

Salud mental para víctimas de desastres - Manual para instructores

Table of Contents

Salud mental para víctimas de desastres - Manual para instructores	1
<u>Glosario</u>	2
<u>Introducción</u>	3
<u>Capítulo 1. Reseña histórica. Función de la salud mental.</u>	
<u>Características socioculturales</u>	12
<u>Recursos didácticos</u>	13
<u>Guías para el trabajo</u>	17
<u>Capítulo 2. Repaso de los conocimientos básicos y aplicados para formular guías y procedimientos para la intervención después del desastre</u>	22
<u>Recursos didácticos</u>	23
<u>Guías para el trabajo</u>	29
<u>Capítulo 3. Etapas de desarrollo de la conducta de los damnificados</u>	32
<u>Recursos didácticos</u>	32
<u>Guías para el trabajo</u>	35
<u>Capítulo 4. Guías aplicadas y operativas para ayudar a los damnificados en la etapa posterior al desastre</u>	39
<u>Recursos didácticos</u>	40
<u>Límites entre la intervención en crisis, el tratamiento psicológico y la promoción de servicios en la etapa posterior al desastre*</u>	43
<u>Guías para el trabajo</u>	47
<u>Capítulo 5. Poblaciones con necesidades especiales</u>	50
<u>Niños</u>	51
<u>Poblaciones con diagnóstico de trastornos mentales</u>	66
<u>Poblaciones de ancianos</u>	71
<u>Personas con síntomas de SIDA</u>	76
<u>Poblaciones con problema de abuso de sustancias</u>	78
<u>Trabajadores de socorro en casos de urgencia</u>	84
<u>Cubierta posterior</u>	94

Salud mental para víctimas de desastres - Manual para instructores

RAQUEL E. COHEN, MD, MPH
Profesora Titular
Departamento de Psiquiatría
de la Escuela de Medicina
Universidad de Miami, Florida

Traducción realizada por la:
Organización Panamericana de la Salud

Editores responsables:
Lic. Verónica Ontiveros Ruiz
Dr. J. Alberto Santos Pórez
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO

Organización Panamericana de la Salud

Editorial El manual moderno
México, D.F. - Santafé de Bogotá

D.R. Copyright 1999, por la:

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 - E.U.A.

ISBN 92-75-32274-0 (Organización Panamericana de la Salud)

Una publicación del Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Coordinación del Socorro en Casos de Desastre de la OPS/OMS.

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas y denominaciones empleadas en esta publicación no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la OPS/OMS ni de sus estados miembros.

La realización de esta publicación ha sido posible gracias a la contribución del Gobierno de los Estados Unidos de América a través de los Fondos de Cooperación OPS/EE.UU., y al apoyo financiero de la División de Ayuda Humanitaria Internacional de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (IHA/CIDA), de la Oficina de Asistencia al Exterior en Casos de Desastre de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (OFDA/AID) y del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID).

En coedición con:

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.
ISBN 968-426-838-6 (Editorial El Manual Moderno)

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Impreso en México en los talleres de Programas Educativos, S.A. de C.V.,
Calz. Chabacano núm. 65, Local A,
Col. Asturias,
06850 México, D.F.

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio - electrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etcétera - sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the Pan American Health Organization.

manual moderno ^{fi}

Organización Panamericana de la Salud

es marca registrada de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar «pirata» o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:

manual modernofi

Editorial El manual moderno, S.A. de C.V.

Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

**Editorial El manual moderno
(Colombia), Ltda**

Carrera 12-A No. 79-03/05
Santafé de Bogotá

CeMPro

Centro Mexicano de Protección y Fomento a los Derechos de Autor Sociedad de Gestión Colectiva

Cuando el centro de la vida de uno se ha destruido como el interior de un edificio, no nos puede extrañar que nos tome tanto tiempo para encontrar aunque sea una puerta que pueda empezarse a cerrar

*Ellen Goodman
The Boston Globe, 1998*

Glosario

Damnificado

Cualquier persona o familia a la que se deba ofrecer asistencia en caso de desastre.

Estrategias/conductas de resolución de crisis

Las formas en que una persona maneja o reacciona a un incidente estresante. Estas formas de responder pueden ser adaptativas y contribuir a reducir el estrés, o no adaptativas, cuando no

	logran reducir el estrés o causan problemas secundarios, o ambos.
Servicios de extensión	Proporcionan apoyo emocional durante el periodo agudo posterior a un desastre. El objetivo de estos servicios es ayudar a los damnificados a expresar y comprender las reacciones de estrés y duelo causadas por el desastre y ayudarlos a que vuelvan a un estado de equilibrio.
Debriefing	Sesión formal dirigida por un profesional de la salud mental especialmente adiestrado; por lo general, se celebra unos pocos días después de un incidente crítico o al final de una misión, o ambos, en la que se informa de uno o varios factores estresantes intensos. El <i>debriefing</i> es una oportunidad para que los participantes expresen y compartan sus sentimientos delante de otras personas expuestas a los mismos factores estresantes, conozcan las reacciones humanas típicas a las experiencias traumáticas, y analicen estrategias de resolución de crisis adaptativas.
Defusing	Sesión informal dirigida por un profesional de la salud mental especialmente adiestrado; se suele celebrar unos pocos días después de un incidente o evento crítico, en el que hubo uno o varios factores estresantes intensos. La desactivación tiene lugar en un ambiente de apoyo mutuo. Los participantes describen sus sentimientos y reacciones al incidente o evento en cuestión.
Intervención después del desastre	Método aceptado por los consejeros para atender las necesidades de salud mental de los damnificados. Cualquier tratamiento o asistencia fuera del alcance de la intervención en crisis requiere remisión a otros organismos.
Problemas intrapsíquicos	Se refiere a los problemas psicológicos no resueltos, rasgos de personalidad o estilo de defensa contra la ansiedad, que son inherentes a una persona o que la persona guarda en su interior y que contribuyen al modo en que esa persona reacciona a un evento traumático.
Urgencia de salud mental	Una respuesta emocional o conductual que está más allá del alcance de los servicios de orientación en crisis y por consiguiente requiere una intervención de salud mental proporcionada mediante recursos más extensos. Las urgencias comprenden, aunque no de forma exhaustiva, las respuestas que demuestran una amenaza a la seguridad de la persona o de terceros, el abuso de sustancias, el funcionamiento gravemente perturbado y los síntomas significativos que persisten a pesar de las asistencias de intervención en crisis.

Introducción

CÓMO USAR ESTA GUÍA DE CAPACITACIÓN

CUESTIONES FUNDAMENTALES DE LA CAPACITACIÓN

La presente Guía de capacitación es el volumen que complementa la publicación Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores; el cual servirÆ para capacitar y supervisar a las personas que ayuden a los damnificados a reaccionar de manera eficaz a las consecuencias de los desastres. En esta guía se harÆ referencia a los trabajadores de salud mental como consejeros o trabajadores de socorro; ellos pertenecen a distintas disciplinas; la gama abarca desde profesionales titulados hasta paraprofesionales. La combinación de trabajadores en los equipos que se integran despuØs de un desastre variarÆ segØn la regi³n del mundo donde Øste ocurri³y los recursos humanos disponibles. Los instructores serÆn individuos preparados para formar equipos multidisciplinarios; a su vez colaborarÆn con trabajadores de otros organismos, por ejemplo, la Cruz Roja, los servicios de abuso de alcohol y drogas, las iglesias y la defensa civil, cuando necesiten recursos adicionales o enviar a los damnificados para que obtengan tratamiento.

En condiciones ideales, esta guía podr³a servir a los instructores capaces de traducirla y adaptarla al idioma y las costumbres de una regi³n antes de un desastre. Asimismo, la podr³a usar un profesional de salud mental que necesite preparar un equipo de socorro para que empiece a intervenir de inmediato. Los instructores contratados para capacitar a los equipos de socorro pueden disponer de material didÆctico y aæadir a estas pÆginas de la guía sus propias versiones de los ejercicios, guiones y viæetas para la escenificaci³n de roles e informes de experiencias personales en sus propios pa³ses. Tambi³n se les podr³a pedir que eduquen y orienten despuØs del desastre a las comunidades afectadas. Para realizar estas actividades de manera satisfactoria, la persona ha de estar debidamente adiestrada en estas t³cnicas antes de un desastre, o podr³a reclutar expertos en distintos temas.

El objetivo de esta capacitación genØrica de trabajadores de socorro es tener un grupo preparado y capacitado para responder con eficacia a las consecuencias de un desastre, que participe en los programas de salud mental concebidos, organizados y elaborados desde el punto de vista administrativo para atender a las personas en la comunidad en la cual viven. A fin de lograr este objetivo, hay que planear la capacitación antes de que ocurra un desastre para que los servicios sean ofrecidos por trabajadores adiestrados para entrar a la zona de desastre con una noci³n clara de sus responsabilidades. Es tambi³n importante incorporar y crear mecanismos apropiados para promover una relaci³n eficaz con los organismos de socorro en urgencias, que participan en tareas comunitarias como parte de las actividades de capacitación en salud mental para programas de socorro en su pa³s.

Esta preparaci³n para la etapa posterior al desastre exige que los organismos encargados de los programas de orientaci³n - educaci³n, consulta, extensi³n de la intervenci³n en crisis y servicios de apoyo de salud mental - tengan un programa de capacitación para sus trabajadores; a efectos de impartir esta capacitación, se necesita obtener informaci³n sobre las necesidades de la comunidad y las consecuencias de la desorganizaci³n de los servicios sociales. A menudo, tal informaci³n es inexistente, inadecuada o dudosa, especialmente en las primeras semanas. Como consecuencia, las decisiones de prestar servicios se basan en hip³tesis que obligan a una redefinici³n continua del apoyo a los programas, apoyo que se reevalœa y redefine de manera constante como parte de la capacitación en curso. Lo anterior se ajusta al principio fundamental de adaptar el contenido bÆsico genØrico a las características específicas de los programas oficiales para urgencias de la regi³n, e impartir capacitación ininterrumpida en las diferentes fases del periodo posterior al desastre.

DEFINICI³N DE CAPACITACI³N

Capacitaci³n significa la enseæanza concreta que puede requerirse (en contraposici³n a los procedimientos cl³nicos) para que los trabajadores de socorro sean capaces de prestar asistencia en crisis a las víctimas de un desastre grave o de sus consecuencias. La capacitaci³n abarca tambi³n la

enseñanza que necesitan las demás personas que asisten a los damnificados, los profesionales, los trabajadores de los organismos gubernamentales y los especialistas en salud mental de los programas de asistencia en casos de desastre para que se sensibilicen a los problemas de salud mental que pudieran presentar los damnificados y sepan cuándo enviarlos a los organismos de salud mental que prestan servicios a los programas de socorro.

Los instructores se encargan de organizar e impartir los cursos de capacitación para los grupos que brindan asistencia a los organismos y a los damnificados que se están recuperando de las secuelas de un desastre natural.

Contar con instructores que capaciten equipos de socorro con la ayuda de esta Guía para los programas de intervención después de los desastres, satisface la necesidad de producir trabajadores adiestrados que se movilicen después de un desastre. Los instructores organizan e imparten la capacitación a participantes para quienes la intervención en la etapa posterior a un desastre sea una tarea secundaria y nueva del trabajo y que no tendrán suficiente tiempo para prepararse.

La organización de esta Guía de capacitación supone que los instructores mismos tendrán las aptitudes, los conocimientos y la actitud que necesitan para enseñar a los consejeros.

La capacitación en la intervención después de un desastre será eficaz en la medida en la que el profesional experimentado que cumpla la función de instructor sea competente en la aplicación de los métodos didácticos que se ha demostrado que sirven para adiestrar adultos. Los instructores tienen que ser capaces de enseñar a los participantes la metodología de intervención en la etapa posterior al desastre, pero también de formular las estrategias de capacitación que facilite la selección de métodos idóneos para el programa dictado por los organismos. Los grupos destinatarios y los tipos de capacitación que los trabajadores necesitarán dependerán del contexto particular de las características de la situación después del desastre y de sus responsabilidades.

Se pretende que los instructores organicen e impartan cursos de capacitación para diferentes grupos que varíen en composición, antecedentes, etnia y nivel de formación; esto constituye uno de los desafíos de la capacitación de equipos de socorro puesto que su diversidad dificulta, desde el punto de vista educacional, la organización de métodos y contenido que satisfagan las necesidades de capacitación de cada miembro del equipo. El curso no sólo necesita tener sentido para el trabajador y serle útil, sino que debe tener un contenido operativo dirigido a ayudar a las personas traumatizadas por el desastre. Aunque ese contenido varía según los grupos, se emplean métodos didácticos básicos similares y se consideran los mismos elementos para organizar e impartir los cursos de capacitación; sin embargo, hay que adaptar la capacitación a las características del desastre, las circunstancias de la población y la magnitud del daño, y de la desorganización de la comunidad. Por este motivo, la Guía para instructores y el Manual para trabajadores incluyen un contenido básico que da lugar a cambios, creatividad e innovaciones en el número de recursos, los ejercicios, las vietas y los análisis. En la Guía para instructores la presentación del contenido se ofrece en niveles variables para que el instructor tenga opciones y seleccione el que convenga al nivel de formación de los estudiantes.

OBJETIVOS DE LA CAPACITACIÓN

La capacitación permanente es la transmisión sistemática de información y conocimientos nuevos a fin de que la persona se mantenga al día con respecto a los conceptos, la metodología y la aplicación de los conocimientos existentes para instrumentar un programa de socorro cuando sea necesario. Este programa tiene por objeto ayudar a los individuos afectados por las consecuencias del desastre, entre otras, la ruptura y fragmentación de las estructuras de la comunidad, los refugios, sistemas de sostén de las funciones vitales, empleo,

etc. La capacitación ayuda a mejorar la eficiencia y la eficacia del programa de asistencia de urgencia en casos de desastre, ya que es parte integrante del proceso general de recuperación de las comunidades.

El objetivo de la capacitación en socorro es formar instructores para que adiestren personal en todos los niveles, que tenga la información que precisa para resolver los problemas a los que se enfrentará. Una de las características de dicho trabajo es su carácter, determinado por la participación activa y multidisciplinaria de diversos organismos. Es evidente que, en el momento de definir las necesidades, la participación de todos los grupos que integran la comunidad, los organismos gubernamentales y no gubernamentales y los encargados de adoptar las decisiones, ayuda a fijar la atención en los tipos de asistencia de salud mental y a mejorar la calidad de los servicios. Asimismo, en todas las etapas del proceso es útil que haya una participación en conjunto y se compartan los conocimientos de intervención en crisis a los damnificados, si se han de imponer y sostener las soluciones aceptables a los problemas en todo el territorio de la zona afectada.

Puesto que la atención de salud mental en situaciones de desastre trata problemas en el marco amplio del desarrollo social, económico y de las comunidades, se precisa la orientación de muchas disciplinas: demografía de la comunidad, sistemas sociales, ciencias de la conducta, políticas y gestión gubernamentales en situaciones de desastre, medicina y psicología clínica. Cada una de estas disciplinas ha confeccionado métodos especializados en un intento por proporcionar información que apoye los programas de intervención en la etapa posterior al desastre. Es cada vez más evidente que para resolver los problemas que se tienen que manejar, hay que combinar las contribuciones de muchas disciplinas y que los trabajadores de socorro necesitan adquirir aptitudes para colaborar en equipos multidisciplinarios.

Las características principales de las intervenciones en la etapa posterior al desastre son:

- Énfasis en los problemas más importantes para los damnificados;
- carácter interactivo y participatorio;
- orientación hacia la acción;
- Énfasis en el aquí y ahora, y
- Énfasis en las soluciones prácticas y oportunas.

Si bien las metodologías para la atención a los damnificados pueden aplicarse a diferentes regiones de un país, los procedimientos y enfoques de los problemas varían en función de las diferencias culturales, sociales y económicas y las realidades políticas. En cada país, el componente de salud mental de los programas de socorro se está integrando en la planificación general del gobierno; este amplio campo de la planificación, organización y prestación de servicios que vincula actividades federales, estatales y municipales no se ha incorporado en este manual. Esta alternativa se eligió para dar más flexibilidad al manual para que se use en diferentes estructuras de programas de socorro, también porque el diseño y la organización siguen evolucionando en los EUA y pueden ser distintos en otros países. A pesar de las diferentes estructuras orgánicas en el mundo, se han observado reacciones posttraumáticas humanas muy similares, lo cual ha facilitado la aplicación de una estrategia básica para aliviar el sufrimiento de las víctimas de muchos tipos de traumas, siempre y cuando se adiestre al trabajador para reconocer los elementos de las reacciones según los tipos de factores estresantes y sus consecuencias. Incorporando las iniciativas en el desarrollo de medios de acción para los trabajadores, se hace frente al desafío de preparar un manual de capacitación para intervención en crisis en la etapa posterior al desastre que satisfaga las necesidades. Se tiene en cuenta que en realidad no es práctico, ni viable desarrollar una fuerza profesional activa y actualizada que se movilice en el caso de un desastre fortuito y esporádico en alguna parte del país; en cambio, parece factible formar a un grupo de instructores que, con ayuda de este manual, podrían capacitar trabajadores

quienes, a su vez, ser/En miembros de equipos que trabajen en las zonas devastadas.

DEFINICIÓN DE INTERVENCIÓN DE SALUD MENTAL DESPUÉS DEL DESASTRE

La intervención consiste en proporcionar asistencia en crisis para aminorar las reacciones postraumáticas de los damnificados después del desastre. Es un servicio de procedimientos planificados que facilitan el proceso dinámico de los damnificados para resolver la crisis y adaptarse al nuevo entorno, mejorando su capacidad de lidiar con la multiplicidad de problemas que se presentan en la etapa posterior a un desastre.

Se aprovecha la oportunidad de centrarse en los mecanismos de adaptación psicológica de la víctima. Los métodos que complementan las intervenciones somáticas y las funciones más tradicionales de los profesionales a quienes el consejero en crisis puede enviar a los damnificados para que reciban este tipo de tratamiento, sirven para prevenir de manera oportuna las secuelas psicopatológicas. Los programas de intervención en crisis para damnificados pueden agregar una nueva dimensión a los servicios que prestan los organismos de socorro en urgencias. El personal puede mejorar el programa de atención de urgencias a la población damnificada, proporcionando un plan apropiado para cada víctima en riesgo en la etapa posterior al desastre; tales programas proporcionan un tipo de servicio que enseña a las víctimas a reconstituir sus métodos de solución de crisis en el entorno en el cual se encuentran y disminuye las posibilidades de disfunción y los trastornos mentales. La capacitación alienta al consejero a confeccionar un plan sistemático para fortalecer los mecanismos de adaptación del damnificado. Para el personal de socorro, las consecuencias de este plan pueden ser: 1) comprender mejor las respuestas normales al estrés en un desastre; 2) sentir más compasión por los damnificados; 3) adquirir aptitudes de resolución de crisis y comunicación; 4) volverse más capaces de dominar las situaciones problemáticas; y 5) adquirir aptitudes de solución de problemas. Todas estas aptitudes ayudan a mejorar en los damnificados su capacidad de pasar por el proceso de pérdida y duelo en un mundo destruido por el desastre.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

La intervención en crisis es un método de asistencia en el que se emplean técnicas que ayudan al damnificado:

1. a fortalecer los mecanismos de adaptación;
2. a adquirir más conocimientos de lo que está sucediendo;
3. a explorar actitudes y conductas alternativas en cada fase del desastre, y
4. en los procesos de transición ocasionados por el desastre para que logre resolver satisfactoriamente sus problemas.

