se pueden promover y realizar desde el medio escolar desde los numerosos trabajos e investigaciones que se están desarrollando en este nuevo campo de la Psicología.

No obstante, para su incorporación a la práctica diaria, hace falta conocimiento y apertura hacia estos temas. Solo desde ellos puede surgir la sensibilidad y los recursos de intervención más adecuados en estas situaciones. Esta tarea no depende solo de la voluntad de algunos psicólogos o profesionales de la Orientación. Su introducción y su aplicación estarán muy condicionadas, *la importancia y el espacio* que se les conceda desde las instancias políticas, desde los responsables que están al frente de los Servicios Educativos. La experiencia así lo demuestra, a mayor conocimiento, mayor sensibilidad. A partir de estas bases, se empiezan a promover y a difundir los recursos para intervenir en el área que se considera importante.

Este artículo intenta ir abriendo camino en la línea anteriormente expuesta. Su propósito es reflexionar y aportar ideas para actuar “*desde*” los centros escolares y hacerlo “*junto con*” las familias y con otros profesionales de otros Servicios (Sanitarios, Sociales, etc.). Se pretenden desarrollar y crear el mayor número posible de recursos

desde los dos “*medios naturales*” donde transcurre la vida de los chicos: la familia y el centro escolar. Se intenta promover que los adultos de ambos medios reconviertan su *angustia y su desconcierto* hacia los niños y adolescentes en *cuidado y protección* hacia ellos, situándose como *agentes de salud*, que tienen una importante tarea por realizar, una tarea que les hará sentirse mejor y más útiles, canalizando su energía y su necesidad de actuar de una manera mucho más productiva.

La intervención que se propone está en la línea de lo que afirma el Dr. M. Trujillo, “El País” (29-3-04), en uno de sus artículos publicados en el periódico es decir poco después de los atentados del 11-M: “Lo aprendido en Oklahoma en 1995 nos hizo posible, en el 11-S, desarrollar una estrategia de intervención triple:

1. *Por* una parte asegurar que *todos* los niños escolarizados en la ciudad, recibían al menos una evaluación sencilla que, a modo de cribaje, permitiera establecer la presencia de síntomas de estrés o de factores de riesgo, que hiciesen posible la aparición posterior de los mismos.

2. Establecer vínculos con profesores y personal sanitario en todos los colegios, a fin de transmitir información y apoyar la labor preventiva de los profesores, de orientadores y padres. Estos vínculos hicieron posible que la propia escuela se convirtiera en un centro de información e intervención sobre el estrés, y que se facilitaran técnicas sencillas de intervención que pudieran ser desarrolladas por el personal escolar con el apoyo y la supervisión de los

psicólogos y psiquiatras especializados en el diagnóstico y tratamiento de los TEPT.

3. Facilitar la referencia de niños con graves riesgos de TEPT (por ejemplo que han perdido a familiares o allegados, o que han sufrido trastornos de ansiedad en el pasado o que cuentan con poco apoyo sociofamiliar) a Centros de Salud especializados dentro del Sistema de Salud”.

Este mismo autor realiza una serie de consideraciones interesantes sobre los grados de afectación y hace mención a un tipo de población que existe en nuestras escuelas y cuyo número va en aumento, la población inmigrante: “Como es frecuente en otros casos de ansiedad, se daban cifras más elevadas de sufrimiento psicológico en las chicas, los más jóvenes y en aquellos niños o adolescentes que vivían, o asistían a colegios, en las cercanías de las Torres. Naturalmente los más afectados fueron aquellos que perdieron a sus padres o a otros familiares cercanos en el acto terrorista. Es muy relevante, también, el dato inesperado de mayor dolor psicológico entre los estudiantes de origen hispano, o que resalta la importancia del apoyo social (menor en el caso de inmigrantes) para la prevención, imitación y recuperación del daño psicológico sufrido en las situaciones traumáticas”.

