

Niños en Situaciones de Emergencia: Protección Psicológica

Autor: EA4IPV

Fecha: 23/03/2026

Categoría: Psicología de Supervivencia

Etiquetas: Sin etiquetas

Niños en Situaciones de Emergencia: Protección Psicológica

Los niños experimentan las emergencias de forma cualitativamente diferente a los adultos. Su cerebro en desarrollo —especialmente la corteza prefrontal, que no madura completamente hasta los 25 años— los hace más vulnerables al estrés traumático, pero también más resilientes si reciben el apoyo adecuado. Las guías de UNICEF (2018) y la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y del Adolescente (AACAP) establecen protocolos específicos según la etapa evolutiva del niño.

Respuestas típicas según edad

Las reacciones de los niños ante emergencias siguen patrones predecibles según su desarrollo neuropsicológico:

Bebés y preescolares (0-5 años): Llanto excesivo, regresiones (volver a mojar la cama, perder el habla adquirida), apego ansioso al cuidador principal, alteraciones del sueño y la alimentación, miedo a la oscuridad y a separarse del adulto. No comprenden la situación pero absorben la ansiedad del cuidador por contagio emocional (neuronas espejo).

Edad escolar (6-11 años): Irritabilidad, dificultad de concentración, somatizaciones (dolor de estómago, cefaleas sin causa orgánica), juego repetitivo recreando el evento traumático (esto es procesamiento, no patología), culpa irracional («pasó porque me porté mal»), miedo a que se repita.

Preadolescentes y adolescentes (12-17 años): Conductas de riesgo, aislamiento social, ira, desafío a la autoridad, consumo de sustancias, ideación suicida en casos graves. También pueden mostrar maduración acelerada y asumir roles de adulto prematuramente, lo cual es adaptativo a corto plazo pero costoso psicológicamente si se prolonga.

Principios de intervención: el modelo de las 5S

La OMS y UNICEF recomiendan el marco de las 5S para la atención psicológica inmediata a niños en emergencias:

Seguridad (Safety): La prioridad absoluta es que el niño se sienta físicamente seguro. Esto implica un espacio protegido, la presencia constante de un adulto de referencia y la reducción de exposición a estímulos traumáticos (cadáveres, gritos, destrucción). Los niños que ven a sus cuidadores mantener la calma regulan mejor sus propias emociones.

Serenidad (Calming): Usar voz tranquila, contacto físico (abrazar, tomar de la mano), respiración guiada adaptada a la edad (soplar burbujas imaginarias, inflar el abdomen como un globo). La regulación emocional del adulto es la herramienta más poderosa: los niños coregulan sus emociones a través del estado emocional de sus cuidadores.

Sentido de conexión (Connectedness): Reunir al niño con su familia o figuras de apego lo antes posible. Si no es posible, asignar un adulto de referencia estable. Los niños separados de sus cuidadores durante desastres tienen 4 veces más probabilidad de desarrollar TEPT (Norris et al., 2002).

Sentido de autoeficacia (Self-efficacy): Asignar al niño tareas apropiadas para su edad: cuidar a un hermano menor, ayudar a ordenar provisiones, dibujar un mapa. Sentirse útil contrarresta la indefensión aprendida. Evitar la sobreprotección total: el niño necesita sentir que tiene algún control sobre su entorno.

Sentido de esperanza (Hope): Comunicar de forma honesta pero esperanzadora: «Estamos en una situación difícil, pero estamos juntos y vamos a salir adelante». No mentir sobre la gravedad (los niños detectan la incongruencia y esto aumenta su ansiedad), pero contextualizar con un plan y acciones concretas.

Comunicación adaptada a la edad

Cómo hablar con niños sobre lo que está ocurriendo, según las guías de la AACAP y Save the Children:

Con preescolares: Frases cortas y concretas: «Estamos seguros aquí», «Papá/mamá está contigo». Permitir que expresen miedos a través del juego, el dibujo o cuentos. No forzar a hablar sobre lo ocurrido. Mantener rutinas en la medida de lo posible (horarios de comida, ritual de dormir).

Con escolares: Explicar qué ha pasado con lenguaje simple pero veraz. Responder a sus preguntas honestamente. Permitir que participen en las soluciones. Validar sus emociones: «Es normal sentir miedo cuando pasan cosas así». Limitar su exposición a noticias o conversaciones adultas alarmistas.

Con adolescentes: Tratarlos como colaboradores, no como niños. Involucrarlos en la toma de decisiones y asignarles responsabilidades reales. Respetar su necesidad de espacio pero mantener la comunicación abierta. Estar atentos a señales de aislamiento excesivo, autolesiones o consumo de sustancias.

Señales de alarma que requieren ayuda profesional

La mayoría de niños se recuperan de experiencias traumáticas con apoyo familiar adecuado. Sin embargo, ciertos síntomas indican necesidad de intervención especializada:

Síntomas que persisten más de 4 semanas: Pesadillas recurrentes, flashbacks, evitación extrema de cualquier cosa que recuerde al evento, hiperactivación permanente (sobresaltos constantes, insomnio crónico). Estos pueden indicar trastorno de estrés postraumático (TEPT) infantil.

Regresiones severas: Pérdida de habilidades adquiridas hace meses o años (habla, control de esfínteres, autonomía), especialmente si no mejoran con el paso de las semanas.

Cambios drásticos de comportamiento: Agresividad marcada en niños previamente tranquilos, mutismo selectivo, rechazo total a la alimentación, autolesiones o verbalización de deseos de muerte (tomar siempre en serio, incluso en niños pequeños).

Dato clave: La terapia con mayor evidencia para TEPT infantil es la Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en Trauma (TF-CBT), que incluye al niño y a sus cuidadores. Tiene una tasa de eficacia del 80% en ensayos controlados (Cohen et al., 2006).

⚠ Advertencia: Esta información es orientativa y educativa. En situaciones de emergencia real, consulte a profesionales cualificados siempre que sea posible. No ponga en riesgo su vida ni la de otros sin la formación adecuada.