El objetivo de la intervención del trabajador es:

1. aumentar la comprensión de que es previsible que aumente el estrés;
2. reducir al mínimo las repercusiones del trauma;
3. adquirir y mejorar aptitudes de comunicación;
4. adquirir y mejorar aptitudes de solución de problemas;
5. mejorar la resolución de la crisis y el funcionamiento social en el sistema rápidamente cambiante de los programas de socorro;
6. apoyar las relaciones con otros damnificados y con miembros del personal, y

7. estimular la resolución de la crisis y la adaptación a los cambios en la comunidad, en la etapa posterior al desastre.

Las variables importantes en la intervención después del desastre, que los trabajadores deben identificar son:

1. definición de la situación problemática;
2. duración de la intervención, mediante los métodos de búsqueda activa de víctimas;
3. tamizaje para el acceso a los servicios que necesitan los damnificados;
4. método que se emplea para ayudar a los damnificados;
5. función del consejero en crisis;
6. teorías e hipótesis de apoyo que guían la intervención (crisis, pérdida y duelo, factores estresantes y respuesta al estrés para resolver la crisis);
7. modelo de educación, prevención, orientación y remisión;
8. criterios para identificar las respuestas a la crisis del damnificado y elaborar planes apropiados de resolución de crisis;
9. énfasis en las aptitudes cognitivas y sociales de la comunicación;
10. orientación basada en interacciones y dinámicas actuales en el aquí y ahora y los sucesos recientes, centrada en la prevención;
11. objetivos de ayuda al damnificado, aumentando conocimientos, desarrollando aptitudes y asumiendo una actitud de apoyo para manejar el punto de la crisis vital después del desastre, y
12. ayuda para identificar la conducta de resolución de crisis no adaptativa.

UNA DEFINICIÓN DE DAMNIFICADO

El término damnificado en esta guía se refiere a las personas y familias afectadas por un desastre y sus consecuencias. Las víctimas de los desastres han experimentado un evento inesperado y estresante. El término denota la capacidad de la persona victimizada por el desastre para sobrevivir haciendo acopio de fuerza y aumentando su capacidad para adaptarse con el tiempo. Quizás la mayoría de los damnificados hayan estado funcionando adecuadamente antes de la catástrofe, pero el estrés de la situación puede haber deteriorado su capacidad de resolución de crisis. Aunque los damnificados puedan presentar síntomas de estrés físico o psicológico, no se ven a sí mismos como personas con un trastorno mental, ni debieran hacerlo; están reaccionando de una manera normal a una situación anormal. Los damnificados son de todas las edades, clases socioeconómicas y grupos raciales o étnicos, ya que las catástrofes afectan en forma indiscriminada a la población de la zona que sufre el impacto. Es de suponer que las víctimas recobrarán sus funciones usuales si se les ayuda y se les proporciona apoyo emocional e información conveniente.

Algunos damnificados pueden sufrir más que otros, según varios factores conexos. Pueden ser particularmente susceptibles a las reacciones físicas y psicológicas producidas por un desastre, quienes:

son vulnerables como resultado de vivencias traumáticas previas;

están en riesgo a causa de mala salud o enfermedades crónicas recientes (como cardiopatía o infección por VIH);

experimentan estrés intenso y pérdidas catastróficas graves como consecuencia del desastre;

pierden el apoyo social y psicológico, y

carecen de habilidades para resolver crisis.

Los ancianos son un grupo que puede tener dificultades particulares para enfrentar un desastre y sus consecuencias. Es frecuente encontrar damnificados mayores que viven solos y aislados de sus sistemas de apoyo; por tanto, suelen tener miedo de pedir ayuda. Los problemas característicos en este grupo después del desastre son la depresión y una sensación de desesperación. Lamentablemente, en algunas personas mayores es común encontrar una falta de interés en rehacer sus vidas.

Los niños son otro grupo con necesidades especiales, ya que por lo general no tienen la capacidad para comprender ni racionalizar lo que ha sucedido; por consiguiente, pueden presentar problemas emocionales o de conducta en el hogar o en la escuela. Los trastornos más prominentes notificados en los niños después de un desastre suelen ser fobias, trastornos del sueño, pérdida de interés en la escuela y conducta difícil.

Algunas personas que tienen antecedentes de enfermedades mentales también pueden necesitar atención especial. El estrés que acompaña una situación de desastre puede causar, en esta población, recaídas debidas a la pérdida de los sistemas de apoyo o la incapacidad para obtener sus medicamentos diarios.

Por último, otro grupo en riesgo que debe tener en cuenta el trabajador es el de las personas que estaban pasando por alguna crisis en su vida en el momento del desastre. Este grupo involucra a las personas que en el pasado reciente se hayan divorciado o envidado y los que se hayan sometido a cirugía mayor. Estos damnificados pueden ser en particular vulnerables al estrés generado por un desastre natural.

En resumen, aunque hay grupos en determinado riesgo que merecen mucha atención del trabajador de socorro, hasta cierto punto todas las personas en una zona de desastre son damnificadas.

ORGANIZACIÓN DE LOS CAPÍTULOS DE LOS MÓDULOS DE CAPACITACIÓN

A continuación se describe la organización del contenido para el programa de capacitación que se presenta en este manual. Los temas se dividen en seis módulos, cada uno abarca:

- objetivos del aprendizaje;
- sugerencias sobre los métodos didácticos que se emplean en la presentación del módulo;
- resumen del contenido;
- recursos didácticos (transparencias o diapositivas y folletos);
- guías para el trabajo o los ejercicios en grupo, y
- una lista de lecturas recomendada.

La Guía está dividida en cinco módulos estructurales de capacitación que corresponden a cada capítulo. Cada módulo consta de un resumen de los conocimientos fundamentales que contiene el Manual, que aumentan gradualmente la capacidad de los consejeros de salud mental para participar en los programas de asistencia de socorro y urgencia, en unísono con los demás organismos

gubernamentales pertinentes. El instructor al usar la Guía puede elegir el número y la combinación de módulos para impartir la capacitación, según la tarea a la que se enfrentará, que a su vez dependerá del nivel de preparación de sus estudiantes. Esta posibilidad facilita la adaptación del contenido para que sea tan general o específico, y complejo o sencillo como lo dicten las circunstancias; o sea, al adaptar los módulos, esta guía puede crecer, reducirse o ampliarse sin abandonar sus metas.

Cada módulo comprende las partes que se mencionan a continuación.

1. **Objetivos del aprendizaje:** se describen los conocimientos, las habilidades y la actitud que adquirirá el estudiante.
2. **Contenido:** en el contenido de cada módulo se ha incorporado la síntesis de material, éste es mucho más amplio que el del Manual para el trabajador. La intención fue dar al instructor suficiente contenido para que seleccione tanto como necesite aprender por sí solo o adaptar a las características de los miembros del equipo.
3. **Recursos didácticos:** la capacitación ayuda a presentar el contenido. Cada módulo contiene páginas que se pueden volver transparencias o diapositivas. El instructor elegirá algunas páginas y hará las diapositivas o transparencias apropiadas para el nivel de conocimientos que ya tengan los estudiantes, por ejemplo, los paraprofesionales. Los recursos didácticos varían en complejidad, ofreciéndole al instructor varias opciones. Las cintas de vídeo de desastres ayudan a ilustrar el contenido o a usar los ejercicios de grupo.
4. **Trabajo/ejercicios de grupo:** se incluyen varios ejemplos que facilitan al instructor operar los principios que se presentan en el contenido. Antes de asignar deberes, los estudiantes y el instructor deben colaborar en la identificación de los objetivos del aprendizaje y escribirlos.
5. **Lista de lecturas:** los artículos que se han seleccionado aumentarán los conocimientos del trabajador, pero no representan la bibliografía completa sobre los temas tratados. Cualquier interés especial en un tema determinado se puede satisfacer mediante una búsqueda por computadora.

Manuales de capacitación y materiales

American Red Cross. *Disaster Mental Health Providers Course* (ARC 3076A). 1991.

Faberow NL y Frederick CJ. *Training Manual for Human Service Workers in Major Disasters*. National Institute of Mental Health. (ADM 86-538), Rockville, Maryland: DHHS, 1978.

Field Manual for Human Service Workers in Major Disasters. Rockville, Maryland: National Institute of Mental Health. DHHS, (ADM 87-537), 1978.

Hartsough DM y Myers DG *Disaster Work and Mental Health: Prevention and Control of Stress Among Workers*. Rockville, Maryland: National Institute of Mental Health. DHHS, (ADM 87-1422), 1985.

Myers D. *Disaster Response and Recovery: A Handbook for Mental Health Professionals*, U.S. Dept. of H.H.S., Centro de Servicios de Salud Mental. DHHS, (SMA 94-3010), 1994.

Videos

Beyond the Ashes. División de Salud Mental de la Ciudad de Berkeley, Departamento de Salud Mental de California, National Institute of Mental Health y Federal Emergency Management Agency. 1992.

Children and Trauma: the School s Response. Departamento de Salud Mental de California, National Institute of Mental Health y Federal Emergency Management Agency. 1991. (Solicítese a: Center for Mental Health Services, 5600 Fishers Lane, Room 16C-26, Rockville, MD 20857.)

Disaster Psychology: Victim Response. Catonsville, MD: Instructional Media Resources, Universidad de Maryland, Condado de Baltimore, 1985. (Cinta de vídeo de 30 minutos.)

Faces in the Fire: One Year Later. Departamento de Salud Mental del Condado de Santa Bárbara y Federal Emergency Management Agency. 1991. (Solicítese a: Center for Mental Health Services, 5600 Fishers Lane, Room 16C-26, Rockville, MD 20857.)

Human Response to Disaster: Training Emergency Service Workers. Rockville, Maryland: National Institute of Mental Health. 1984. (Seis cintas de vídeo de 20 minutos.)

Hurricane Blues. Departamento de Salud Mental de Carolina del Sur, National Institute of Mental Health y Federal Emergency Management Agency. 1990. (Solicítese a: Center for Mental Health Services, 5600 Fishers Lane, Room 16C-26, Rockville, MD 20857.)

CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE SALUD MENTAL EN LA ETAPA POSTERIOR AL DESASTRE*

1. Nadie que presencie un desastre permanece inalterado.
2. Hay dos tipos de trauma ocasionados por desastres.
3. Casi todas las personas se controlan y funcionan durante el desastre y en la etapa posterior, pero de manera menos eficaz.
4. Las reacciones de estrés y duelo a un desastre son respuestas normales a una situación anormal.
5. Muchas reacciones emocionales de los damnificados provienen de *problemas del vivir* que produjo el desastre.
6. Los procedimientos de socorro han sido denominados *el segundo desastre* .
7. Casi nadie considera que necesita servicios de salud mental después del desastre ni los solicita.
8. Los damnificados pueden rechazar todo tipo de socorro.
9. La asistencia de salud mental a los damnificados suele ser de carácter más práctico que psicológico .
10. Los servicios de salud mental para las víctimas se deben adaptar específicamente a las comunidades que se atienden.
11. El personal de salud mental tiene que apartarse de los métodos tradicionales, evitar el uso de etiquetas diagnósticas, además de buscar sistemática y activamente a las víctimas para que su intervención de socorro tenga éxito.
12. Los damnificados son sensibles a las manifestaciones de preocupación e interés activo.
13. Las intervenciones deben corresponder a la fase del desastre.
14. Los sistemas de apoyo son cruciales para la recuperación.

Capítulo 1. Reseña histórica. Función de la salud mental. Características socioculturales

MÓDULO DE CAPACITACIÓN

Módulo 1:

Introducción al contenido aplicado de participación en salud mental en los programas de socorro.

POR QUÉ INCLUIR ESTE MÓDULO

Para poner en perspectiva la función de la salud mental en un entorno multidisciplinario de socorro.

Para presentar guías socioculturales que orienten la comprensión de las reacciones en la etapa posterior al desastre en distintas poblaciones étnicas.

CONTENIDO

Resumen histórico.

El consejero de salud mental como participante en la asistencia de socorro.

Variables socioculturales fundamentales que afectan la conducta.

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

Después de participar en el Módulo 1, el estudiante:

habrá adquirido los conocimientos acerca de los acontecimientos históricos determinantes en materia de intervención en la etapa posterior al desastre;

conocerá la función, las aptitudes y actitudes del trabajador de socorro en un entorno multidisciplinario donde participan múltiples organismos;

sabrán cuáles son los factores socioculturales de la población de damnificados que influyen en las reacciones en la etapa posterior al desastre;

identificarán los problemas que surgen de la diversidad cultural durante la evaluación, la orientación en crisis y las intervenciones después del desastre, y

reconocerán las semejanzas importantes entre grupos culturales y las diferencias dentro de los grupos.

RESUMEN DEL CONTENIDO

RESEÑA HISTÓRICA

Los acontecimientos importantes en la elaboración de programas de salud mental para las víctimas de desastres en EUA se describen a guisa de ejemplo, de cómo un país ha atendido las necesidades de la población. Si se imparte la capacitación en otro país, el instructor deberá obtener información para describir cómo ha integrado dicho país sus recursos y sistemas de socorro.

FUNCIÓN DE SALUD MENTAL

La función del consejero en la etapa posterior al desastre está evolucionando, se está reestructurando los límites de dicha función a medida que más trabajadores del mundo entero tienen la oportunidad de adquirir e intercambiar experiencias acerca de la intervención. La mayoría de los trabajadores sin este tipo de experiencia tienen que adquirir los modelos y conocimientos teóricos o cambiar su habitual estilo de trabajo e interacción teórica a un sistema nuevo de contenido y guías. Al mismo tiempo, deben adquirir habilidades, competencia y la actitud para trabajar con personas que no están reaccionando de manera patológica, sino que presentan respuestas normales a una situación anormal. Más adelante se describen las aptitudes y la actitud apropiadas.

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES

En un desastre, ser consciente de las diferencias socioculturales en la población ayudar a los consejeros a asistir a los damnificados de diversos orígenes. Por consiguiente, en todo el proceso de capacitación hay que incorporar información basada en la experiencia y los conocimientos obtenidos con determinadas culturas de la región donde ocurrió el desastre.

En diferentes culturas, la conducta está determinada por la multiplicidad de roles que desempeñaba un damnificado antes del desastre. Dichos roles fueron moldeados por su estatus y su nivel socioeconómico; llevan implícitos símbolos de las perspectivas culturales, sus estilos de relacionarse y comportarse dentro de un sistema social particular. Un trabajador de otra cultura puede percibir de otro modo la variedad de las conductas relacionadas con esos roles, las diferencias en las costumbres y los idiomas, si se pasan por alto, conducen al fracaso y la frustración. Al prestar servicios a personas de diferentes grupos raciales, étnicos, lingüísticos y socioeconómicos, es esencial que las actividades de extensión se canalicen a través de los representantes o establecimientos que pertenezcan a la misma zona cultural.

Más adelante figura una lista de los métodos que tienen en cuenta el principio básico de ayudar a una población de una cultura distinta a la del trabajador.

Recursos didácticos

Sugerencias para usar los recursos didácticos de este módulo de capacitación:

- a.** Función del consejero de salud mental. Se incluye una lista de categorías que identifican al consejero y lo comparan con un clínico de salud mental. El grupo debe definir y analizar la lista como parte del examen del contenido.
- b.** Se tiene que hacer hincapié en el proceso de cambio, como un proceso difícil que exige una sensibilidad incesante.
- c.** Hay que hacer una lista de las variables fundamentales que describen la conducta de los grupos que integran la población afectada por el desastre.

Se deben identificar los problemas de comunicación bicultural para que los consejeros sean conscientes de sus valores, actitudes y conductas con respecto a los damnificados.

Nota al instructor: Las siguientes páginas se pueden usar como transparencias, diapositivas u hojas sueltas para entregar durante el curso.

FUNCIÓN DEL CONSEJERO DE SALUD MENTAL COMO UN PARTICIPANTE EN LA ETAPA POSTERIOR

AL DESASTRE

Definición de su rol
 Funciones
 Aptitudes
 Responsabilidad
 Guías teóricas y prácticas en apoyo a su trabajo con los damnificados
 Actitudes
 Toma de decisiones y poder
 Límites profesionales frente a límites amorfos
 Orden de priorización (prioridad) de necesidades y recursos
 Lidar por los damnificados

Cambios en las funciones y el papel de la profesión de salud mental

Conocimientos tradicionales característicos
 Variedad diferente y novedosa de funciones
 Nuevas actitudes coprofesionales
 Ritmo y elementos temporales: contingencias de las crisis
 Evolución en las perspectivas y actitudes en salud no mental
 Consultas basadas en la participación y la colaboración

EFECTO DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO DEL DAMNIFICADO EN LA APARICIÓN DE SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS DESPUÉS DEL DESASTRE

Muchos estudios con la población general han revelado que las personas con ingresos y niveles de escolaridad bajos se encuentran en mayor peligro de presentar graves problemas psicológicos que las personas de clases sociales más altas.

Las personas que pertenecen a estratos socioeconómicos bajos tienen más probabilidades de solicitar tratamiento médico que psicológico.

Puede ser necesario intensificar la búsqueda activa de víctimas para llegar a estos grupos en urgencias, si han de recibir la atención que ellas necesitan (NIMH 1983).

Es más probable que las personas de ingresos medios se den cuenta de sus problemas y se resistan menos a aceptar la ayuda que necesitan.

Las personas de ingresos más altos pueden estar menos dispuestas a recibir servicios extrainstitucionales o gratuitos que las de ingresos medianos y más bajos. (NIMH 1983.)

	DEFINICIÓN
Aculturación	Proceso complejo de adaptación del contenido cultural total: unidimensional y bidimensional.
La conducta es percibida como determinada por	función-sociocultural normas-socioculturales concepto de sí mismo -intrapsíquico convenios interpersonales -(relaciones de personas) características de los nexos y lealtades
+	

cognición social	intrapersonal -perspectivas culturales de los demás nexos emocionales -prioridades personales, el valor relacionado con la consecuencia percibida de la conducta
-------------------------	---

TEMAS CULTURALES

Los instructores tendrán que identificar los grupos culturales de los damnificados y adaptar su sistema, basándose en los conocimientos que tengan o necesiten adquirir para ayudar a las personas afectadas por el desastre. A partir de estos conocimientos, habrá que modificar sus aptitudes para intervenir y ayudar de manera eficaz en la asistencia en crisis; los instructores adaptarán los recursos, los ejercicios, los modelos de práctica y las actitudes a los factores culturales con el auxilio de profesores indígenas. En la capacitación hay que incorporar la supervisión y una atención permanente a las respuestas singulares de diferentes grupos culturales.