El esquema de intervención que se va exponer se fundamenta, en gran parte, en el trabajo que realizaron Arroyo, C., Bordera, J. e Zamarro, I. durante dos cursos y medio en un centro escolar con toda la comunidad (alumnos, familias y maestros) en donde se había producido

una situación especialmente violenta: en febrero de 1991, una maestra fue apuñalada en su clase, delante de sus alumnos de 1º de Primaria, por parte de otro maestro del mismo centro que era su marido.

Han pasado desde entonces una serie de años durante los cuales han aumentado significativamente las investigaciones, los conocimientos y los recursos para abordar las situaciones traumáticas. Si se hace referencia a este trabajo es debido a lo que tuvo de pionero y a que se desarrolló desde una escuela pública por dos psicólogos del Equipo de Orientación del distrito y de una psicóloga de la Junta Municipal con la valiosa colaboración de las familias, los tutores, el equipo directivo y de algunos profesionales del Centro de Salud relacionados con el área infantil y juvenil. Fue también un ejemplo de coordinación entre distintos Servicios y estamentos de un distrito.

ESQUEMA DE INTERVENCIÓN EN EL MEDIO EDUCATIVO CUANDO OCURRE UN HECHO TRAUMÁTICO

INTERVENCIÓN EN LA CRISIS (72 primeras horas)

Objetivos:

- Establecer un primer encuadre urgente de intervención después de entrar en contacto con la población afectada (alumnos, familias, equipo directivo, tutores, etc.) y realizar una primera estimación de afectados y de sus necesidades.

- Escuchar, apoyar y orientar a las víctimas y a los adultos relacionados con ellos (familias y tutores).

- Acordar cauces adecuados de contacto con los medios de comunicación.

- Crear la comunicación y coordinación con otros Servicios: Sanitarios, policiales, Jurídicos, Municipales, etc.

PRIMER DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN DE NECESIDADES

Objetivos:

- Intentar responder y canalizar las demandas que van surgiendo desde la escucha de los afectados.

- Asesorar a las familias y a los docentes para que puedan observar y ayudar a los alumnos desde el medio natural de éstos: casa y centro educativo.

- Derivar a otros Servicios, fundamentalmente Sanitarios, los casos cuyo nivel de complejidad y/o ansiedad así lo aconseje.

SEGUNDO DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN DE NECESIDADES (transcurrido más de un mes)

Objetivos:

- Detectar la existencia de un posible TEPT (DSM-IV) mediante entre-

vistas con las víctimas (si se juzga conveniente contrastar éstas con las observaciones de familiares y de tutores).

- Derivar para que reciban ayuda psicológica los casos que así lo requieran.

- Plantear el progresivo “desprendimiento” y cierre del encuadre de intervención creado para ayudar a las víctimas.

Nota: Este esquema se utilizará con la flexibilidad que aconseje cada caso, según el número de afectados y el de las circunstancias que concurran.

Algunas sugerencias desde la intervención a partir de este esquema

INTERVENCIÓN EN LA CRISIS (72 primeras horas)

- Establecimiento del encuadre de intervención después de entrar en contacto con la población afectada: equipo directivo, familias, tutores y alumnos.

La primera toma de contacto cuando ha ocurrido un hecho traumático por parte de los profesionales que habitualmente ejercen la labor de orientación, orientador y trabajadora social, debe dirigirse a la familia, al equipo directivo y a los profesores del chico afectado. Normalmente el equipo directivo del centro facilitará los espacios y los horarios para poder llevar a cabo estas tareas en un ambiente lo más tranquilo y acogedor posible.

En los primeros momentos, dependiendo de la cantidad de afectados, la situación puede ser bastante *caótica*, con muchos nervios y mucho desconcierto. La primera tarea consiste en *informar, tranquilizar y contener* a los adultos, mediante el establecimiento de una serie de entrevistas en donde todos serán atendidos.