GUÍAS OPERATIVAS

Es preciso reconocer las diferencias culturales en la manera en que se manifiestan y conceptualizan las respuestas de crisis y usarlas para modificar los criterios de la intervención en crisis. A medida que se organizan los servicios, habría que ofrecer intervenciones plenamente accesibles y culturalmente apropiadas. La noción de relacionar, instruir y capacitar equipos multidisciplinarios pluriétnicos debe ser parte de los planes para una comunidad cuyos damnificados representen a poblaciones diversas.

Al enseñar a los miembros del equipo acerca de una cultura específica, el instructor debe hacer hincapié no sólo en las creencias y prácticas que pueden influir en la eficacia de la orientación, sino también en las estrategias adaptativas, las ventajas y los elementos de apoyo de la comunidad. Es necesario confeccionar técnicas de extensión comunitaria que se conviertan en parte integrante de la prestación de servicios culturalmente apropiados. En este modelo de extensión es necesario incorporar las características de la matriz social, los valores y la visión del mundo, la estructura familiar, la crianza de los niños y las relaciones determinadas por el género.

Integrar estos campos teóricos facilitar o mejorar el trabajo del consejero con los damnificados de culturas diferentes a la suya y dar al trabajador una perspectiva transcultural en la aplicación de la orientación en crisis. El instructor a su vez, mejorar las aptitudes de interpretación al proporcionar información que permitir al consejero comprender mejor el marco conceptual de los damnificados y perfeccionar sus aptitudes de interacción, para que la resistencia de origen cultural del damnificado, a aceptar la asistencia, disminuya.

El examen de los sistemas de creencias, los valores y las dimensiones culturales en un medio transcultural, facilitar la adquisición de una modalidad perceptual que podría poner en tela de juicio la universalidad de las respuestas expresivas al trauma y permitir al consejero buscar otra interpretación de la conducta.

Se integra al modelo de capacitación dirigido a la eficacia y la sensibilidad transculturales, el reconocimiento del papel imperioso y medular de las creencias religiosas y la afiliación a las iglesias como un servicio que fomenta la fortaleza y la resolución adaptativa de la crisis, precisamente en la comunidad azotada por el desastre. La importancia de la búsqueda activa de víctimas y los vínculos con las autoridades religiosas importantes estriba en los beneficios que reciben los damnificados con respecto a la remisión, el asesoramiento y apoyo.

El contenido del modelo de capacitación para prestar orientación eficaz y con sensibilidad transcultural en la etapa posterior al desastre, debe abarcar los

temas que se citan a continuación.

Reconocer la diferencia entre raza, cultura, grupo étnico y conceptos afines fundamentales que influyen en la reacción a las consecuencias del desastre.

Entender que ya que gran parte del aprendizaje cultural se da de manera inconsciente, creemos pensando que nuestros valores, creencias y conductas son correctos y naturales .

Entender que los consejeros deben ser conscientes de su propio aprendizaje cultural y del de los damnificados con los que trabajan.

Darse cuenta de que los grupos culturales aprenden diferentes estilos de pensar y percibir.

Darse cuenta de cómo el idioma influye en el pensamiento y la conducta.

Saber cómo ciertos valores en los consejeros de una cultura pueden interferir con el proceso de orientación cuando están trabajando con damnificados de otra cultura.

Tener una mejor comprensión cognoscitiva de la influencia de la cultura en las creencias, los valores y las conductas del damnificado.

Entender que no hay ninguna cultura que tenga acceso a la verdad universal; es preferible considerar que las creencias, las conductas y los valores son apropiados en el entorno social y físico en el cual evoluciona la cultura.

Este tipo de capacitación proporciona ciertos beneficios.

Conocimientos relacionados con el contenido:

1. Ampliación sustancial de los conocimientos culturales del consejero.
2. Reducción considerable de la distancia social y afectiva, así como de las diferencias de actitud del consejero frente a otras culturas.
3. Mucho mejor comprensión de los valores culturales.
4. Demostración por medio de la conducta de que la orientación a damnificados de culturas diversas es mucho más eficaz.
5. Adquisición de una perspectiva transcultural que facilita la generalización de las aptitudes de asistencia a una variedad de poblaciones destinatarias, dichas aptitudes se emplean de forma tal que al integrarse son congruentes con la asistencia que necesitan los damnificados.

Conocimientos relacionados con las aptitudes

A través del tiempo los consejeros de salud mental han utilizado modalidades de intervención además de servicios confeccionados y utilizados casi exclusivamente con valores y marcos de referencia de la mayoría poblacional. La práctica profesional ha puesto de manifiesto que muchas de estas modalidades no siempre se pueden aplicar en situaciones críticas, que no tienen éxito con los afroestadounidenses, los hispanos y otras poblaciones urbanas. Esta modificación de los métodos prácticos es un intento por cerrar las brechas conceptuales y empíricas que existen entre la intervención en crisis bésica y la que se practica con minorías, por ejemplo, los damnificados afroestadounidenses e hispanos en EUA. Con este fin, el manual se preparó con miras a proporcionar a los consejeros, la oportunidad de mejorar sus aptitudes prácticas, las cuales se

procura que sean simultáneamente eficaces y de apoyo.

Las guías que figuran a continuación ayudan al consejero a introducir las modificaciones que necesiten, para adaptar la asistencia básica a los damnificados de diversas culturas.

Ser consciente de las maneras en las cuales las diferencias multiculturales entre él o ella y el damnificado, influyen en el proceso de asistencia.

Agregar a su repertorio las aptitudes de asistencia más apropiadas a las experiencias de vida, por ejemplo, de las poblaciones afroestadounidense y de habla hispana en EUA.

Reconocer que todos los consejeros están condicionados culturalmente a tener ciertas reacciones durante el proceso de asistencia (p. ej., en función de la importancia del tiempo u orientación al éxito y en sus relaciones con los damnificados).

Adquirir aptitudes de asistencia y actitudes transculturales.

Empezar a hacer cambios de conducta en su estilo de asistencia con los damnificados multiculturales, de grupos étnicos diferentes al suyo propio.

Aumentar su capacidad para elegir las preguntas apropiadas que va a formular, interpretar de manera correcta las respuestas que obtenga y organizar el plan de tratamiento más idóneo.

Adquirir habilidades para manejar el comienzo y fin de las sesiones de intervención y las relaciones transculturales.

Adquirir habilidades para manejar las solicitudes directas de asesoramiento.

Adquirir habilidades para responder a las solicitudes de información personal privada.

Poder manejar las expresiones de desconfianza de un damnificado cuyo origen étnico sea distinto al suyo propio y diferenciarlas de la paranoia.

Adquirir habilidades para distinguir la resistencia producida por el temor a transgredir una norma cultural.

Adquirir habilidades para manejar solicitudes de envío y facilitar el proceso de remisión.

Darse cuenta de los problemas que pueden surgir al aplicar una técnica de asistencia elaborada para una cultura determinada, a un damnificado de una cultura diferente.

Guías para el trabajo

EJERCICIOS DE GRUPO

Ejercicio 1:

El instructor pide a los estudiantes que mencionen las diferencias entre un clínico de salud mental y un consejero de salud mental que trabaja con damnificados.

Ejercicio 2:

El instructor pide a los estudiantes que mencionen los problemas que prevean que tendrá un consejero de salud mental al entrar y continuar en la nueva función de trabajador de socorro en urgencias.

Ejercicio 3:

El instructor pide a los estudiantes que analicen la conciencia que tienen de cuán diferentes podrán ser las reacciones de distintas poblaciones a un desastre, incluidos los afroestadounidenses, hispano/latinos, asiáticos y caribeños.

CÓMO INFLUYEN DETERMINADOS GRUPOS CULTURALES Y RACIALES EN LAS DECISIONES SOBRE LA INTERVENCIÓN. Cada punto debe ser discutido por profesores y alumnos

a. En los últimos años, los trabajadores de socorro han recalcado la importancia de intervenciones social y culturalmente apropiadas. Las diferencias en las costumbres y el idioma, si se pasan por alto, conducen al fracaso y la frustración.

b. Al prestar servicios a personas de diferentes grupos raciales, étnicos, ling sticos y socioeconómicos, es esencial que las actividades se canalicen a trav s de los representantes o establecimientos que pertenezcan a la misma zona subcultural .

Los trabajadores migratorios presentan problemas especiales, sobre todo cuando un grupo grande llega a la zona devastada. Aunque una elevada proporción superar  los factores estresantes de las diferencias con su propia cultura, muchos necesitar n asistencia competente de los consejeros de salud mental.

Muchos miembros de grupos minoritarios no piden ayuda, en parte por las percepciones culturalmente tendenciosas con respecto a la asistencia y en parte porque los servicios son inadecuados y no tienen acceso a ellos. Por tanto, cuando en realidad buscan ayuda, es probable que sus problemas sean graves.

En los sitios donde se cuenta con servicios de salud mental culturalmente sensibles, los damnificados los utilizan. Los servicios que tienen éxito con estas poblaciones se caracterizan por contar con personal bilingüe; integrar estilos culturales a los modelos de asistencia; contar con la participación de la familia y la comunidad en el tratamiento; integrar a los damnificados en los sistemas familiares y comunitarios; promover la autosuficiencia del damnificado mediante los servicios y, proporcionar consejeros capacitados sensibles a la diversidad cultural.

EJERCICIO

La finalidad de este ejercicio es:

1. Empezar a poner en tela de juicio los procesos mediante los cuales uno infiere los correlativos y las razones de la conducta observable (es decir, lo que representa y significa la conducta).
2. Analizar ciertas conductas que representan normas culturales contra las cuales se mide, se comprende y se accede a la conducta individual.
3. Examinar y comprender la propia reacción a una experiencia corta en un entorno cultural diferente a aquel con el cual se identifica comúnmente uno mismo.

Elija un caso que destaque las diferencias culturales y asigne al consejero el rol o simulación poco familiar de ser un damnificado de otra cultura, a fin de que el consejero se d  cuenta de sus propios valores determinados por la cultura

al interpretar la conducta de otra persona.

EJERCICIO Y DISCUSIÓN			
Use esta lista para guiar la discusión con alumnos después de presentar una escena-guion			
Encierre en un círculo el número que usted piense que describe mejor la conducta del consejero.			
			Nivel de desempeño
			Alto - Bajo
			1 2 3
1.	Ayuda al damnificado a sentirse cómodo.	1	2 3
2.	Define el objetivo de la entrevista.	1	2 3
3.	Aclara su propia función como persona que ayuda.	1	2 3
4.	Logra relacionarse con los damnificados.	1	2 3
5.	Usa un vocabulario apropiado.	1	2 3
6.	Responde apropiadamente a las preguntas del damnificado.	1	2 3
7.	Hace preguntas que facilitan el proceso.	1	2 3
8.	Trata apropiadamente el problema motivo de la consulta.	1	2 3
9.	Facilita la elaboración de material importante.	1	2 3
10.	Permite a los damnificados expresarse con un mínimo de interrupciones inapropiadas.	1	2 3
11.	Muestra una manera respetuosa y atenta.	1	2 3
12.	Demuestra que sabe qué recursos existen para atender las quejas de los damnificados.	1	2 3
13.	Demuestra que comprende el contexto sociocultural de los damnificados al tratar con sus problemas.	1	2 3
14.	Comunica confianza o esperanza de que el problema se puede resolver.	1	2 3
15.	Educa al damnificado sobre cómo resolver problemas con la realidad.	1	2 3
Sírvese responder al siguiente cuestionario poniéndose en el lugar de un damnificado.			
16.	¿Cuánto bien trató este consejero la queja del damnificado?	1	2 3
17.	¿Cuánto bien comprendió este consejero el problema?	1	2 3
18.	¿Cuánto desearía el damnificado regresar con esta persona si necesitara otra clase de ayuda?	1	2 3
EJERCICIO SOBRE LA COMUNICACIÓN TRANSCULTURAL			
La comunicación deficiente suele ser resultado de muchos factores. Sin embargo, sírvase indicar a continuación los cinco elementos que usted cree son las barreras más grandes a la comunicación transcultural eficaz.			
1. El trabajador o consejero tiene conocimientos deficientes del tema o no está preparado adecuadamente.			
2. El damnificado tiene conocimientos deficientes del tema o no está preparado adecuadamente.			

3. El consejero y el damnificado tienen vocabularios, valores y una visión del mundo muy distintos.
4. Diferencias culturales entre las personas, que establecen una distancia social.
5. Diferencias socioeconómicas entre personas.
6. Las personas parten de distintas suposiciones.
7. Uno de los individuos tiene reacciones negativas u hostiles hacia el otro.
8. Interferencia o distracciones externas.
9. Presiones de tiempo.
10. Uso de palabras inadecuadas para expresar conceptos difíciles, relaciones o situaciones.
11. Las mismas palabras tienen diferentes significados.
12. Las diferencias de edad entre las personas.

Después de que usted seleccione cinco elementos entre un consejero y un damnificado de diferentes culturas, sugiera métodos para reducir al mínimo la situación.

LECTURAS RECOMENDADAS

Ahearn FL y Cohen RE (Eds), Disaster and Mental Health, An Annotated Bibliography. U.S. Government Printing Office, 1985.

Ahearn FL y Cohen RE (Eds.), Disaster and Mental Health, An Annotated Bibliography. U.S. Government Printing Office, 1985.

Austin L. In the wake of Hugo: the role of the psychiatrist. *Psychiatric Annals*, 1991;21 (9):502-527.

B. van der Kolk (Ed). *Psychological Trauma*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1987.

Baum A, Solomon SD y Ursano RJ. Emergency/disaster studies: Practical conceptual, and methodological issues. En: Wilson JP y Raphael B (Eds.) *The International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press Inc., 1992.

Figley CR (Ed) *Trauma and its wake*, Nueva York, Brunner/Mazel (1985).

Cohen RE. Training Mental Health Professionals to Work with Families in Diverse Cultural Contexts. *Responding to Disaster - A Guide for Mental Health Professionals* Ed. Dr. Linda Austin, APPI, Washington, D.C. 1992:69-80.

Cohen R. Principles of preventive mental health programs for ethnic minority populations. The acculturation of Puerto Ricans to the United States. *American Journal of Psychiatry*, 1972; 12:128.

Cohen RE. *Psiquiatría y Desastres*. Manual de Psiquiatría, Dr. Alberto Perales (Ed) 2a Edición Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Lima Perú, 1991.

Cohen RE. Stressors: Migration and Acculturation to American Society. En: Gaviria M, Aranam JD. (Eds) *Health and Behavior: Research Agenda for Hispanics*. Monografías de Investigación Simón Bolívar, Serie No. 1, 1987.

- Cole M y Bruner J. Cultural differences and inferences about psychological process. *American Psychologist*, 1971;26:867-876.
- Dana RH. *Multicultural assessment perspectives for professional psychology*. Boston: Allyn and Bacon, 1993.
- Davidson JRT y Foa EB. *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and beyond*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.
- Disaster Relief Act (93o. Congreso EUA) PL. 1974;93-288.
- Folkman S, Lazarus RS, Pimley S y Novack J. Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*. 1987; 2:171-184.
- Freedly, JR, Saladin ME, et al. Understanding acute psychological distress following natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*. 1994;7:(2),257-273.
- Gelford D. Ethnicity, aging and mental health. *International Journal of Aging and Human Development*. 1979-80;10 (31):289-298.
- Green BL. Traumatic stress and disaster: Mental health effects and factors influencing adaptation. *International Review of Psychiatry (Vol II)* Ed. Lie Mac E y Nadelson C. Editores de sección Davidson JRT y McFarlane A. Washington, D.C.: APA Press, Inc. y American Psychiatric Assoc., 1991.
- Green BL. Defining Trauma: Terminology and generic stressor dimensions. *Journal of Applied Social Psychology*. 1990;20:1632-1642.
- Henderson G. (Ed). *Understanding and Counseling Ethnic Minorities*. Illinois: Charles C. Thomas. 1980.
- Hodkinson PE y Stewart M. *Coping with Catastrophe: A handbook of disaster management*. New York: Routledge. 1991.
- Horowitz MJ. *Stress response syndrome (2nd ed.)* Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc. 1986.
- Human Problems in Major Disasters: A Training Curriculum for Emergency Medical Personnel*, DHHS Pub No. (ADM) 87-1505, National Institute of Mental Health, Rockville, Maryland, 1987.
- Jackson G. The emergence of a Black perspective in counseling. *The Journal of Negro Education*, 1977;46(3):230-253.
- Jones DJ. Secondary disaster victims: The emotional effects of recovery and identifying human remains. *American Journal of Psychiatry*. 1985;142(3):303-307.
- Kitano HHL, y Matsushima N. *Counseling Asian Americans*. En: Pedersen P, Draguns J, Lonner W y Trimble J (Eds.) *Counseling Across Cultures (Segunda Edición)*. Honolulu: The University Press of Hawai, 1981.
- Mitchell H. *Counseling Black students: A model in response to the need for relevant counselor training programs*. En: Atkinson DR, Morten G y Sue DW (Eds.), *Counseling American minorities*. Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown Company Publishers, 1979.
- Pedersen P. *Culturally inclusive and culturally exclusive models of counseling*. En: Pedersen P, Draguns J et. al. (Eds). *Counseling Across Cultures*. Honolulu: University Press, Hawai, 1981.
- Raphael B. *When Disaster Strikes: How individuals and communities cope with catastrophe*. Nueva York: Basic Books, 1986.

Ruiz RA y Padilla AM. Counseling Latinos. En: Atkinson DR, Morten G, Sue DW (Eds.), Counseling American Minorities. Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown Company Publishers, 1979.

Scott MJ. Counseling for trauma and posttraumatic stress disorder. En: Palmer S y McMahon G (Eds.), Handbook of Counseling. Londres: Routledge, 1997.

Scott MJ y Stradling SG. Counseling for post-traumatic stress disorder. Londres: Sage Publications, 1992.

Shalev AY, Bonne O y Eth S. Treatment of post-traumatic stress disorder: A review. Psychosomatic Medicine, 1996;58:165-182.

Sue DW y Sue S. Counseling Chinese-Americans. En: Atkinson DR, Morten G y Sue DW (Eds.), Counseling American Minorities. Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown Company Publishers, 1979.

Terr L. Childhood Traumas: An outline and overview. American Journal of Psychiatry, 1991;148:10-20.

Toupin, E. Counseling Asians: Psychotherapy in the context of racism and Asian American history. American Journal of Orthopsychiatry. 50(1):1980;76-80.

Trimble JE. Value differentials and their importance in counseling American Indians. En: Pedersen P, Draguns J, Lonner W y Trimble J. (Eds.). Counseling Across Cultures (Segunda Edición). Honolulu University Press of Hawaii, 1981.

Wilkinson CB. Aftermath of a Disaster: The collapse of the Hyatt Regency Hotel skywalks. American Journal of Psychiatry. 1983;140:1134-1139.

Wilson JP y Raphael B. (Eds.). International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press, 1993.

Wolf ME y Mosnaim AD. (Eds.). Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, phenomenology, and treatment. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990.

Capítulo 2. Repaso de los conocimientos básicos y aplicados para formular guías y procedimientos para la intervención después del desastre

MÓDULO DE CAPACITACIÓN

Módulo 2:

Introducción de los fundamentos que orientan la intervención después del desastre

POR QUÉ INCLUIR ESTE MÓDULO

Seleccionar el contenido básico para formular y comprender las reacciones de los damnificados después del desastre

CONTENIDO

El concepto básico de la salud mental:

- Reacciones a los factores estresantes y de estrés
- Reacción a la crisis
- Resolución de la crisis
- Pérdida y duelo

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

Al final de la presentación los estudiantes:

conocer En las teorías acerca de las reacciones a los factores estresantes (trauma) y de estrés, pérdida y duelo, sistemas de apoyo social y, reacciones a la crisis;

conocer En la teoría de la respuesta y la resolución de crisis;

saber En cuáles son los conocimientos fundamentales que guían la intervención en la etapa posterior al desastre, y

haber En adquirido conocimientos del contenido para formular y reconocer las reacciones de los damnificados en la etapa posterior al desastre.

RESUMEN DEL CONTENIDO

El contenido de este módulo presenta otros conocimientos básicos que facilitan la comprensión de la conducta de los damnificados después del desastre, como resultado de la reacción al trauma. El grupo de conocimientos teóricos seleccionados para mejorar la comprensión de la conducta de las víctimas, se ha observado en los damnificados de todo el mundo como una reacción universal. Los temas teóricos concretos ayudan al trabajador experimentado a recordar conocimientos adquiridos con anterioridad, pero que emplear de un modo distinto. En cambio, el trabajador sin experiencia adquiere estos conocimientos para cumplir la labor necesaria para ayudar a los damnificados. Todos los campos del conocimiento en cuestión se relacionan con las reacciones de los damnificados que se están adaptando a los cambios en su ambiente.

Las teorías que siguen se describen a título de repaso del contenido conocidos, pero con el objetivo de identificar, reconocer y comprender las respuestas humanas típicas de los damnificados:

reacciones a los factores estresantes y de estrés;
reacción a la crisis y resolución de la misma;
pérdida, duelo y pena,
adaptación y enfrentamiento.

Recursos didácticos

Sugerencias para usar los recursos didácticos del capítulo 2:

- a. Escala de evaluación del reajuste social. Este instrumento se puede utilizar para identificar a partir de una lista de eventos, que ocurren después de un desastre. Ilustrar el proceso doloroso que experimentan los damnificados.
- b. Varios textos definen con mayor detalle el enfoque conceptual de sistemas, a la luz del cual se comprenden los mecanismos de adaptación del ser humano.
- c. El modelo de estrés elaborado por el *Institute of Medicine*, ilustra la interacción de las variables que entran en juego después de un desastre. La principal contribución es el énfasis en determinar las reacciones en comparación con las consecuencias (persistentes, que pueden producir trastornos mentales).

Nota al instructor: Las siguientes páginas se pueden usar como transparencias, diapositivas u hojas sueltas para entregar durante el curso.

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL REAJUSTE SOCIAL		
Rango	Eventos vitales	Valor Medio
1.	Muerte del cónyuge	100
2.	Divorcio	73
3.	Separación matrimonial	65
4.	Condena en la cárcel	63
5.	Muerte de un familiar cercano	63
6.	Lesión o enfermedad personal	53
7.	Matrimonio	50
8.	Despido del trabajo	47
9.	Reconciliación matrimonial	45
10.	Jubilación	45
11.	Cambios en la salud de un miembro de la familia	44
12.	Embarazo	40
13.	Problemas sexuales	39
14.	Nuevo miembro en la familia	49
15.	Reajuste empresarial	39
16.	Cambio en la situación financiera	38
17.	Muerte del amigo cercano	37
18.	Cambio de campo de trabajo	36
19.	Cambio en el número de discusiones con el cónyuge	35
20.	Hipoteca de más de \$10.000 USD	31
21.	Cancelación de hipoteca	30
22.	Cambio en las responsabilidades en el trabajo	29
23.	Hijo o hija abandona el hogar	29
24.	Problemas con la familia política	29
25.	Logro personal sobresaliente	28
26.	Esposa empieza o deja el trabajo	26
27.	Empezar o terminar la escuela	26
28.	Cambio en las condiciones de vida	25
29.	Ajuste de los hábitos personales	24
30.	Dificultades con el jefe	23
31.	Cambio de lugar o condiciones de trabajo	20
32.	Cambio de residencia	20
33.	Cambio de escuela	20
34.	Cambios en la recreación	19
35.	Cambio en las actividades de la iglesia	18
36.	Cambio en las actividades sociales	18
37.	Hipoteca o préstamo de menos de \$10,000 USD	17
38.	Cambios en los hábitos de sueño	16
39.	Cambio en el número de reuniones familiares	15
40.	Cambio en los hábitos alimentarios	15
41.	Vacaciones	13
42.	Navidad	12
43.	Infracciones menores de las leyes	11

Publicado por Holmes y Rahe, 1967, cuadro 3, p. 216 en *Stressful Life Events Their Nature and Effects*, editado por Barbara Sneil Dohrenwend Bruce P. Dohrenwend, publicado por Wiley Interscience.

REACCIONES A UN AMBIENTE IMPREDECIBLE

Una persona que se encuentre en un ambiente donde su conducta usual ya no conduce a un resultado que solía ser predecible ni tiene un efecto (control) en ese ambiente eleva el nivel de ansiedad: agudo, constante o crónico. Esta reacción humana afecta las funciones internas que controlan la conducta (fisiológica y psicológica), lo cual a su vez aumenta la tendencia a:

EXTERIORIZAR EMOCIONES A TRAVÉS DE LA ACCIÓN

DISTORSIONAR LA CONDUCTA

ENFERMARSE

SUFRIR UNA DESORGANIZACIÓN PSÍQUICA

MODELO BIOPSIKO-SOCIOCULTURAL

OFRECE UNA BASE CONCEPTUAL PARA COMPRENDER LAS REACCIONES E INTERVENCIONES EN CRISIS EN LA ETAPA POSTERIOR AL DESASTRE

El modelo biopsico-sociocultural es un modelo científico confeccionado a fin de tener en cuenta todas las dimensiones de un organismo (más sus funciones) en un ambiente dado. Se basa en el enfoque de sistemas, que incorpora las relaciones humanas expresadas en términos psicológicos y conductuales.

MARCO CONCEPTUAL PARA LA RESPUESTA DE ESTRÉS

Interacción entre:

Factor estresante (X) = reacciones (Y) + consecuencias (Z)

Las secuelas de las reacciones dependen de la característica del factor estresante, los recursos de personas y la tarea que se requiere.

Carácter del ambiente social
(desastre)

?

(Resultado)

(Crecimiento, dificultad temporal, trauma)

en función de

?

1. Penetración/persistencia del factor estresante;
2. Periodo en la vida;
3. Recursos reactivos;
4. Oportunidad/capacidad de actuar en el ambiente, y
5. Significado que se le da a la experiencia.

Instituto de Medicina, Report of a Research Study on Stress & Human Health. Washington, D.C.: National Academy Press, 1981. Publicación 10M-8105.

DEFINICIONES:

Factores estresantes (activadores). Sucesos o condiciones que producen las reacciones físicas o psicosociales (determinada persona en condiciones específicas): intensidad, cantidad, relaciones del patrón temporal.

Reacciones. Respuestas biológicas o psicosociales de un individuo a un factor estresante: varían en intensidad, eficacia o idoneidad de la respuesta según patrones temporales. Dificultades temporales y transitorias.

Consecuencias. Resultados físicos o psicosociales del efecto prolongado/acumulativo de la reacción (algunas son positivas/favorables).

Mediadores. Filtros y modificadores que definen el contexto en el cual ocurre la secuencia factor estresante - reacción - consecuencia (X-Y-Z). Producen variaciones individuales en la secuencia X-Y-Z; pueden ser biológicos, psicológicos, sociales. Los sistemas de apoyo social facilitan el desarrollo de estrategias de resolución de crisis que ayudan a las personas a contener las dificultades dentro de límites tolerables, mantienen la autoestima, conservan las relaciones interpersonales, se convierten en situaciones nuevas cada vez que son escuchadas de nuevo.

TRAUMA PSÍQUICO PRODUCIDO POR UN EVENTO CATASTRÓFICO

El impacto del evento (episodio traumático) desencadena diferentes niveles de reacciones de estrés-mínimo-mediano-severo

Las reacciones cambian de acuerdo a la fase de desarrollo de los sistemas cognitivos, afectivos y socio-culturales

El fenómeno reactivo observado después del evento catastrófico (Trauma) representa síntomas de acuerdo a la intensidad del efecto estresante sobre el individuo:

1) Reacciones del sistema bio-psíquico-social

y

2) Esfuerzos para enfrentar la desorganización de estos sistemas

A) Necesidad de establecer la capacidad para regular intensas emociones

B) Necesidad de formar evaluación cognoscitiva del evento inicial y experiencias subsiguientes

C) Necesidad de reconstituir la integridad entre el mundo familiar y el nuevo entorno

SISTEMA BIOPSIICOSOCIOCULTURAL *

* Conceptos fundamentales que apoyan la comprensión de los damnificados, adaptado de Weiner H, Perturbing the Organism. The Biology of Stress Experience. III y Londres, University of Chicago Press, 1992.

1. El organismo es un sistema dinámico en evolución que intercambia y procesa información.

2. Existe en un ambiente cambiante, en el cual la información se transfiere dentro del cerebro, dentro del ambiente y entre ambos.

3. La interrelación de los subsistemas consta de una amplia gama de señales de comunicación transmitidas de una manera rítmica regular o irregular.

4. El organismo es un sistema de comunicación complejo de intercambio de información mediante señales, que provienen de fuentes externas e internas e influyen en el ritmo de dichas señales de comunicación (neurológicas, hormonales, endocrinas).
5. Las experiencias estresantes perturban estos ritmos y actúan en la función, a veces, desorganizándolos.
6. La función es un concepto dinámico que unifica y se centra en un enfoque integrado del organismo en su mundo. Las características de la fisiología y las pautas de conducta son inextricables.
7. Cualquier perturbación de un componente del organismo conduce a un cambio en la función; esto constituye la base de la teoría de respuesta de estrés. La mayoría de las funciones vitales son rítmicas, cada una con su sincronización particular. Estos ritmos experimentan perturbaciones cuando su modalidad operativa usual se modifica como consecuencia de experiencias estresantes, las cuales se manifiestan como cambios en los sentimientos y la conducta. Esta conducta se puede interpretar como indicio de que las funciones biológicas están perturbadas.
8. Cada experiencia estresante produce determinadas respuestas apropiadas integradas y coordinadas. A veces (según las características individuales) pueden ser inapropiadas, excesivas o inadecuadas, en cuyo caso aparecen los síntomas.

RESPUESTA A LOS FACTORES ESTRESANTES Y DE ESTRÉS

Los factores estresantes son estímulos intensos que imparten energía y excitan al sistema nervioso central, para que se desate una reacción psicofisiológica particular del organismo programado para sobrevivir.

La respuesta inicial de los sistemas de conservación de lucha o huida repercute en otros sistemas biológicos del organismo.

A su vez, estos procesos activan la conducta individual singularmente característica de: 1) la personalidad; 2) la competencia del yo; 3) las experiencias anteriores (antecedentes); y 4) la interpretación cognoscitiva del evento.

La duración e intensidad del efecto influyen en las reacciones psicofisiológicas expresadas como conducta, afecto, ideas y signos somáticos.

CONCEPTO DEL FACTOR ESTRESANTE PSICOSOCIAL

Relaciones interpersonales que influyen en los estados intrapsíquicos y biológicos mediante un proceso psicosocial

El factor estresante activa la excitación emocional que acompaña a la reacción biológica del estrés, incitando las reacciones de solución de las crisis adaptativas que conducen a un manejo eficaz del ambiente, también de las relaciones humanas y nos ayudan a satisfacer nuestras expectativas

MARCO CONCEPTUAL BÁSICO DEL ORGANISMO BIOPSIOSOCIAL

Sistemas de apoyo (mediadores-reguladores)

Asistencia (en cada nivel) al individuo después del desastre, en el intercambio de persona a persona:

apoyo proporcionado a efecto de la identificación;

intercambio de información verbal;

oportunidad de compartir técnicas de resolución de crisis;

aumento de la sensación de valor, gracias al apoyo;

refuerzo para el cambio y persistencia del esfuerzo (reinformación sobre el desempeño);

ayuda concreta y actuación como partidarios;

opciones de solución de problemas y orden de priorización de las soluciones;

actividad y potenciación de las habilidades, mediante el apoyo ante las condiciones adversas.

RESOLUCIÓN DE CRISIS (CONFRONTACIÓN)

La confrontación es la conducta que nos protege de volvernos psicológica y fisiológicamente desorganizados.

El proceso de confrontación suele comprender las respuestas conductuales tendientes a la acción. También utiliza procesos de evaluación cognoscitivos, emocionales y perceptuales.

1. Puede haber un intento por cambiar la fuente del estró.
2. Puede haber un intento por redefinir la situación de amenaza (significado, gravedad).
3. Intentos de encontrar ajuste y conciliación (aceptación pasiva, resignación, creencias religiosas, destino).

REPERTORIO DE RESOLUCIÓN DE CRISIS

1. Capacidad de orientarse de manera rápida
2. Planificación de acción decisiva en respuesta al cambio
3. Movilización de los mecanismos de solución de problemas en urgencias
4. Uso apropiado de los recursos externos para la asistencia (sistemas de apoyo)
5. Capacidad de tratar en forma simultánea las dimensiones afectivas de su experiencia y la tarea
6. Afloramiento a la conciencia de las emociones dolorosas y expresión apropiada de las mismas
7. No hay una obsesión con los sentimientos perturbados, sino un reconocimiento del dolor
8. Formulación de estrategias (contingencias) para convertir la incertidumbre en riesgo manejable: Proceso de dominio coyuntural (trabajo por preocupación-ensayo del estró de los cambios en la vida)
9. Capacidad para reconocer la necesidad de depender más, de pedir, recibir y aprovechar la ayuda
10. Capacidad para tolerar la incertidumbre, sin recurrir a la acción impulsiva
11. Repertorio de aptitudes de dominio activo para reaccionar a los desafíos ambientales y reconocer su valor positivo para el crecimiento

12. Capacidad de usar defensas y modalidades de alivio de la tensión, al adaptarse a la ansiedad sin consecuencias destructoras

HABILIDADES NEGATIVAS DE RESOLUCIÓN DE CRISIS

1. Uso excesivo de la negación, retraimiento, reclusión, evitación, uso frecuente de la fantasía, deficiente prueba de la realidad
2. La conducta es impulsiva, ventila su furia contra individuos más débiles, los victimiza
3. Dependiente en exceso, evita la separación; contra-dependiente, la persona es incapaz de evocar en los demás el deseo de cuidarla
4. Supresión de emociones, lo cual produce el síndrome de desaliento-desamparo-renuncia
5. Uso de conductas hiperritualistas, sin propósito
6. Regulación deficiente del ciclo descanso-trabajo: Fatiga
7. Adicciones
8. No sabe cómo usar los sistemas de apoyo

TEORÍA DE CRISIS-DEFINICIÓN

Estado de crisis : el organismo está en un estado temporal de desequilibrio que precipita un factor estresante, el cual se caracteriza como una situación intensa inevitable que abruma nuestros mecanismos habituales de resolución de crisis.

Hay una perturbación del estado de estabilidad normal: biológico, psicológico, cognoscitivo, conductual, interpersonal, social (emociones fluctuantes).

La situación puede ser un desastre abrumador concreto, un sutil evento simbólico vinculado a un significado emocionalmente cargado, que amplifica y distorsiona las respuestas a eventos de la realidad; también podemos entrar en crisis por un evento previsto.

El pasado, el presente y el futuro se pueden confundir al predisponer, precipitar y perpetuar una crisis.

TEORÍA DE CRISIS-DEFINICIÓN

Estado de crisis . El organismo está en un estado temporal de desequilibrio precipitado por un factor estresante que se caracteriza como inevitable.

El factor estresante precipita una situación intensa que abruma los mecanismos usuales de resolución de crisis de la persona.

Una perturbación de los estados de estabilización normales: los elementos biológico, psicológico, cognoscitivo, conductual, interpersonal y social, fluctúan de manera constante con el tiempo hacia un equilibrio definitivo (variaciones individuales).

Guías para el trabajo

TRABAJO/EJERCICIOS DE GRUPO

Capítulo 2

Actividad de grupo - Adquiera película apropiada (cultural)

Módulo 2.1 Muestre la película en la que se ven consejeros en acción.

Esta película muestra las escenas reales de diversos desastres, incluidos inundaciones, tomados y huracanes, con consejeros trabajando en diversos entornos. Antes de mostrarlo, sugiera lo siguiente:

Asigne unos alumnos a identificarse con la vivencia de las personas de la película. Ver ¿Con quiØn se identifica usted y quØ siente? .

Preste atención especial a los consejeros de salud mental en la película. ¿QuØ cree usted que sentiría al desempeñar las funciones de las personas que aparecen en la película?

DespuØs de la película, se podría usar estas preguntas para la discusión:

¿QuØ escenas de la película le afectaron mÆs a usted? ¿CÓmo se sintió al mirar esas escenas?

¿Con quiØn se identificó usted en la película? ¿CÓmo cree que le habría ido a usted en el lugar de los personajes?

¿Con quØ consejeros se identificó en la película? ¿CuÆl cree usted que habría sido su experiencia, si hubiera estado en el lugar de los consejeros?

Módulo 2.2 Material necesario: papel periódico y marcadores o pizarra y tiza. Pida a los estudiantes que mencionen las reacciones típicas y cómo identificarlas:

- a) Respuesta de estrØs
- b) Reacciones a la crisis
- c) Luto-fase inicial-œltima fase
- d) Resolución de crisis-sana y malsana

Módulo 2.3 Pida a sus consejeros que cuenten sus propias experiencias sobre cómo les han ayudado los sistemas de apoyo a resolver crisis.

EJERCICIO SOBRE LAS REACCIONES A LAS RESPUESTAS DE ESTRÉS

Presente la siguiente viæeta a los estudiantes.

La situación del seæor M., un vendedor con 38 aæos de edad, quien sufrió lesiones graves y perdió a su esposa e hijo œnico en una inundación de muchas consecuencias en el oeste medio de EUA, ejemplifica una reacción de estrØs a la pØrdua de seres queridos, el hogar y el trabajo. Se entrevistó al seæor M. dos días despuØs del desastre. Había objetado ciertas preguntas corrientes sobre lo que había perdido, con la intención de acabar de documentar sus pØrdidas; cuando tuvo que concentrarse precisamente en la tarea de describir los acontecimientos, se echó a llorar, deshecho. Recuperó la compostura en unos pocos minutos, pidió excusas y trató de explicar cuÆn extraæo le resultaba sentirse tenso y asustado todo el tiempo; relacionó este estado directamente con el momento en que se dio cuenta de la inundación y las consecuencias. Describió sus dificultades para respirar y sentimientos de terror cuando alguien se le acercaba. No se podía concentrar lo suficiente para entender lo que le preguntaban, sino que sentía que el latido de su corazón estaba acelerado, que se le contraía el estómago y aumentaba su irritabilidad. Sentía que no podía soportar otra exigencia o intrusión en su vida y deseaba que lo dejaran en paz. Tenía que hacer grandes esfuerzos para todo, creía que los doctores eran eficientes, pero fríos e insensibles y que aumentaban su estrØs.