Los profesionales manifestarán su disponibilidad para *escuchar y recoger las necesidades más urgentes* que le sean planteadas. No conviene partir de ideas preconcebidas, son las víctimas, sus familiares o los tutores, quienes, en esos momentos expresan lo que sienten y lo que les preocupa. Afirman las víctimas del 11-M “En principio nos vimos envueltos en la locura, el desconcierto y la desesperación, mientras asistíamos como autómatas a actos de carácter público o privado. Todo para las víctimas, pero sin las víctimas. Sin preguntarnos, sin consultarnos, sin tenernos en cuenta, sin respetar nuestra voluntad ni pedir permiso para la utilización de nombres, fotografías e historias que forman parte de la privacidad de las familias”.

Como parte del encuadre de estas entrevistas se sugiere adoptar este encuadre: en estos momentos, *solo escuchar* sin aportar soluciones inmediatas. Solo se intervendrá para preguntar y hacer alguna aclaración que permita asegurar que se está recogiendo con la mayor exactitud las manifestaciones que se están haciendo. Se aclara también que después de recoger sus necesidades se reflexionará sobre ellas y se les ofrecerá, a la mayor brevedad posi-

ble, las alternativas que nos parezcan más adecuadas. De esta manera se consigue que quien acude se sienta, *recogido, respetado y escuchado* y los profesionales se permiten poder recoger la información para *reflexionar* posteriormente antes de aportar respuestas. (Arroyo, C. Bordera, J. y Zamarró, I. 1996) afirman en su trabajo “Frente a la angustia y a la conmoción existentes los profesionales no queríamos vernos impelidos a responder de forma precipitada, sin habernos permitido escuchar, analizar, jerarquizar, etc. En definitiva, no podíamos ayudar antes de saber, ni intervenir antes de reflexionar...”.

El primer contacto con el chico dependerá de la edad del mismo. Si es muy pequeño la primera atención también se le puede prestar indirectamente a través de los adultos desde su *entorno natural*: padres y maestros. A ellos se les asesora para que lo observen y se aproximen a él desde situaciones de la vida diaria en la casa y el colegio: a partir de sus juegos, sus dibujos, su manera de comportarse y de expresarse, etc.

Una vez recogidas y estudiadas las primeras necesidades planteadas por los adultos se procederá a intentar ofrecerles la respuesta y el asesoramiento más adecuados mediante reuniones individuales o colectivas, según los casos y las circunstancias.

Si son varios los afectados las reuniones colectivas abiertas permiten resolver dudas generales, evitar rumores contraproducentes y fomentar el espíritu de trabajo en equipo y de autoayuda. Ellos

mismos en ocasiones se aportan alternativas muy creativas. La Asociación de víctimas del 11-M señala: “Pero en estos meses también nos hemos ido conociendo nosotros, boca a boca, sin ninguna facilidad institucional para encontrarnos. Hemos creado redes de solidaridad, de apoyo mutuo, tejidas con mucho esfuerzo...”.

Las preocupaciones que se reciben en los primeros momentos suelen estar relacionadas como deben intervenir respecto a los síntomas que observan en los chicos: si deben o no hablar con ellos de lo ocurrido, si es bueno que vean los medios de comunicación que se refieren al hecho traumático, qué hacer si no quieren dormir solos, si aparecen conductas regresivas, si no quieren ir al colegio, si tienen miedo a la oscuridad, si tienen que buscar ayuda terapéutica en el ámbito sanitario, etc.

Aunque son importantes las respuestas fundamentadas en el conocimiento que puedan proporcionar los profesionales en estos momentos, es importante movilizar los recursos de *sentido común* y de *protección* que tienen los adultos, porque el profesional no va a estar siempre presente para dar la respuesta más adecuada (ni posiblemente siempre la conozca). Puede tranquilizar bastante transmitirles a los padres y a los docentes que se dejen llevar por su instinto para cuidar al chico y que si en algún momento dudan o no saben pueden consultarlo con los profesionales para encontrar juntos la mejor alternativa. Si sucediera que no pueden o no saben responder a una pregunta o a una

demanda que les haga el menor, siempre pueden decir: “eso que me dices es interesante, pero déjame que lo piense antes de contestarte”.

El propósito de estas sugerencias es procurar bajar el nivel de ansiedad de los adultos y situarlos, cuanto antes, frente a una tarea, en otra posición más alentadora y menos angustiosa: la de cuidar, observar y ayudar a la recuperación de sus hijos o de sus alumnos. Su impotencia y su desconcierto cambian y se convierten en una actitud mucho más creativa y enriquecedora.

En estos primeros momentos la presencia física y la cercanía de los profesionales del equipo en el centro escolar es muy importante. Los padres y los profesores necesitan saber que están *allí* y que pueden contar con ellos *en cualquier momento*. A este respecto dicen las víctimas del 11-M: Nos trataron como a enfermos, antes de preguntarnos nos medicaron. Queremos un trato cercano. Los queremos con nosotros (se refieren a los psicólogos y psiquiatras), acercándose a nosotros, sin tenernos miedo....”.

Conforme la situación se va encauzando, esta presencia va disminuyendo de una manera natural, los adultos al irse tranquilizando necesitan menos apoyo externo, pueden ir prescindiendo de *las muletas* que necesitaban inicialmente para ponerse a caminar.

- Relación con los medios de comunicación. Los fines que persiguen los medios de comunicación y las necesi-

dades de una persona, una familia o una comunidad escolar que tratan de reponerse de una experiencia traumática no coinciden con mucha frecuencia y hasta pueden ser antagónicos. A los medios les interesa generalmente *destacar y exponer los síntomas* más anómalos y llamativos, porque así incrementan su audiencia o su difusión. A los sujetos que tratan de recuperarse de una situación traumática les interesa *reparar, asimilar y normalizar*, procesos que se producen desde un ambiente tranquilo y con una aproximación muy cuidadosa.

No se puede ignorar la existencia, la presencia y el poder de los medios de comunicación, en estas situaciones, pero es fundamental establecer algún tipo de negociación y de acuerdo con ellos a partir de algunas premisas fundamentales que previamente se hayan elaborado y pactado por todos los miembros de la comunidad escolar: familiares, profesores y alumnos. Hoy sabemos que la reiterada repetición de determinadas imágenes y sonidos contribuye a *fijar*, incluso a *desarrollar*, trastornos traumáticos. También sabemos que pueden colaborar facilitando informaciones y alternativas positivas de salud mental.

– Se recomienda establecer un cauce para acceder y difundir información, conceder las entrevistas, etc. (si el centro es público que sean las autoridades educativas de la Comunidad Autónoma correspondiente, por ejemplo. De esta manera filtran y se eluden una serie de responsabilidades innecesarias por parte del centro escolar).

– No se permitirá el acceso de periodistas, cámaras etc. dentro del recinto escolar. Las entrevistas concedidas se celebraran en otro lugar.

– Conviene designar por parte del centro escolar uno o dos portavoces que serán los únicos autorizados a hablar en las entrevistas.

– Las respuestas que se den siempre respetaran la intimidad de los afectados, y de los miembros implicados de la comunidad escolar que participan en la tarea de recuperación, sin entrar en detalles sensibleros ni morbosos.

– Si los políticos quieren hacer uso de la situación para sus fines, con todo lo que ello supone de despliegue de medios de comunicación, se intentará hablar con ellos y llegar a un acuerdo que respete al máximo a los afectados.

La asociación de víctimas del 11-M es muy expresiva respecto a los medios de comunicación y entre otras cosas afirman: “Condenaremos siempre aquellos que expongan imágenes que aviven constantemente la causa de nuestro dolor. Cada vez que las imágenes se exponen sufrimos un paso atrás en este trabajo de convivir con el dolor. Cada vez que aparecen las imágenes nos sumergimos en una, dos o tres semanas de reavivar el dolor, es volver a imaginar como cómo pudieron haber muerto, especular si sufrieron o no, si permanecieron con vida el tiempo suficiente para preguntarse dónde estábamos nosotros para socorrerles, dos o tres semanas de emparejar esas imágenes con los ros-

tros de ellos. Regresan las vivencias del desconcierto, el miedo, la impotencia, el desasosiego, la vulnerabilidad, el camino a los hospitales... del caos". "Nosotros, desde nuestra autoridad moral, les señalamos, les imploramos, les pedimos, les exigimos que dejen de vendernos como espectáculo".