Preguntas:

- 1) Identifique las reacciones fisiológicas y psicológicas.
- 2) ¿Con qué etapa de la respuesta se pueden identificar estos signos?

EVENTOS VITALES

Ejemplo de un cambio brusco en la vida es el caso siguiente, que narra una mujer en la etapa de recuperación después de un huracán. Tenía 48 años de edad, era madre de dos adolescentes, divorciada recientemente; en su automóvil, había quedado atrapada por cables eléctricos que cayeron; padeció quemaduras graves. Permaneció en esa situación de peligro durante más de siete horas, hasta que el equipo de rescate la liberó. La llevaron al hospital, donde se enteró que su vecindario tenía daños graves. Sin embargo, nadie podía informarle si sus dos hijos estaban a salvo, ni a qué refugio los habían llevado. Durante varias horas trató de averiguar, pero debido a las condiciones del camino, la interrupción de las líneas telefónicas y las demás prioridades de los pocos trabajadores de socorro, no pudo conseguir la información. Cuando se le hizo la entrevista, expresó ansiedad y turbación de verse acosada, balbuceaba y repetía sin cesar que nunca debió haber dejado solos a sus hijos. Creía que el divorcio había sido lo bastante traumático para ellos, como para que tuvieran que pasar de nuevo por otro trauma y que era una mala madre. Su sensación de impotencia, angustia, desorientación, las autoacusaciones, sus intentos constantes y frenéticos para determinar dónde estaban sus hijos, junto a su renuencia para escuchar o aceptar cualquier explicación, ilustran el primer ciclo de la conducta de crisis.

Preguntas:

- 1) Identifique las reacciones fisiológicas y psicológicas.
- 2) ¿Con qué etapa de la respuesta se pueden identificar estos signos?

LECTURAS RECOMENDADAS

Cohen, S y McKay G. Social Support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. *Handbook of Psychology and Health* (Ed) Baum A, Singer JE, Taylor SE, Hillsdale NJ, Lawrence Erlbaum, 1984;4:253-267.

Cook, JD y Bickman L. Social Support and psychological symptomatology following natural disaster. *Journal of Traumatic Stress* 1990;3:(4),541-556.

Warheit GJ. A propositional paradigm for estimating the impact of disaster in mental health. *Disasters and Mental Health: Selected Contemporary Perspectives* (Ed) B. Saunder, NIMH/DHHS, Washington, D.C., Govt. Printing Office, 1985:196-214.

Hobfoll SE y Freedy JR. The availability and effective use of social support. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 1990;9:(1),91-103.

Horowitz MJ. *Stress response syndromes*. 2a edición, Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986.

Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. Nueva York: Springer, 1984.

Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 1944;101:(7),141-148.

Solomon SE, Enhancing social support for disaster victims, in *Disasters and Mental Health: Selected Contemporary Perspectives* (DHHS Publ. No. ADM 85-1421). Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, 1985, pp 107-121.

Weiner, H. *Perturbing the Organism-The Biology of Stress Experience*, The University of Chicago Press, Chicago, Ill & Londres, 1992.

Capítulo 3. Etapas de desarrollo de la conducta de los damnificados

MÓDULO DE CAPACITACIÓN

Módulo 3: Sentar las bases para reconocer la respuesta de crisis y la conducta adaptativa de los damnificados en cada etapa temporal después del desastre.

POR QUÉ INCLUIR ESTE MÓDULO

Para clasificar sistemáticamente los procesos conductuales en cada etapa temporal.

CONTENIDO

Presentar una matriz que muestre las etapas de desarrollo de la conducta de los damnificados.

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

Después de participar en el Módulo 3, los estudiantes:

Con el transcurso del tiempo, se darán cuenta de la evolución del pensamiento, la conducta y los sentimientos de los damnificados después del desastre.

Conceptualizar en las secuencias de los cambios, a medida que el damnificado se adapte a las distintas etapas del desastre.

RESUMEN DEL CONTENIDO

En este módulo se presenta una descripción de la evolución de las reacciones de los damnificados, a medida que procesan sus emociones en las distintas fases temporales, después del desastre. La secuencia del desarrollo tiene manifestaciones similares a la resolución clínica de la crisis, el trauma y el duelo. Aunque la secuencia de las reacciones no se componga de puntos de duración fija y se necesiten métodos flexibles, se ha observado y documentado que hay una secuencia que guía el desarrollo de la resolución de la crisis. Las influencias que confunden y alteran la secuencia de las respuestas se denominan desastre secundario; consta de acontecimientos burocráticos de reconstrucción que afligen a los damnificados después del desastre, más los destinos personales de los individuos: pérdida del empleo, problemas matrimoniales, enfermedades físicas, etc.

Habrán que enseñar cada fase del proceso de una manera distinta, a fin de que el consejero ayude al damnificado según la etapa de la respuesta emocional en la cual se encuentre el damnificado. O sea, el consejero tendrá que emplear distintos modelos para cada fase de la etapa posterior al desastre - importante concepto de capacitación.

La descripción de cada fase se presenta conforme a cuatro dimensiones: biológica, psicológica, interpersonal y sociocultural a través de las fases de amenaza, impacto, primeras y últimas consecuencias. También se incluye una lista de las defensas conductuales.

Recursos didácticos

Sugerencias para usar los recursos didácticos de este módulo:

a) Dimensión temporal del desastre. En este campo, se ha vuelto práctica como dividir y nombrar las fases temporales de la secuencia

de un desastre; cada fase tiene características particulares que ayudan a definir las respuestas y a planificar las técnicas y asistencias. Estas fases temporales cambian de nombre según el autor de que se trate.

b) Las secuencias de las reacciones observadas y documentadas, así como los mecanismos de defensa se presentan en tres páginas para ofrecer al estudiante un medio para identificar con rapidez los procesos por los que pasan los damnificados a medida que se adaptan a su nuevo ambiente.

Nota al instructor: Las siguientes páginas se pueden usar como transparencias, diapositivas u hojas sueltas para entregar durante el curso.

LA DIMENSIÓN TEMPORAL DEL DESASTRE

Condiciones previas al desastre	Etapas del desastre						
	1	2	3	4	5	6	7
	Advertencia	Amenaza	Impacto	Inventario	Rescate	Recuperación Corte Plazo	Recuperación Largo Plazo

FUENTE: Tomado de Powell JW. An Introduction to the Natural History of Disaster. Wettenhall, RL, Bushfire Disaster: An Australian Community in Crisis (Sydney: Angus and Robertson, 1975).

ETAPA ANTERIOR AL DESASTRE: ADVERTENCIAS Y RESPUESTA (DIFERENTES REACCIONES DE LA POBLACIÓN AMENAZADA)				
1. Apremio, vigilancia y preparación decrecientes, pero creencia perseverante en la realidad del impacto del desastre.				
2. Apremio y vigilancia decrecientes, pero creencia de que la predicción probablemente sea una falsa alarma.				
3. Acumulación de la ansiedad y el temor, con negación defensiva del peligro.				
4. Acumulación de la tensión personal traducida en ira y resentimiento, especialmente hacia las autoridades.				
5. Habitación y sensibilización a los signos del riesgo del desastre y evaluación de sus consecuencias.				
6. Incremento de preparación para la urgencia final, como resultado de los ensayos y simulacros en respuesta a las primeras advertencias repetidas.				
FASES DE DESARROLLO DE LA CONDUCTA EN DESASTRES NATURALES				
AMENAZA			IMPACTO	
	Conducta	Mecanismo de defensa	Conducta	Mecanismo de defensa
Biológica			Cambios en los niveles neuroquímicos del organismo Fatiga Agotamiento Actividad excesiva	Salud Nutrición Efecto en la respuesta inmunitaria
Psicológica	Superstición	Negación	Carácter central	Negación

	Rumores Confusión Pasiva-negativa Gran sensación de invulnerabilidad Humor	Desplazamiento Formación reactiva	Conducta contraria a la usual Temor Ansiedad Ofuscación cognoscitiva	Preferencia por la acción Pasividad Docilidad
Impersonal	Ayudar Planificar Comprar Actividades en la comunidad Preocupación activa y apropiada		Impotencia Aislamiento Docilidad Dependencia Indecisión Victimización Culpa	Brindar apoyo Agrupamiento Posición independiente Conducta rígida
Sociocultural	Fatalismo Actividades religiosas Preparación de la comunidad	Sistemas humanos 1. eficaces 2. ineficaces Fragmentación	Vínculos familiares Fortalecimiento de los sentimientos religiosos Influencia de los mitos	Posición social Fortaleza de roles Apoyo social Relaciones primarias
Biológica	Insomnio Problemas psicosomáticos Irritabilidad		Consecuencias en la salud, enfermedades, lesiones	
Psicológica	Hiperactividad Hipoactividad Aflicción-llanto Depresión Sensibilidad narcisista Ansiedad	Solución de problemas Capacidad de adaptación Negación Fantasía Represión Orientado a la acción	Retorno a la función normal Función subnormal Resignación (Resolución patológica) (Fijación en las emociones ambivalentes)	
Impersonal	Fácil de lastimar Dificultad para compartir Competencia	Brindar apoyo a los demás Altruismo Acaparamiento	Relaciones con el trabajo/la familia Niveles diferentes de acomodación	Empleo de las defensas habituales

	Frustración con la burocracia	Racionalización Formación reactiva	
Sociocultural	Tradicional - mÆs fuerte - mÆs dØbil Actividades religiosas		Mayor o menor uso de los sistemas legales y religiosos Mayor uso de los sistemas mØdicos

ÚLTIMAS CONSECUENCIAS

Un porcentaje de la población seguirÆ manifestando distintas clases de reacción.

FISIOLÓGICAS

Recuerdo recurrente de los eventos, hipersensibilidad a los sonidos
Retorno a los momentos traumÆticos
Trastornos del sueæo, pesadillas
Cansancio, apatía, falta de motivación
Ira, frustración, irritabilidad
Aumento de problemas psicosomÆticos
Aumento en el uso de medicamentos o alcohol

PSICOLÓGICAS

Ideas suicidas
Sentido de impotencia y falta de control
Desconfianza en las soluciones futuras
Ataques de llanto
Depresión
Falta de tolerancia, resentimiento
Temor por la anticipación de un nuevo desastre durante eventos recordatorios (lluvia)

SOCIAL

Problemas persistentes con personas del sector privado/gubernamental/de la reconstrucción
Problemas con arrendadores
Ocupación de casas hacinadas, remolques
Aumento de la violencia en el hogar y de las pandillas
Problemas de trÆnsito
Falta de programas para los niæos
Elevación de la tensión familiar

Guías para el trabajo

EJERCICIOS DE TRABAJO EN GRUPO

Proyecte una película o vídeo a los estudiantes y pida que identifiquen las reacciones emocionales de los damnificados durante las fases de amenaza e impacto. A cada individuo se le asignarÆ un rol para observar (damnificado, trabajador). Pídales que compartan sus observaciones con el grupo.

AdemÆs, los videos que figuran mÆs abajo se pueden usar para los módulos siguientes. Se pueden solicitar a: Center for Mental Health Services, U.S. Department of Health and Human Services [Centro de Servicios de Salud Mental,

Human Response to Disaster: Training Emergency Service Workers [Respuesta humana al desastre: Capacitación de trabajadores para prestar servicios de urgencia]

Diane Garaventa Myers, William T. O Callahan y Jack Peuler. Producido por el National Institute of Mental Health Department of Mental Health del Estado de California, en cooperación con el Federal Emergency Management Agency. Seis videocintas de 20 minutos, 1/3.

1. Understanding Disaster and Disaster-Related Behavior [Para comprender los desastres y la conducta relacionada con los desastres]
2. Impact and Rescue Phases: Issues and Interventions [Fases de impacto y rescate: problemas e intervenciones]
3. Early Recovery Phases: Issues and Interventions [Primeras fases de la recuperación: problemas e intervenciones]
4. Late-Phase Recovery (2 months to 1 year): Issues and Interventions [Recuperación en la última fase (de 2 meses a 1 año): problemas e intervenciones]
5. Children and Disaster [Los niños y los desastres]
6. Disaster Response Personnel: Stress and Coping Techniques [Personal de socorro en casos de desastre: técnicas para manejar el estrés y de resolución de crisis]. Este vídeo proporcionará a los instructores un resumen sobre el estrés y las técnicas de resolución de crisis para consejeros de salud mental. Se trata de los factores estresantes que afectan a los consejeros de salud mental, los tipos de accidentes especialmente críticos o traumáticos, las fases de las reacciones de los trabajadores a las urgencias, los síntomas de estrés en los trabajadores durante y después del impacto y las intervenciones de salud mental útiles. Recalca y detalla la técnica del informe verbal.

Sugerencias para el uso de los vídeos

Este vídeo puede usarse en su totalidad o en partes para proporcionar material en la conferencia de introducción a los consejeros de salud mental y trabajadores de socorro en urgencias.

Planificación de las actividades de intervención antes de un desastre

Asigne a los estudiantes la tarea siguiente.

A usted le avisan con un mes de antelación que va a ocurrir un desastre. Tiene que hacer planes por anticipado, para atender las necesidades de salud mental de la población destinataria de damnificados (elija el desastre y la población).

Grupo 1: ¿Qué planes haría para los primeros días después del desastre?

1. Determine cuáles serán las necesidades de salud mental de la población. Las necesidades básicas serán de supervivencia. Las personas tratarán de satisfacer sus necesidades básicas e intentarán comunicarse con sus seres queridos.
2. Prepare una lista de los consejeros de salud mental que se asignarán y capacitarán en materia de intervención en crisis.
3. Planee la coordinación del trabajo de salud mental con otros organismos especializados en casos de desastre.

Grupo 2: ¿Qué planes haría para el primer mes después del desastre?

1. Aclare cuáles son las necesidades básicas en esa etapa (apenas está empezando el trabajo de búsqueda activa de víctimas. Los damnificados todavía están bajo los efectos del impacto, la orientación debe ser breve y directa.)
2. Establezca qué clase de recursos tiene.
3. Use redes para establecer la comunicación con los colegas y familiares de las víctimas.
4. Ayude a asignar personal que atienda las necesidades básicas en diferentes zonas y en la movilización de las personas sin techo.

Cerciérese de que se atiendan las necesidades de los consejeros.

(Para prevenir el desgaste de los consejeros de salud mental, programe turnos de un máximo de tres horas de trabajo continuo, organizándolos para que ellos se tomen descansos en bloques aunque el tiempo libre sea breve. La intensidad de trabajo es tan grande que las pausas son necesarias.)

Grupo 3: ¿Qué planes haría para los primeros tres a seis meses después del desastre?

1. En esta etapa, el impacto está desapareciendo. La desesperación y la impotencia, lo mismo que la ira se están volviendo persistentes y es posible que estén aumentando el abuso de sustancias.
2. Podría ser útil hacer planes de contingencia para atender las distintas necesidades del grupo. Consiga las direcciones de las personas que tienen planes de mudarse, de manera que se les pueda seguir prestando ayuda, como orientación a largo plazo.

Ejemplos de las reacciones en la etapa posterior al desastre en las primeras horas. Preséntelos al grupo.

Ejemplo de un cambio brusco en la vida es el que ilustra el caso siguiente, que narra una mujer en la etapa de recuperación después de un huracán. Tenía 48 años de edad, era madre de dos adolescentes, divorciada recientemente; en su automóvil había quedado atrapada por cables eléctricos que cayeron; padeció quemaduras graves. Permaneció en esa situación de peligro durante más de siete horas, hasta que el equipo de rescate la liberó. La llevaron al hospital, donde se enteró que su vecindario tenía daños graves; sin embargo, nadie podía informarle si sus dos hijos estaban a salvo, ni a qué refugio los habían llevado. Durante varias horas trató de averiguar, pero debido a las condiciones del camino, la interrupción de las líneas telefónicas y las demás prioridades de los pocos trabajadores de socorro, no pudo conseguir la información. Cuando se le hizo la entrevista, expresó ansiedad y turbación de verse acosada, balbuceaba y repetía sin cesar que nunca debió haber dejado solos a sus hijos. Creía que el divorcio había sido lo bastante traumático para ellos, como para que tuvieran que pasar de nuevo por otro trauma y que era una mala madre. Su sensación de impotencia, angustia, desorientación, las autoacusaciones, sus intentos constantes y frenéticos para determinar dónde estaban sus hijos, junto a su renuencia para escuchar o aceptar cualquier explicación, ilustran el primer ciclo de la conducta de crisis.

Discusión: Pida al grupo que identifique las reacciones de autoestima, social y cultural de esta víctima.

Divida el grupo en subgrupos pequeños. Pida a cada subgrupo que escriba un guión de 5 minutos, sobre una situación familiar que describa lo que podrían hallar después de un desastre:

- a) en la primera semana, en un refugio;
- b) el primer mes, en una tienda de campaña;
- c) el tercer mes, en vivienda temporal, y
- d) el noveno mes, en una vivienda permanente.

El guión debe incluir a un consejero y un grupo o familia de damnificados, debe constar del diálogo y la descripción del entorno. Luego escenificar. En su guión, hacer un análisis constructivo y después sostendrá una discusión. (Esta misma situación se usará como ejercicio de grupo en el Módulo 5 para practicar las modalidades de intervención.)

EJERCICIO DE CAPACITACIÓN: RESPUESTA DE LA FAMILIA DESPUÉS DEL DESASTRE

Presente a los estudiantes el vídeo: *Hurricane Blues* [La tristeza después del huracán]

(*Post-Disaster - Hurricane Hugo*) [Después del desastre del huracán Hugo], producido y financiado por el Department of Health and Human Services de EUA.

I. Divida al grupo y que cada subgrupo haga una lista de lo siguiente:

- a) expresiones emocionales;
- b) conducta de los miembros de la familia;
- c) interacción dinámica

1. entre los niños,
2. entre los adultos,
3. entre niños y adultos.

II. En grupo, hacer una lista de los objetivos de la intervención para ayudar a la familia.

III. Pídales que elijan un objetivo y escenifiquen roles relacionados con la técnica de la intervención.

Detenga el vídeo antes de la presentación de los consejeros y siga con el ejercicio. Después de que hayan terminado el ejercicio, pase a la presentación de consejeros y a la discusión.

LECTURAS RECOMENDADAS

Cohen RE. Development Phases of Children's Reactions Following Natural Disaster. *Journal of Emergency and Disaster Medicine* 1986; Vol 1-4.

Cohen RE. Reacciones individuales ante desastres naturales. *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*. Abril 1985, pp 171-180.

Gavalya AS. Reactions to the Mexican Earthquake: Case Vignettes. *Hospital and Community Psychiatry* 1987;38:(12),1327-1330.

Laube J y Murphy S. *Perspectives on Disaster Recovery*. Norwalk, CT, Appleton-Century Crofts, 1985.