- Crear la comunicación y coordinación con otros Servicios: Sanitarios, Sociales, Policiales, Jurídicos, Municipales, etc.

El centro escolar está inmerso y necesita coordinarse con en una *red de Servicios*, todos ellos necesarios en mayor o menor medida, según los casos, para resolver la situación de los afectados con la mayor eficacia posible. Es responsabilidad de todos los Servicios y de los políticos correspondientes el que esta coordinación se realice de forma *ágil y eficaz* sin sufrir las consecuencias que se derivan de los personalismos, las fricciones entre parcelas de poder, etc.

(Lubit, R. y Eth, S. 2004) ofrecen unas reflexiones en este sentido sobre la colaboración entre distintos Servicios en el 11-S que no resultan ajenas a situaciones ocurridas en Madrid tras el 11-M: "Tal grado de competición y de maniobra para posicionarse entre los profesionales de servicios consumió tiempo y causó retraso en la toma de decisiones por parte de las escuelas respecto a cómo y cuándo deberían prestarse tales servicios. Las escuelas solicitaban ayuda y luego retrasaban su aceptación por motivos inconsecuentes. Desde muchos de estos aspectos podía

subyacer la incomodidad de tener extraños dentro de sus escuelas. También surgieron problemas de competencias entre profesionales. Los terapeutas que venían de fuera de la educación y deseaban ofrecer su ayuda, a menudo no entendían el sistema educativo o cómo podía resultar eficaz su labor y no siempre actuaban de manera respetuosa o en colaboración". Algo parecido afirman las víctimas del 11-M: "Denunciamos que hubo fallos en la atención inmediata a las víctimas, que se detectó una absoluta descoordinación entre los diferentes servicios de atención, que no se controló en modo alguno el perfil de los profesionales que atendieron a las familias y que, en ocasiones, ni siquiera contaban con formación necesaria en situaciones de emergencia".

En los primeros momentos quizás el centro escolar puede aportar el soporte del espacio físico y el de los profesionales del equipo de orientación y de los tutores porque son más conocidos, y más próximos, a las víctimas y a sus familias. Acoger, orientar y poner en contacto con otros Servicios son objetivos fundamentales a tener presente desde la escuela y desde sus profesionales.

Desde los primeros momentos debe empezar a funcionar la coordinación entre los Servicios, a partir de un *Equipo de Emergencia Interservicios*. Este *Equipo* debería estar constituido previamente como un recurso para empezar actuar a inmediatamente y de forma automática, cuando ocurre un hecho traumático significativo. (Lubit, R. y Eth, S. 2004) proponen en sus reflexiones: "El cumplimiento

de esta misión exige una serie de acciones destinadas a superar los inevitables obstáculos. La primera hace referencia a la falta de una adecuada infraestructura. Las ciudades necesitan tener la capacidad de evaluar a niños traumatizados y de proporcionar los servicios adecuados. Tanto la comunidad como las organizaciones que prestan servicios deben tener un plan integral de desastres actualizado”.

El funcionamiento y la coordinación entre los Servicios Educativos de Orientación con los de Sanidad durante los sucesos de los atentados del 11-M en Madrid y en los meses posteriores supone una experiencia sobre la que merecería la pena reflexionar y extraer conclusiones para el futuro.

PRIMER DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN DE NECESIDADES

Intentar responder y canalizar las demandas que van surgiendo desde la escucha de los afectados.

Una vez establecida la red de Servicios, y escuchadas las necesidades de los afectados, se tiene que empezar a facilitar la respuesta y la atención que se derivan de las necesidades planteadas.

Algunas intervenciones están claramente dentro de las competencias del ámbito educativo: atender a las familias que lo soliciten, orientar al equipo directivo del centro y a los tutores implicados sobre como relacionarse, observar y cuidar a las víctimas. Asesorar sobre acciones

a realizar para devolver la normalidad al centro y al resto de los alumnos lo antes posible, etc.

Otras intervenciones entran dentro del perfil sanitario como es la atención a los casos que manifiesten un alto nivel de ansiedad necesidad de medicación o el tratamiento cuando aparece, posteriormente a la evaluación un cuadro de TEPT.

Existen otras tareas que quedan en un terreno intermedio y que pueden resolverse a partir de cómo se plantean las situaciones y de las características, de la disponibilidad y de la formación de los profesionales. No deben existir planteamientos rígidos ni es el momento para rivalidades ni susceptibilidades entre los distintos Servicios.

Durante el primer mes es lógico que las víctimas y las personas de su entorno estén conmocionadas y que aparezcan los síntomas propios de quienes han vivido una experiencia traumática: ideas intrusivas, pesadillas, pánico, ansiedad, evitación, embotamiento, etc. No puede ser de otra manera, puesto que la persona ha sufrido un ataque violento, una especie de terremoto que produce heridas emocionales, pérdidas importantes, etc.

Cabe esperar, y así lo demuestran distintas observaciones de seguimiento de casos, que después de la *sacudida* y de la *desestabilización* consiguiente, empiecen a actuar los *mecanismos de recuperación* y las personas empiecen a *normalizarse* y a *digerir* estas vivencias tan invasoras y tan perturbadoras.

Todas las intervenciones que se realizan en los primeros momentos, y cuanto antes mejor, van encaminadas a facilitar y procurar que empiecen a actuar estos mecanismos de *recuperación* y de *normalización*. Se trata de evitar que se los trastornos traumáticos se *enquisten* y se produzca un cuadro de *trastorno por estrés postraumático (TEPT)* que siga perturbando y condicionando negativamente la vida de los sujetos. De aquí la importancia de las intervenciones después de los primeros momentos, en las cuales suele suceder que los afectados y sus familias se resistan a hablar de lo sucedido y a reconocer sus consecuencias. En su artículo (Mollica, R. F. 2003) alude a las experiencias de Hoven et al (2002) en donde se dice que “por lo menos 2/3 de los escolares de Nueva York con posible Trastorno por Estrés Postraumático después del 11-S no buscaron ninguna ayuda de los servicios psicológicos de la escuela o de los profesionales de la salud”.

Estos hechos nos llevan a la conclusión de la necesidad que existe de comprender los mecanismos que actúan sobre los adultos responsables de los menores, y también desde los menores mismos para recibir ayuda o para evitarla. Solo desde una mejor comprensión se podrán establecer mejores estrategias para proporcionar estos recursos tan importantes. El acceso y la comunicación con las víctimas reclama un mejor conocimiento, incluso para entender y abordar los casos en los que inicialmente se “niegan” a reconocer su necesidad de ayuda. Dicen las víctimas del 11-M “Hay que estar muy bien, Señorías, para poder pedir ayuda en estos momentos”.

SEGUNDO DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES (Transcurrido más de un mes)

Transcurrido más de un mes desde el acontecimiento traumático, es el momento de evaluar y de comprobar si ha instalado el TEPT, en cuyo caso hay que seguir ayudando a la persona a recuperarse y a librarse de sus perturbadoras consecuencias mediante un tratamiento adecuado en el ámbito sanitario.

En la escuela posiblemente la situación estará ya más encauzada y aunque el apoyo a los chicos, a sus tutores y familiares siga produciéndose mientras exista la demanda y haga falta, empezará a producirse, de una forma más o menos inminente, “un desprendimiento” de las intervenciones y de la relación con el equipo de orientación, porque la situación traumática irá dejando paso a la *normalidad*.

No se debe entender que la intervención ha terminado ya, porque unas situaciones tan dolorosas y difíciles plantean un proceso largo y laborioso y porque pueden aparecer casos que no se habían manifestado o situaciones inesperadas. Será necesario seguir observando a los menores desde su comportamiento y desde sus manifestaciones con la ayuda de las familias y de los tutores. Es frecuente que aparezcan nuevos casos no detectados anteriormente. El contacto con los recursos sanitarios permitirá que de una forma individual reciba ayuda todo aquel que lo necesite, que se desarrollen grupos de autoayuda, etc. etc.