Madakasira S y O'Brien KF. Acute post-traumatic stress disorder in victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:(5),286-290.

Murphy SA. An explanatory model of recovery from disaster loss. *Res Nurs Health* 1989;(2),12:67-76.

Myers D, RN, MSN. *Disaster Response and Recovery: A Handbook for Mental Health Professionals*, U.S. Dept. of H.H.S. Public Health Services, 1994.

Rundell RJ y Ursano JR. Psychiatric Responses to Trauma. Hosp. and Community Psychiatry, Enero 1989; Vol 40 No. 1.

Sharan P, Chaudhary G, Kavathekar SA, Saxena S. Preliminary Report of Psychiatric Disorders en Survivors of a Severe Earthquake. Am. J. Psychiatry. Abril 1996;153:(4),556-558.

Tyhurst JS. Psychological and Social aspects of civilian disaster. Can Med Assoc J. 1957;76:(1),385-393.

Capítulo 4. Guías aplicadas y operativas para ayudar a los damnificados en la etapa posterior al desastre

**EDUCACIÓN
CONSULTA
OUTREACH
ORIENTACIÓN EN CRISIS**

MÓDULO DE CAPACITACIÓN

Módulo 4: Intervención de los programas para damnificados. Guías aplicadas y operativas.

POR QUÉ INCLUIR ESTE MÓDULO

Para examinar el alcance, la finalidad y la aplicación de las guías para la etapa posterior al desastre.

CONTENIDO

Semejanzas y diferencias con otros tipos de programas de intervención de salud mental.

Características especiales de la asistencia a los damnificados
Consulta
Educación
Outreach
Orientación en crisis

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

Después de participar en el Módulo 4, los estudiantes:

En la etapa posterior al desastre, identificar en la metodología del *outreach*, existente al alcance de los consejeros de salud mental y podrán definir las intervenciones terapéuticas correspondientes.

outreach,
educación,
consulta,
intervención en crisis y asistencia de apoyo.

Coordinación con los programas especializados en:

salud,
salud mental,
abuso de sustancias,
rehabilitación.

RESUMEN DEL CONTENIDO

Este módulo presenta intervenciones básicas de salud mental en la etapa posterior al desastre.

OUTREACH - La finalidad de este procedimiento es encontrar a las víctimas y ayudarlas a expresar y a comprender tanto el estrés como las reacciones de aflicción causadas por el desastre.

INTERVENCIÓN EN CRISIS - En este procedimiento se usan técnicas que ayudan al damnificado a volver a funcionar. Habrá que remitir unos pocos damnificados para que reciban asistencia profesional de otros especialistas en niños, personas mayores y las que abusan de sustancias.

EDUCACIÓN - Este método de informar al público, a los trabajadores de organismos de urgencia y los de salud mental, puede usarse en los periódicos, la televisión y la radio.

CONSULTA - La pueden proporcionar los consejeros de salud mental experimentados que ayudan a los organismos públicos y privados asignados, a elaborar programas de urgencia.

La capacitación en *outreach* y orientación en crisis es la más operativa, requiere la escenificación de roles y la supervisión continua una vez que los consejeros interactúan con los damnificados. Los modelos de intervención después de un desastre necesitan adaptarse a: 1) las características de los damnificados, y 2) el tiempo transcurrido después del desastre. La capacitación debe centrarse principalmente en el reconocimiento continuo de los criterios culturales en los métodos de intervención.

Recursos didácticos

Sugerencias para usar los recursos didácticos de este módulo: se deben seleccionar las hojas que convengan a la población de estudiantes.

- a. Educación después del desastre. Se incluye una lista de actividades útiles que ilustran las oportunidades de educación para que se examine y, tal vez, se le añadan otras actividades que ofrezcan los organismos de socorro.
- b. Consulta después del desastre. Se incluye una lista de temas que subrayan el proceso de la consulta.
- c. Consultoría educativa para las tareas de consulta. En la guía se organizan las categorías que se deben considerar al planificar estas actividades.
- d. Teoría de crisis y principios aplicados. Se incluye una lista de actividades que destacan los diferentes elementos de la intervención.
- e. Planificación de una intervención después del desastre. La hoja presenta en forma resumida, cómo las actividades cambian con el transcurso del tiempo, además identifica los elementos comunes a todos los programas.
- f. Varias hojas definen, describen e instrumentan el proceso de intervención.

Nota al instructor: Las siguientes páginas se pueden usar como transparencias, diapositivas u hojas sueltas para entregar durante el curso.

A partir de las experiencias durante el desastre y de la asistencia para los

damnificados, se ha de formar un modelo para un programa en la etapa posterior al desastre.

1. Secuencia de la conducta humana
2. Extensión de la intervención en crisis
3. Planificación y movilización para la intervención posdesastre
4. Consulta
5. Educación
6. Programa para las situaciones especiales
7. Síndrome de quemado de los encargados del cuidado de damnificados/víctimas
8. Utilización de los trabajadores de atención primaria
9. Temas transculturales en la asistencia para los damnificados
10. Utilización del sector privado en los programas de desastre

EDUCACIÓN DESPUÉS DEL DESASTRE

1. Transmita las recomendaciones y la orientación en cada fase de la etapa posterior al desastre por conducto de los medios de comunicación masiva: la televisión, radio y prensa.
2. Difunda material educativo, a fin de informar a la población cuáles son las reacciones normales en una situación anormal.
3. Esté a disposición de los profesionales de los medios de comunicación social y preparado para responder a sus preguntas.
4. Dispóngase a participar con grupos de la comunidad para informarles acerca de las reacciones posteriores al desastre.
5. Redacte, imprima y disemine folletos, documentos, dibujos animados, etc., con recomendaciones y orientación dirigidas a los damnificados.

CONSULTA DESPUÉS DEL DESASTRE

La consulta se define como un proceso de interacción entre dos individuos: uno solicita ayuda para resolver un problema de trabajo y el otro le ofrece información y orientación.

En la etapa posterior al desastre, el objetivo de la consulta es:

 aumentar la capacidad del trabajador de socorro, de apoyar a un damnificado, y

 asistir al trabajador de socorro a ayudar a los múltiples organismos de socorro que favorecen a los damnificados y colaborar con ellos.

Los problemas usuales son:

 la obtención de recursos;

las responsabilidades burocráticas, los reglamentos, la metodología de los organismos;

la falta de planificación preventiva para que los organismos coordinen sus esfuerzos, y

diferencias en

- a) puntos de vista,
- b) objetivos,
- c) poder,
- d) territorio en competencia, y
- e) comunicación interdisciplinaria.

CONSULTORÍA EDUCATIVA EN MATERIA DE SALUD MENTAL DE LOS DAMNIFICADOS

	CONTENIDO:	Tipos de estróos Respuestas Quó hacer Cómo ayudar	
	FORMATO:	Videos, escenificación de papeles Presentación escrita Discusión Solución de problemas	OBJETIVOS Elevación de la conciencia Aumento de conocimientos en los trabajadores Incremento de destrezas
APORTE EDUCATIVO DE LA CONSULTORÍA	MÉTODOS:	Prensa (periódicos, revistas, boletines informativos) Radio, televisión Seminarios especiales	Empatía Apoyo Detección Remisión
	META Y GRUPOS:	Comunidad general Autoridades Víctimas Trabajadores de socorro Personas en comunicación con víctimas (organizaciones sanitarias y de bienestar social, escuelas)	Generalización a alguna otra experiencia que produjo reacciones traumáticas

DEFINICIÓN

La intervención en crisis en la etapa posterior al desastre se define como una técnica de intervención activa que restaura la capacidad del individuo para resolver la crisis y manejar la situación de estróos en la que él o ella se encuentra; es decir, proporciona asistencia a esta persona para que vuelva a poner en orden y a organizar su mundo. Se utilizan la educación e interpretación de los sentimientos abrumadores que produce el estróos después del desastre, para ayudar a la persona a recobrar la sensación de competencia y esperanza.

Fases después del desastre y orientación en crisis:

Cada fase temporal de la etapa posterior al desastre tendrá diferentes características y manifestaciones de la crisis.

En la fase aguda, los damnificados dependerán de los trabajadores y tendrán a su alcance pocos sistemas de apoyo.

A medida que transcurra el tiempo se aumentarán los recursos para la intervención en crisis y la asistencia.

Incrementar la capacidad para resolver la crisis y disminuir los signos de estrés.

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN DESPUÉS DEL DESASTRE

Cuando hay una desorganización en las suposiciones de las personas con respecto a ciertos eventos predecibles, los individuos eligen una compleja serie de respuestas que implican procesos fisiológicos, el funcionamiento psicológico, los sentimientos acerca de sí mismos y las relaciones con los demás.

A largo plazo, mitigar los efectos debilitantes de las reacciones postraumáticas mediante la asistencia en crisis, las consultas y la educación.

Ayudar a los damnificados a organizarse y a procurarse los servicios, recursos y oportunidades a su alcance, que les servirán para obtener los niveles de funcionamiento y equilibrio que tenían antes del desastre.

Límites entre la intervención en crisis, el tratamiento psicológico y la promoción de servicios en la etapa posterior al desastre*

* Guía programática Crisis Counseling and Mental Health Treatment - Similarities and Differences . EUA: Center for Mental Health Service, 1995.

Orientación de los damnificados en crisis

Según la definición del Center for Counseling Services, Servicios de Salud Mental (EUA) el consejero debe ayudar a las personas a adaptarse a las consecuencias psicológicas del desastre, a mitigar el estrés o el daño psicológico adicional y a promover la comprensión y el desarrollo de estrategias de resolución de crisis, para que la persona pueda recurrir a ellas en el futuro .

Intervención de primeros auxilios

La intervención de primeros auxilios consiste en proporcionar alivio emocional y ayuda para resolver problemas inmediatamente después de un desastre. Se practica como parte de las operaciones de *triage* que sirven para clasificar el grado de las necesidades de las víctimas.

Tratamiento psicológico

Implica la existencia de un síndrome cuyo diagnóstico se encuentra en el *Diagnostic and Statistical Manual* publicado por la *American Psychiatric Association*. El método y la duración del tratamiento pueden variar en tiempo y modalidad, e incluir fármacos y hospitalización.

Promoción de servicios para los damnificados

Supone una función de confrontación de los organismos que prestan servicios después de un desastre. Se procura obtener servicios para los damnificados, aunque ayudarlos a obtener recursos es una meta, representarlos en una entrevista o resolver las controversias entre los organismos y los damnificados cae fuera del alcance del programa de asistencia en crisis.

Funciones primordiales del consejero de intervención en crisis

En el contexto de esta guía programática, las siguientes son actividades que se suelen juzgar apropiadas y pertinentes al programa de asistencia en crisis:

Ayudar a los damnificados a cobrar conciencia, a reconocer que tratar con organizaciones nuevas y complejas es difícil, y además puede producir mucho estrés.

Ayudar a los damnificados a normalizar esta experiencia.

A efecto de reducir el estrés y hacer eficiente la conducta, se debe ayudar a los damnificados a organizar y jerarquizar las tareas de restablecimiento, así como las exigencias externas que imponen las organizaciones de recuperación.

Ayudar a los damnificados a comprender mecanismos de defensa como el desplazamiento y otros factores que pueden contribuir a la ira y la frustración frente a las organizaciones gubernamentales o de otra índole, o amplificarla.

Establecer y mantener información actualizada acerca de una amplia gama de recursos de recuperación, para poder remitir de manera correcta a los damnificados.

Mediante la orientación y la capacitación, ayudar a los damnificados a adquirir y desarrollar al máximo, aptitudes en áreas que les permitan trabajar más eficazmente con las organizaciones de recuperación. Estas aptitudes pueden incluir la comunicación, la solución de problemas, la resolución de conflictos, la administración del tiempo y el manejo del estrés.

Representar el punto de vista de los consejeros en los comités de necesidades no atendidas .

TÉCNICAS EN LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Cómo ayudar a los damnificados a reorganizarse y a volver a funcionar

1. Corregir las ideas erróneas para cambiar el proceso cognoscitivo, a fin de que puedan determinar la realidad de su solución
2. Analizar las afirmaciones disfuncionales que el damnificado se hace a sí mismo y las proyecciones a desgracias futuras
3. Enseñar a solucionar problemas
4. Ensayar opciones para tomar decisiones
5. Enseñar métodos para controlarse a sí mismo
6. Adquirir técnicas para la inoculación contra el estrés como prevención
7. Relacionar el tipo de pensamiento (pasado-presente) con emociones/congruencia de las percepciones/realidad
8. Adquirir técnicas de modificación de conducta
9. Aclarar los conflictos de roles, en el contexto de la realidad actual
10. Identificar los problemas interpersonales y de la imagen de sí mismo dentro de las funciones sociales

Actividades que suelen quedar fuera del alcance de la intervención en crisis

Asumir la responsabilidad de representar a un damnificado ante cualquier organización (como abogado).

Defender los derechos del damnificado de una manera conflictiva.

Aumentar los recursos de la comunidad para el socorro en casos de desastre

(administración).

Recaudar fondos para las actividades de socorro en casos de desastre.

TEORÍA DE CRISIS Y PRINCIPIOS APLICADOS

1. Meta de la intervención en crisis:

Promover la habilidad para la resolución de crisis mediante conductas idóneas y promover la acción dirigida a las tareas generadas (necesarias) por los cambios ambientales.

2. Objetivos:

- a) identificar los problemas generados por los factores estresantes y las dificultades ocasionadas por la necesidad del cambio;
- b) escuchar las opciones para la acción y las estrategias apropiadas;
- c) confeccionar un modelo de decisión y los pasos para su realización;
- d) implementar las opciones, y
- e) ayudar a ejecutar los pasos y dar realimentación acerca de los resultados.

La intervención se concentra en las tareas, en el aquí y ahora, en infundir esperanza, así como en la afirmación y confianza acerca de las probabilidades de un resultado final satisfactorio.

Se deben movilizar todos los recursos del sistema de apoyo. Las responsabilidades de la vida cotidiana se reparten entre los miembros de la familia.

Se promueve un equilibrio entre el descanso y el trabajo. Se usa la vinculación a las redes de apoyo, como estrategia.

Se facilita la expresión y comprensión de las emociones dolorosas que forman parte de todas las fases.

SI USTED NO VIVE EN ESTA COMUNIDAD

- Gañese la confianza
- Sea seguro/responsable
- Esté bien informado
- Sea auténtico
- Sea sincero
- Dedique tiempo a aprender de los miembros de la comunidad
- Comience despacio
- Entérese de las políticas locales
- Respete las distancias
- Preste mucha atención a la comunicación verbal y no verbal

PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN DESPUÉS DEL DESASTRE, PARA LOS TRABAJADORES DE INTERVENCIÓN

Actividades después del desastre	Primera fase (tiempo establecido)	Segunda fase (tiempo establecido)	Tercera fase (tiempo establecido)
		<i>Outreach</i>	

<p>Intervención psicológica</p> <p>1. Proceso 2. Técnicas 3. Roles 4. Funciones 5. Nivel de responsabilidad asumida por el profesional de salud mental</p>	<p>Elaboración de procedimientos (documentación de admisión, confidencialidad, sistema de remisión, cierre de casos, acceso a la documentación, almacenamiento, etc.)</p> <p><i>Triage</i></p> <p>Asistencia de primeros auxilios</p> <p>Orientación y apoyo</p> <p>Orientación y asesoramiento</p> <p><i>Debriefing</i></p>	<p>Intervención en crisis</p> <p>Asistencia integral</p> <p>Referencia al consultorio u hospital</p> <p>Terapia a corto plazo</p> <p>Aclaración y educación</p> <p>Ayudara obtener recursos</p> <p>Asistencia para obtener recursos</p>	<p>Cierre de casos</p> <p>Vigilancia de la aceptación de casos remitidos a los servicios de urgencia</p> <p>Comprobación de los casos cerrados problemáticos</p> <p>Ofrecimiento de vinculación a otros servicios, si la persona los necesita o los desea hasta el final</p>
--	--	---	--

INTERVENCIONES EN CRISIS PARA LA TERCERA FASE

Lleve a cabo la interacción cara a cara.

Teléfono las 24 horas (si es que hay) y servicio personal de atención a damnificados sin cita.

Reuniones individuales, familiares y de grupo, focalizadas en los acontecimientos del desastre y sus consecuencias.

Vigilancia planificada del plan de acción con exámenes a intervalos determinados.

Remisión a los organismos apropiados de servicios comunitarios, con vigilancia para comprobar que la vinculación tuvo lugar.

Sesiones de orientación (fase de consecuencias) en cualquier lugar de la comunidad que al parecer sea el más apropiado (escuelas, iglesias, sitios de trabajo, hogares).

Métodos apropiados de registro y confidencialidad.

TÉCNICAS DE LA INTERVENCIÓN EN CRISIS CÓMO AYUDAR A LAS VÍCTIMAS A REORGANIZARSE Y A REGRESAR A SUS FUNCIONES

1. Corrección de las ideas erróneas para cambiar el proceso cognoscitivo, a fin de que pueda evaluar la realidad

2. Análisis de las afirmaciones disfuncionales que el damnificado se hace a sí mismo y de las proyecciones a desgracias futuras

3. Enseñanza de solución de problemas

4. Ensayo de opciones para tomar decisiones

5. Enseñanza de métodos para el control de sí mismo

6. Adquisición de técnicas para la inoculación contra el estrés como prevención

7. Vinculación del tipo de pensamiento (pasado-presente) con emociones-congruencia de las percepciones/realidad
8. Adquisición de técnicas de modificación de conducta
9. Aclaración de los conflictos de roles en el contexto de la realidad actual
10. Identificación de los problemas interpersonales y de imagen de sí mismo, dentro de las funciones sociales

PROCESOS QUE OCASIONAN DISFUNCIÓN

1. Sentimientos y reacciones conflictivas
2. Problemas de información, que incluyen la información incorrecta y las deficiencias en aptitudes
3. Hábitos no adaptativos
4. Trastornos de las relaciones interpersonales (exceso de dependencia y hostilidad). La conducta en todas sus manifestaciones es intencional, aunque el individuo puede no ser consciente del fin que persigue
5. Trastornos en la conducta y los procesos cognoscitivos relacionados con sentimientos perturbados, siempre en un contexto social

Guías para el trabajo

RECURSOS DIDÁCTICOS

Ejercicios de trabajo de grupo

- Ejercicio 1** Empleando los guiones-episodios escritos en el Módulo 3, el instructor pide a los estudiantes que actúen las modalidades de intervención para cada fase después del desastre. A medida que cada grupo actúa los guiones, el instructor pide a los otros grupos que identifiquen las técnicas y las nombren.
- Ejercicio 2** El instructor pide al grupo de estudiantes que preparen mensajes sobre el impacto para ayudar a la población después del desastre. Elija diferentes grupos socioculturales.
- Asigne el tipo de mensaje -
- A las personas mayores
 - A los niños
 - A las familias
- Ejercicio 3** Después de documentar este perfil en el siguiente ejemplo (puede usar otros perfiles de desastre en su región), solicite a los estudiantes que elijan una intervención para llevarla a cabo:

a) Identificación del damnificado

Mujer blanca de 35 años; secretaria jurídica; madre de dos niños, de 3 y 5 años; divorciada; su madre vive con ella.

b) Efecto del huracán

La casa está parcialmente destruida, necesita un techo nuevo; tuvo que evacuar y alquilar un estudio pequeño. La madre sufrió un ataque cardíaco leve y fue hospitalizada.

c) Diagnóstico de la reacción de estrØs

Insomnio, ansiedad generalizada, irritabilidad, desÆnimo, indecisi3n, dificultades para la concentraci3n.

d) Factores de riesgo

Desplazamiento largo en autom3vil, presi3n por el tiempo entre el hogar y el trabajo, dificultades con los contratistas y la aseguradora.

e) Sistemas de apoyo

Vecinos, familiares, asistencia en el trabajo, servicios sociales a su alcance a travØs de un grupo de la iglesia.

f) Otros factores estresantes

La enfermedad de la madre; demora para que abran la guardería y la escuela; dificultad para conseguir nana. Posibilidad de que el bufete de abogados se mude; nueva tormenta que retarda las reparaciones; ruptura con un enamorado.