CONCLUSIONES

– La sensibilidad hacia los trastornos traumáticos y sus consecuencias es una realidad que emerge y va en aumento de una forma incuestionable desde hace unos años debido a una serie de circunstancias: conocimientos más amplios y eficaces desde la Psicología y la Psiquiatría, mayor demanda social de ayuda a las víctimas, repercusión de las actuaciones en la política y en los medios de comunicación, etc.

– Las intervenciones, según los casos, exigen la coordinación entre distintos Servicios: Sanitarios, Sociales, Educativos, Protección Civil, Policía, Servicios de Emergencias, etc. Mejorar el funcionamiento de esta coordinación entre los distintos Servicios es fundamental para intervenir con la mayor rapidez y eficacia posibles.

– Desde los “entornos naturales” donde transcurre la vida de los menores (familia y centro escolar) se puede realizar una ayuda muy importante para la recuperación de los afectados por experiencias traumáticas.

– Los trastornos traumáticos existen y han existido siempre en los centros escolares, aunque no se sabía, y todavía hoy no se sabe, hasta que punto hay que abordarlos, y llegado el caso, cómo hacerlo. Es necesario aumentar el conocimiento y las posibilidades de ayuda que se pueden realizar desde el medio educativo por parte de los profesionales.

– Esta tarea no depende solo de los docentes ni de los orientadores escola-

res. Es necesario también que los responsables de los servicios educativos aumenten su conocimiento y sensibilidad hacia los trastornos traumáticos y sus secuelas. Solo así, promoverán la formación de los profesionales y los recursos necesarios para intervenir con criterios fundamentados en situaciones de crisis.

– Parece lamentable que se haya perdido la oportunidad de evaluar la intervención que se promovió desde los Servicios Educativos de la Comunidad de Madrid con motivo de los atentados ocurridos el 11-M. En los primeros días se movilizaron una serie de recursos y de profesionales, fundamentalmente desde los EOEPs y desde los Departamentos de Orientación de los IES de las zonas más directamente relacionadas con los atentados. Todo hace pensar que no se llegará a saber cómo transcurrió la intervención de estos profesionales: qué actividades realizaron, qué dificultades encontraron, cómo fue la coordinación con otros Servicios (fundamentalmente con Salud Mental), cómo se podría mejorar su intervención en el futuro, qué sobró, qué faltó,

– Esperemos que no se vuelva a repetir nada parecido ni de tal magnitud, porque sería dramático no haber aprovechado todo lo que se podía haber aprendido de esta experiencia y empezar a improvisar de nuevo.

BIBLIOGRAFÍA

Arroyo, C, Bordera, F. J. y Zamarro, I. (1996). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos postraumáticos*

La intervención en los trastornos traumáticos desde el medio escolar

en un medio escolar. Clínica y Salud, Vol 7 n°2, pag 195-209.

Asociación 11-M Afectados del Terrorismo. Intervención ante la Comisión de Investigación del 11 M en el Congreso de los Diputados. Diciembre de 2004.

James, L. (19 octubre de 2004) Conferencia *Percibir lo que no se ve: ir más allá del sufrimiento*. CRIF Las Acacias. Madrid.

Lubit, R. (MD, PHD), y Spencer Eth, S. (MD) (2004). *Niños, desastres y el ataque al World Trade Center del 11 de*

septiembre".

Mollica, R. F. (MD, MAR Professor of Psychiatry Harvard Medical School & Director Harvard Program in Refugee Trauma Massachusetts General Hospital) (abril de 2003) *The Mitigation and Recovery of Mental Health Problems in Children and Adolescents Affected by Terrorism*.

Trujillo, M (29 de marzo de 2004) Los niños y el terror, *El País*.

Trujillo, M. (2002) *Psicología para después de una crisis*. Santillana Ediciones Generales, S.L.