Ejercicio 4: Planificaci3n y actividades de intervenci3n en la etapa posterior al desastre.

El instructor divide a los estudiantes en tres grupos y les presenta una situaci3n en la que les avisan, con un mes de antelaci3n, que tienen que hacer planes para atender las necesidades de salud mental de la poblaci3n destinataria de damnificados.

Grupo 1: ¿QuØ planes haría para los **primeros días despuØs** del desastre?

Determine cuÆles serÆn las necesidades de salud mental de la poblaci3n.

Prepare una lista de los consejeros de salud mental que se asignarÆn y capacitarÆn en intervenci3n en crisis.

Coordine el trabajo de salud mental con organismos afines especializados en socorro.

Grupo 2: ¿QuØ planes haría para el **primer mes despuØs** del desastre?

Aclare cuÆles son las necesidades bÆsicas en esa etapa.

Determine con quØ clase de recursos cuenta usted.

Establezca una red de relaciones para comunicarse con los colegas y familiares de los damnificados.

Asigne recursos para satisfacer las necesidades bÆsicas en diferentes Æreas y para movilizar recursos para las personas sin hogar.

AsegØrese que est3n satisfechas las necesidades de los proveedores.

Para prevenir el desgaste de los consejeros de salud mental, programe turnos de un mÆximo de tres horas de trabajo continuo, organizÆndolos para que ellos se tomen descansos en bloques, aunque el tiempo libre sea breve.

Grupo 3: ¿C3mo planificaría el trabajo de salud mental para un periodo de **tres a seis meses despuØs** del desastre?

Elabore planes de contingencia para las diferentes necesidades del grupo.

Consiga las direcciones de las personas que tienen planes de mudarse.

Proporcione ayuda, como orientación a mÆs largo plazo.

LECTURAS RECOMENDADAS

American Red Cross, Disaster Mental Health Services I, 1995.

Caplan G. The Theory and Practice of Mental Health Consultation. New York: Ed Basic Books, 1970.

Cohen RE. Post-Disaster Mobilization and Crisis Counseling. En: Guidelines and Techniques for developing crisis oriented services for disaster victims. Roberts AR, Ed. Crisis Intervention Handbook: Assessment treatment and research. Belmont Wadsworth Publishing Co., 1990: capítulo 14, 279-299.

Cohen RE. Educación y consultoría en los programas de desastres. En: Las consecuencias psicosociales de los desastres: la experiencia latinoamericana. Programa Simón Bolívar. Univ. Illinois y OPS, 1990.

Cohen RE y Ahearn FL. Manual de atención de salud mental para víctimas de desastres. MØxico: HARLA, 1990.

Cohen RE y Ahearn FL. Handbook for Mental Health Care of Disaster Survivors. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1980.

Cohen RE. Post-Disaster Mobilization of a Crisis Intervention Team: The Managua Experience. En: Parad HJ et. al., Eds. Emergency and Disaster Management: A Mental Health Sourcebook. Bowie, Maryland: Robert J. Brady Co., 1976.

Cohen RE. Crisis Counseling Principles and Services. En: Disaster Handbook. *National Institute of Mental Health Washington, D.C., 1985.*

Cohen RE. Intervention with Disaster Victims. En: Schulberg HC & Killilea M, eds. The Modern Practice of Community Mental Health, San Francisco: Jossey-Bass, Inc. 397-441, 1982.

Crisis Intervention Programs for Disaster Victims in Smaller Communities, National Institute of Mental Health, Rockville, MD., 1979 (reimpreso en 1983, 1990).

Field Manual for Human Service Workers in Major Disasters - DHHS (ADM87-1537). National Institute of Mental Health, Rockville, MD. 1987.

Harris CJ. A family crisis intervention model for the treatment of posttraumatic stress reaction. *Journal of Traumatic Stress* 1991;4(2):195-207.

Human Problems in Major Disaster: Training Curriculum for Emergency Medical Personnel. DHHS Publication No (ADM90-537). Substance Abuse and Mental Health Administration, Rockville, Maryland, US 1987 (reimpreso 1988, 1990).

The Media in a Disaster - DHEW (ADM78-540); National Institute of Mental Health, Rockville, MD.

Capítulo 5. Poblaciones con necesidades especiales

MÓDULO DE CAPACITACIÓN

Módulo 5: Poblaciones de damnificados en riesgo y sus necesidades asistenciales especiales

POR QUÉ INCLUIR ESTE MÓDULO

Para clasificar en categorías, las necesidades concretas identificadas en los damnificados y presentar los tipos eficaces de intervención en la etapa posterior al desastre.

CONTENIDO

Características de diferentes poblaciones y sus necesidades

Niños

Ancianos

Personas con diagnóstico de trastornos mentales

Personas con síntomas de SIDA

Personas con problemas de abuso de sustancias

Consejeros de salud mental y trabajadores de socorro

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE:

Después de participar en el Módulo 5, el estudiante será capaz de:

Identificar y describir las reacciones características de las poblaciones con necesidades especiales afectadas por un desastre.

Describir las intervenciones esenciales para ayudar a las poblaciones en riesgo:

- a. niños;
- b. ancianos;
- c. personas con diagnóstico de trastornos mentales;
- d. personas con síntomas de SIDA;
- e. personas con diagnóstico de adicciones, y
- f. consejeros de salud mental y organismos de socorro en desastres

GRUPOS ESPECIALES EN RIESGO

RESUMEN

Las personas comparten muchos sentimientos y reacciones en la respuesta como a los efectos directos e indirectos del desastre. Se debe planificar la atención especial para las personas que se encuentran en grupos de edad y circunstancias sociales únicas, también para los miembros afectados por discapacidades físicas y emocionales. En este módulo se describen algunos de estos grupos; no obstante, primero se analizan algunos pensamientos, sentimientos y conductas comunes a todos aquellos que viven un desastre.

REACCIONES COMUNES

1. La conducta básica es de supervivencia
2. La pérdida de seres queridos o pertenencias valoradas aumentará el estrés
3. La ansiedad de separación, expresada también como temor por la seguridad de los seres queridos, predomina en los niños

4. Conductas regresivas, por ejemplo, reaparición de enuresis nocturna en los niños
5. Ansiedades de reubicación y depresión
6. Necesidad de hablar de las experiencias vividas durante el desastre
7. Deseo de formar parte de la comunidad y sus esfuerzos de rehabilitación

GRUPOS CON NECESIDADES ESPECIALES

Las respuestas y los servicios que requieren los grupos con necesidades especiales afectados por un desastre varían según las características de la categoría a la que pertenecen, por ejemplo, el desarrollo del organismo en los niños o distintos grados de capacidad de adaptación en los individuos que sufren trastornos mentales. Los instructores deben organizar otras presentaciones para estas poblaciones, añadir recursos didácticos y ejercicios de grupo que destaquen esas necesidades particulares y las modalidades de orientación útiles.

Este grupo es representativo de algunas de las necesidades especiales más frecuentes en zonas de desastre que hay que atender mediante servicios de asistencia; algunas comunidades tendrán una composición étnica o inusitada y estarán integradas por los subgrupos que se mencionan a continuación.

1. Grupos de edad
2. Clases socioeconómicas
3. Grupos culturales y raciales
4. Personas institucionalizadas en hospitales generales, psiquiátricos y de atención de casos agudos, en establecimientos de convalecencia y correccionales
5. Damnificados con síntomas de crisis emocionales con diferentes intensidades
6. Damnificados que requieren atención médica de urgencia
7. Consejeros de salud mental y trabajadores de socorro

Grupos de edad

Cada edad va acompañada de problemas especiales que se deben resolver en la vida diaria; sin embargo, algunos grupos de edad parecen ser en particular vulnerables al estrés del desastre. Algunos estudios revelan que en situaciones de desastre los niños más pequeños y los jubilados arrojan tasas de problemas significativamente más elevadas, además de más traumas emocionales y físicos que la población adulta. Los adolescentes como grupo son susceptibles a efectos étnicos y es probable que de larga duración, ya que el desastre interrumpe sus actividades con los compañeros y no se les da acceso a las responsabilidades exclusivamente adultas de las actividades de recuperación de las comunidades.

La próxima sección sobre los niños se debe reproducir y entregar a los consejeros que necesiten capacitación especializada para atender a esta población, pues no se ha incluido en el Manual para Trabajadores .

Niños

RESUMEN DEL CONTENIDO

Los efectos de un desastre en los niños producen una variedad de reacciones que afectan a cada damnificado de manera particular, según un grupo de variables, o

sea, la acción recíproca del tipo, el grado y la proximidad del impacto en un niño de una familia que viva en determinadas zonas geográficas, se tiene que conceptualizar basándose en los conocimientos de psicología infantil y las experiencias en la etapa posterior al desastre. De todas estas variables, son significativas la calidad de la atención prestada a las necesidades subsiguientes de los niños y las reacciones paternas.

Los problemas varían según la fase de la etapa posterior al desastre, algunos pueden aparecer semanas o meses después. Los consejeros deben alertar a los padres acerca de las posibilidades de que surjan y la fase en la cual pueden hacerlo. En general, los niños de todas las edades muestran una combinación de estos síntomas: trastornos del sueño, temores persistentes acerca de la repetición de fenómenos meteorológicos o desastres futuros, pérdida de interés en las actividades diarias, especialmente en la escuela.

Las descripciones que se encuentran en la literatura de las manifestaciones clínicas y conductuales de las reacciones de los niños a los sucesos traumáticos, se centran en las perspectivas biológica, psicológica, interpersonal y social. Las observaciones documentadas de las reacciones postraumáticas infantiles adolecen de una falta de consenso entre los investigadores sobre la recopilación de datos y dificultan aún más la elaboración de un marco integral de referencia.

Considerando que la conceptualización de las reacciones de los niños está matizada por 1) el evento mismo; 2) el grado de desorganización de la familia; 3) las repercusiones en las estructuras sociales, y 4) la atención que se preste a las necesidades ulteriores de los niños, es difícil concebir material que identifique y correlacione la totalidad de los factores que influyen en la conducta del niño. La importancia de la respuesta paterna al grado de aflicción de los niños se ha identificado como una influencia poderosa. La necesidad de planificar, organizar y ofrecer asistencia a las víctimas de eventos traumáticos, está impulsando el estudio adicional de programas que prevengan los efectos patológicos en la salud del niño y las consecuencias emocionales negativas.

El conocimiento incipiente de los procesos psicosociales que promueven la adaptación en diferentes etapas del desarrollo infantil, está llenando un vacío de información en los conocimientos sobre planificación para casos de desastre. Los profesionales en la actualidad comparten las experiencias acumuladas para poder elaborar métodos tentativos de intervención, las dudas acerca de cómo intervenir con los niños después de un desastre nos plantean un dilema clásico en la intervención en crisis; es necesario aplicar un modelo uniforme para organizar la información obtenida, confeccionar una teoría infantil de crisis y seleccionar el enfoque de intervención apropiado. Un enfoque conceptual útil para esta situación es centrarse en el evento estresante en el cual se encuentra el niño y adoptar un marco de comprensión del niño como organismo en evolución e interacción en un entorno biopsicosociocultural.

Hay una relación entre los criterios para definir los problemas y la intervención que se elige y luego se traduce en acción, la definición de los problemas en la etapa posterior al desastre es producto de inferencias e hipótesis acerca de las causas del problema. Para el caso de las reacciones de estrés postraumático en los niños, se puede conceptualizar como sigue: la conducta reactiva adaptativa que se observa después del impacto del desastre está relacionada con 1) la etapa de desarrollo; 2) el sexo del niño, el grupo étnico y el nivel económico de la familia; 3) los mecanismos de defensa y de adaptación habituales; 4) la intensidad del factor estresante; 5) el grado de idoneidad entre las necesidades del niño y los sistemas de apoyo con que cuenta; 6) el grado de dislocación, y 7) los recursos de socorro y asistencia que se encuentren en la comunidad. La recopilación de información concreta acerca del damnificado y la organización de la misma para definir los problemas producidos por la situación en la cual el niño se encuentre guían la confección de la intervención apropiada. El modo de organizar la información, las características cénicas que en conjunto identifican al damnificado, la presunta interacción de los factores y la manera

de influir en la capacidad del niño para resolver la crisis, se basan en las hipótesis que elija el consejero que proporciona intervención en crisis.

Se destacan en varios campos teóricos que son indispensables para comprender la conducta en las experiencias posteriores al desastre y son fundamentales para los programas de intervención.

RELACIÓN ENTRE LAS ETAPAS DE DESARROLLO INFANTIL Y LAS REACCIONES DESPUÉS DEL DESASTRE

Los periodos de crecimiento a lo largo de las etapas de desarrollo marcan los cambios en varios sistemas psicobiológicos. Según la edad del niño con trauma por el evento, la intervención se debe basar en los conocimientos acerca de la etapa de desarrollo de los sistemas somático, psicológico, social y conductual. Hay una relación entre el nivel de desarrollo que hayan alcanzado dichos sistemas y la capacidad para adaptarse a los acontecimientos estresantes después del desastre; estos procesos adaptativos se pueden considerar estrategias, métodos y esfuerzos para promover acciones, cuyo objetivo es modificar el impacto de los estímulos desencadenados por el factor estresante y, por ende, tolerar, corregir, modificar o disminuir las consecuencias en el organismo y prevenir la desorganización reactiva en el sistema psicofisiológico humano. Las manifestaciones de estas aptitudes adaptativas y sus efectos en el organismo vulnerable del niño llevarán a diversas manifestaciones de pautas de conducta; cómo interpretemos estas manifestaciones de los mecanismos de adaptación del niño, las expectativas sociales acerca de él dentro del ambiente humano desorganizado, los conflictos sociales y familiares que suelen surgir en la situación de crisis, definirán el nivel de resolución de crisis y de adaptación y, a su vez, influirán en los métodos de asistencia e intervención. Por ejemplo, las reacciones a un terremoto de un niño de un año, que procesa los estímulos y la información mediante un sistema cognoscitivo en desarrollo, serán diferentes de las reacciones de un niño con más edad, que procesará la información en una modalidad simbólica-lingüística.

TRAUMA PSÍQUICO Y EXPRESIÓN DEL DUELO EN FUNCIÓN DEL DESARROLLO EN LA ETAPA POSTERIOR AL DESASTRE

Un cúmulo de conocimientos importantes nos está ayudando a comprender los procesos por los que pueden pasar los niños durante los eventos traumáticos que producen pérdidas. Para el niño, la muerte o la ausencia psicológica de la persona que lo cría es no sólo un trauma, sino que también interfiere con el desarrollo de modo trascendental. Al ir atravesando el niño por las múltiples tareas de los sistemas, como crecimiento y consolidación de varias tareas psicológicas y emocionales necesarias para lograr madurez, es esencial que la interacción con las personas que le dan amor sea estimulante. Según su etapa de desarrollo y habilidades cognoscitivas/afectivas, observaremos pautas dispares de conducta, organización expresiva o desorganización, funciones regresivas, manifestaciones emocionales infantiles y características de las funciones cognoscitivas, que incorporan el nivel de desarrollo de sus subunidades (pensamiento realista, razonamiento abstracto, causalidad).

En las experiencias posteriores al desastre, además de la etapa de desarrollo, solíamos considerar la implicación dinámica de la pérdida y su interacción con los procesos de reacción al trauma ocasionado por el desastre. Los desastres son eventos extraordinarios que van acompañados de experiencias visuales y auditivas que son incomprensibles en el momento del acontecimiento, los sonidos que anteceden un terremoto y ver que se abre la tierra y se derrumban los edificios, producen reacciones de ansiedad de distinta intensidad. Estos son sucesos concretos y alarmantes que se registran en la mente y que constituirán estímulos internos repetitivos y traumáticos de muchas emociones infantiles; cuando a éstos sigue la pérdida de un progenitor, es difícil clasificar las reacciones del niño como parte del trauma psíquico o de los signos tempranos de duelo. Unido a esta necesidad de distinguir el carácter de las respuestas, las reacciones que

acompañan las pérdidas se deben incorporar en la evaluación y las guías de intervención.

FACTORES DE RIESGO EN LA RESOLUCIÓN DE LA CRISIS POSTRAUMÁTICA

El nivel de funcionamiento psicobiológico del niño está relacionado con la vulnerabilidad de la etapa de desarrollo en la que se encuentre, su salud biológica y la fortaleza de su personalidad. Si el niño está manifestando mucha ansiedad, depresión, retraimiento, regresión, trastornos del sueño y de la alimentación, hay que evaluar estos signos para medir la manifestación de los factores psicobiológicos de la desorganización. Para poder medir estos signos, el profesional debe investigar:

1. la madurez o inmadurez psicosocial del niño;
2. las expectativas sociales de la conducta a juicio del niño, su familia y las demás personas que vivan con ellos;
3. el estrés que persista en el ambiente después del desastre, con respecto a la infraestructura social y física a lo largo del periodo de transición;
4. crisis accidentales que hayan ocurrido en la vida del niño antes y después del evento estresante, y
5. los entornos sociales como factores estresantes después del desastre.

El entorno en el que se encuentre el niño es una variable importante que influirá en la elección de la intervención psicológica, esto se basa en la experiencia realista y práctica de las víctimas en refugios hacinados. El traslado rápido de muchas víctimas que llegan y salen del albergue y los pocos miembros del personal capacitados para permanecer durante periodos prolongados con la misma familia, influye en el tipo de intervención. ¿Cuál sería la intervención mejor y eficaz en determinado entorno, con los recursos con que se cuenta?

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA LOS NIÑOS. INTERVENCIÓN EN CRISIS

La organización y prestación de servicios de salud mental para ayudar a los niños que sufran las consecuencias psicológicas de un desastre, tienen que enmarcarse en el contexto, la duración de la etapa posterior al desastre y la población identificada; aunque las respuestas infantiles pueden ser diferentes de un evento a otro, es posible preparar una guía amplia para organizar y prestar servicios psicológicos después del desastre. Los componentes de la formulación de un plan se concentrarán sólo en la población infantil; se da por sentado que hay un programa de salud mental complejo con servicios en diferentes niveles y que el programa para los niños está integrado y coordinado con los otros servicios a fin de brindar ayuda psicológica eficaz a la totalidad de las víctimas. El objetivo del programa descrito será la prestación de servicios de intervención de salud mental para los niños afectados por un desastre o evento catastrófico. Esto se hace en el entendido de que se precisan muchos otros tipos de servicios en esta situación, por ejemplo, alimentos, vivienda, atención médica y recreación.

SERVICIOS DE SALUD MENTAL DIRECTOS. FASE INICIAL

El programa de intervención de salud mental puede organizarse a lo largo de dos campos principales de las actividades profesionales. El primero es la intervención directa, cara a cara, con las familias alojadas en refugios de urgencia. Los consejeros que prestan intervención en crisis empiezan a trabajar directamente con las familias; ellos contarán con los centros de reasentamiento para que ofrezcan ayuda psicológica a un grupo de familias reunidas. Guiado por sus conocimientos acerca de las fases temporales y las manifestaciones

secuenciales de la fenomenología de la crisis, el consejero puede identificar y organizar algunos métodos para ayudar a los niños y a sus familias en las primeras fases de la crisis, la resolución de la misma y la adaptación. A medida que estas familias viven el proceso de la vivienda de urgencia y los entornos humanos cambiantes, su conducta cambiará con las fases de resolución de crisis y expresar diferentes necesidades. El consejero planeará los procedimientos de intervención indicados para lograr el objetivo de regresar a la familia y al niño a un nivel funcional adaptativo. Como se mencionó con anterioridad, el objetivo de la intervención en crisis es el empleo satisfactorio de técnicas dirigidas a: 1) restablecer la capacidad del niño a su nivel de funcionamiento, ayudándolo a manejar la situación estresante en la cual se encuentra, y 2) ayudar a la familia a reorganizar su mundo mediante el apoyo social y la orientación del consejero. Para tal fin, el consejero puede colaborar con otros grupos y enviar a los damnificados a los organismos que presten asistencia y ayuda de urgencia; también a cooperar con los organismos de servicios familiares que atiendan al niño y a las personas encargadas de su cuidado.

INTERVENCIÓN EN CRISIS TERAPÉUTICA

La intervención en crisis abarca todas las actividades con las cuales el profesional procura mitigar los problemas del niño y ayudar a la familia mediante la orientación; abarca todas las actividades de ayuda de tipo comunitario cimentadas en la comunicación, que se basan de manera principal, aunque no forzosa, en la interacción verbal. Muchas de las familias se sienten desesperadas y desmoralizadas; todas las formas de intervención emplean métodos de soporte para combatir y controlar este efecto doloroso. La conducta de las familias desmoralizadas refleja la sensación de no poder hacer frente a las múltiples tareas que las familias tienen cuando cuidan a los niños y que los demás esperan que manejen bien. El sentido de sí mismas de estas familias puede variar de manera amplia después de un desastre, hay características que se prevé que sean signos de desmoralización en las familias.

1. Expresan sentimientos de pérdida de confianza en sí mismas y tienen dificultades para recordar que tienen la capacidad para manejar a los niños y sus propias necesidades.
2. Creen que el fracaso será el resultado de sus decisiones y acciones, y dan la apariencia de estar luchando con sentimientos de culpa y vergüenza como parte de la regresión adaptativa.
3. Se sienten enajenadas, deprimidas y aisladas, como si les hubiera tocado el peor desenlace.
4. Están inmersas en una dependencia creciente de los consejeros de salud mental, quienes pueden no comprender de manera clara los sentimientos reactivos intrafamiliares confundidos, ni los sistemas de valores familiares basados en tradiciones étnicas que dictan cómo comportarse en una situación nueva.

TÉCNICAS PARA AYUDAR EN LAS FASES DE DESARROLLO DE LA RESOLUCIÓN DE LA CRISIS

El consejero interesado cuenta con técnicas para la intervención en las fases progresivas de la crisis que manifiestan las familias y los niños traumatizados por el desastre; las técnicas iniciales se pueden agrupar bajo el título de técnicas de primeros auxilios. Estos primeros enfoques se dirigen inicialmente a restablecer el funcionamiento familiar y promover la adaptación a las experiencias recientes de la transición; ellos pueden contribuir a reintegrar al sistema familiar completo y devolverle el equilibrio. Los procedimientos de intervención ayudan a la familia a evaluar, resolver el problema y tomar decisiones día a día, a medida que transitan por la situación de urgencia, la reconstrucción y, por último, el regreso a una situación vital que se toma más permanente. Estos enfoques se definen como cualquier interacción activa entre el consejero y la familia que tiende a aumentar, complementar, fortalecer y promover

los mecanismos de los sistemas familiares en el entorno nuevo; al restaurar el funcionamiento familiar basado en estrategias adaptativas, se ayuda al niño a funcionar de manera más eficaz.

El siguiente es un ejemplo de este enfoque. Una familia compuesta por madre (36 años), padre (41 años) y dos hijos (8 y 12 años), se alojó en uno de los refugios; una gran avalancha enterró su vecindario unas pocas horas después de que treparon a un cerro vecino para resguardarse. Tuvieron que pasar de seis a ocho horas en el frío de la noche, hasta ser rescatados por los socorristas quienes los llevaron al albergue, donde comieron y se les ofrecieron algunos catres y frazadas. El consejero que se reunió con ellos observó que la madre estaba llorando y parecía algo aturdida y deprimida, mientras el padre estaba tratando de organizar de manera activa las tareas familiares e intentaba alegrarlos. Los niños parecían adaptarse a los nuevos alrededores y aunque sus caras expresaban tensión, no parecían mostrar trastornos de conducta graves. Después de una evaluación preliminar de la situación, fue obvio que la perturbación emocional más reveladora era la de la madre; una evaluación corta demostró que no se había podido relajar, su pensamiento era depresivo, se sentía indefensa y había perdido la esperanza. Por otro lado, el padre parecía negar la realidad de la situación y trataba de alentar a la familia con esperanzas falsas y poco realistas. Después de unos pocos días, los niños empezaron a perder su capacidad de adaptación, se volvieron más exigentes e inquietos, tenían dificultades para comer y dormir, y no querían separarse de la madre para salir a los patios de recreo que se habían organizado para los niños del refugio. El objetivo de la intervención era complementar la capacidad de la madre para sentirse más competente y reforzar la sensación del padre de estar a cargo con una óptica realista, para que no tuviera que negar o distorsionar la realidad y que recuperase la compostura. Se ayudó a la familia completa a expresar la tristeza y la desorientación, proporcionándoles información, noticias y explicaciones diarias acerca de lo que iba a suceder en el presente y en unos días. Los niños se pudieron reunir en grupos pequeños con otros niños, en los que compartieron sus recuerdos acerca del evento y se les brindó la posibilidad de expresar algunas de sus fantasías en dibujos, a fin de que sintieran que dominaban sus emociones. A los padres se les pidió que ayudaran en el mantenimiento del refugio y que participaran en actividades adultas organizadas. Lo anterior nos ofrece un ejemplo prototipo de la variedad de procedimientos (conducta, acciones, lenguaje, tipos de reuniones, interacciones cara a cara) que se emplean en el proceso y se adaptan a la situación imperante. En las primeras etapas de la reubicación, las conductas del niño y de su familia son manifestaciones de la crisis y del método de resolución que están empleando.

Los recursos con que cuenta el consejero influyen en los procedimientos que emplear, el tiempo que dedicar a la familia y las actividades que se organizarán en el centro de reubicación. El modelo de asistencia en crisis varía porque los factores se combinan de distintas formas, en función del grado de perturbación de las comunidades o de la disponibilidad de recursos; no obstante, la finalidad es clara: restablecer el sistema adaptativo de la familia, que, a su vez, ayude al niño a controlar la conducta regresiva observada en los niños con trauma.

La intervención de asistencia en crisis para los niños se debe basar en la capacidad para conceptualizar y comprender las manifestaciones de la crisis y, en los niveles de la disfunción infantil durante las diversas etapas de la resolución de crisis, posterior al desastre.

PASOS Y GUÍAS PARA LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

El consejero establece una relación con la familia y el niño, educando a la familia y explicándole los procesos psicológicos que tienen lugar después de un desastre. Los objetivos de la intervención son: 1) obtener la información necesaria para elaborar el plan; 2) obtener la confianza y establecer la credibilidad de la familia; 3) describir el plan de intervención, y 4) conseguir

que la familia coopere con el plan. De toda esta información reunida, el consejero llega a un planteamiento tentativo del problema o del plan de acción, o de ambos. Los objetivos, como primera estrategia son mitigar los problemas emocionales de la familia y la desorganización cognoscitiva en el niño. Los siguientes principios fundamentales guían las fases secuenciales de la intervención:

Los consejeros deben dar por sentado que las familias tienen la capacidad de solucionar sus propios problemas (una vez que se les ayude a reconocer sus dificultades) y de reorientar su conducta para explorar soluciones nuevas.

Los consejeros deben dejar que la familia dependa de ellos de manera inicial para que pueda nutrirse con la confianza del consejero y, al mismo tiempo, ofrecerla a los hijos. Esta situación debe ser de corta duración y se tiene que desalentar la dependencia a largo plazo.

Hay que dar consejos con cautela, aunque esto no impide que se informe a la familia de casi todos los asuntos pertinentes sobre los que son ignorantes o están mal informados. Esto ayuda a la familia a resolver sus problemas y dedicar sus energías a buscar sus propios métodos de solución de problemas.

Siempre que sea posible, según la edad del niño, puede ser útil interpretar los sentimientos que se vinculan a la conducta y que el niño no ha relacionado con anterioridad. También se puede ayudar a la familia a comprender los sentimientos y pensamientos que marcan una verdadera progresión a la resolución de la crisis. A la familia se le facilita comprender los sentimientos que la alteran y ponerlos en su debida perspectiva, lo cual mejora su sensación de dominio y control.

Las emociones que se observan en las fases postraumáticas incluyen tristeza, temor e ira; se manifiestan de muchas formas y su intensidad varía de manera considerable. Estas emociones se deben aceptar como expresiones de la pena que han sufrido las familias, fundamentadas en la perspectiva del evento. La asistencia para lograr que las víctimas se resignen y acepten determinadas situaciones reales, en las cuales se encuentran, forma parte del proceso de duelo en la etapa posterior al desastre.

Algunas familias sufren una desorganización cognoscitiva y emocional por un periodo transitorio; la intervención debe mejorar estas funciones, puesto que dificultan la crianza de los hijos. Hay que seguir procedimientos que aumenten la competencia y mantengan la conciencia de que la situación generada por el desastre exige que los padres movilicen de manera individual la totalidad de sus aptitudes de crianza para ayudar al niño a que se adapte a un ambiente traumático. Se les ofrece apoyo y aliento para que aumente su conciencia sobre la idoneidad de las reacciones sociales de un padre en esas circunstancias; esta aclaración anima y sirve a los padres para reforzar su conducta natural. La desorganización cognoscitiva continua afecta la capacidad de la familia para tratar sus problemas y los de sus hijos. Una de las consideraciones principales en este caso es ayudar a la familia a que disminuya los efectos de la desorganización y reforzar su dominio cognoscitivo, ofreciéndoles orientación que les sea útil en sus condiciones particulares. Al ayudar a la familia a disminuir su sensación de impotencia, su conducta indecisa o regresiva y su convicción de carecer de aptitudes para resolver la crisis, la familia misma puede reconstituirse más pronto y empezar a asumir las responsabilidades de la atención infantil. A través de orientación, ayudándolos a solucionar los problemas, tratando de manera directa con los niños cuando están expresando o mostrando signos de trastornos emocionales, la familia misma tiende a controlarse y a avanzar en el proceso de resolución de crisis.

ESTRATEGIAS PARA LA INTERVENCIÓN

Asignar prioridad a la acción y seleccionar las familias desplazadas a las que se va a ayudar en los primeros días después del desastre, es un proceso de *triage* difícil. Tan pronto se seleccionan las familias, hay que ayudarlas a recuperar el sentido de la orientación, reforzar el apego a la realidad, dar apoyo y crear confianza. El consejero que presta asistencia en crisis será responsable de evaluar las necesidades de la familia en función del tipo de recursos que se pueden obtener y que proporcionan otros organismos.

Se debe organizar la gran variedad de recursos de los programas de urgencia que puede utilizar la familia para satisfacer sus necesidades particulares, muchas de ellas son concretas, pero otras son psicológicas. Observando el comportamiento y la relación del personal de otros organismos con la familia, el consejero puede movilizar la ayuda conveniente. El consejero necesita emplear un tipo especial de técnicas que, en su propio estilo de comunicación; le faciliten averiguar directa y de manera personal lo que la familia percibe como sus necesidades inmediatas, para interpretarlas en el contexto de los programas existentes y luego colaborar con los demás organismos para movilizar los recursos, a fin de que la familia y los niños sientan que les está ayudando, se sientan menos impotentes, indefensos, y desposeídos.

FASES INICIAL Y A LARGO PLAZO DE LA ETAPA POSTERIOR AL DESASTRE

A medida que se traslada a las familias de los refugios de urgencia a viviendas provisionales o regresan a su propio hogar, que puede estar dañado pero brinda seguridad, surge una nueva fase de la intervención en crisis que se manifiesta en las expresiones más intensas de duelo y aflicción. El consejero tiene que realizar una combinación de actividades que incluyen procedimientos de extensión en los sitios donde viven las familias reasentadas y de seguimiento del progreso de los niños hacia el nivel de funcionamiento anterior a la crisis. Se evalúa el nivel de adaptación de la familia y, si la evaluación no revela una descompensación adicional, el consejero puede hacer saber a la familia que está a su disposición si lo necesitan. Si la familia observa algún problema psicológico o se da cuenta de que tiene algún otro interés en los recursos de la comunidad, puede comunicarse de nuevo con el equipo asistencial de urgencia.

Es durante esta secuencia de fases de la etapa posterior al desastre que el nivel de desarrollo de cada sistema bio-psíquico y las experiencias anteriores desempeñan una función en la manifestación de los mecanismos de resolución de crisis y de adaptación en los niños. Parece ser que los niños en etapas de desarrollo más tempranas dependen más de la negación y represión como mecanismos de ajuste al evento traumático. Con el desarrollo, el niño adquiere un mejor dominio de la expresión de sus ideas, puede conversar más a menudo acerca de los episodios alarmantes, intercambiar experiencias, reproducir en dibujos algunas de las experiencias visuales angustiosas que vivió y expresar en el juego repetitivo los conflictos que lo alarman. Los niños mayores parecen responder a la discusión explícita, directiva y alentadora con los consejeros. Los mismos objetivos que sirvieron en los refugios, como emprender las actividades diarias haciendo una evaluación cognoscitiva exacta de la situación y ampliar los conocimientos de la familia acerca de sus alrededores para que puedan comprender sus propias emociones y los sucesos externos, parecen ayudar en las fases posteriores, aumentar sus mecanismos de adaptación y disminuir la intensidad de la depresión y la ansiedad. Siempre que sea apropiado y la intervención sea factible, formar grupos de padres o profesores para que se reúnan con los niños y traten con ellos cómo está respondiendo al estrés y cuál sería la conducta para la resolución natural y sana de la crisis, parece mejorar la adaptación. El método de juntar padres y niños en grupos es útil porque en general los problemas de los niños a menudo se pasan por alto, mientras los miembros de la familia están abrumados no sólo por sus propios sentimientos, sino por la enorme tarea de reconstruir su mundo concreto. La función del consejero es proporcionar apoyo, ofrecerse como alguien con quien los padres pueden consultar sus dificultades, aclarar la conducta del niño y recibir sugerencias acerca de los métodos para controlarla. A menudo, también hay que movilizar otros organismos de servicios sociales, incluso

la escuela, para ayudar a las familias que estÆn teniendo dificultades para adaptarse a su nuevo entorno y que estÆn perturbadas o tienen dificultades para enfrentar las exigencias ordinarias de la vida familiar. A veces, el trabajo con la escuela es esencial para proporcionar a un niæo mÆs asistencia; la comunicaci3n con otros adultos puede servir a la familia. Permitir que los padres usen otros recursos de la comunidad, que les den apoyo social y prÆctico, forma parte de educarlos en su necesidad de recibir asistencia por un tiempo corto para cumplir con sus deberes, pero la ayuda no significa que los organismos deban hacerse cargo de la funci3n de criar a sus hijos. Los padres siempre deben tomar las decisiones e iniciar cada cambio en la secuencia de las actividades de la vida que los conducirÆn a recuperar el equilibrio dinÆmico de su familia.

RECURSOS DIDÆCTICOS

Niæos

a. Fase reactiva

MÆs adelante se enlistan las reacciones correspondientes a las distintas edades, a fin de realzar las diferentes reacciones seg3n las etapas del crecimiento de los niæos.

b. Se ilustran distintas modalidades para trabajar con los niæos, describiendo modelos de intervenci3n para familias y niæos.

Las siguientes pÆginas se pueden usar como transparencias, diapositivas u hojas sueltas para entregar durante el curso.

CONSECUENCIAS DE LOS FACTORES ESTRESANTES

Variables bÆsicas que influyen en las reacciones/consecuencias infantiles incipientes.

Velocidad de inicio

Duraci3n del trauma

Posibilidades de que se repita el evento

Grado de amenaza a la vida

Grado de exposici3n a la muerte, los moribundos y la destrucci3n

Proporci3n de la familia afectada

Rol de la persona que cuida al niæo en el trauma

Grado de desplazamiento en la continuidad de la vivienda

Separaci3n de la familia nuclear

Grado en que se reavivaron las ansiedades de la infancia

Ansiedad transmitida entre padres e hijos

Expectativas culturales

TRAUMA PSÍQUICO PRODUCIDO POR UN EVENTO CATASTRÓFICO

Temas bÆsicos:

Las reacciones del niæo varían de acuerdo con la etapa de desarrollo de los

sistemas cognoscitivo, afectivo y socioconductual.

Los fenómenos reactivos observados después de un evento catastrófico se caracterizan por respuestas de los sistemas biopsicosociales y los primeros intentos por adaptarse a la desorganización de estos sistemas.

- a) Necesidad de recobrar la capacidad de regular el afecto intenso
- b) Necesidad de formular la evaluación cognoscitiva del evento inicial y las experiencias posteriores a medida que evolucionan
- c) Necesidad de reconstituir la integridad corporal

La conducta de la familia y la sociedad hacia el niño es una influencia poderosa que puede facilitar o impedir el proceso de resolución del trauma. En la confianza del niño en su familia para que le brinde orientación cognoscitiva y disponibilidad socioemocional, media la etapa de los conflictos psicosexuales del desarrollo y la psicopatología preexistente.

El proceso de duelo acompaña todo trauma psíquico catastrófico debido a la pérdida de la configuración corporal (si sufre daños); los vínculos interpersonales (cantidad/calidad); la visión del mundo y la familiaridad; las expectativas y la confianza.

Es preciso diferenciar la depresión reactiva, que es un síndrome clínico, de la expresión del trauma psíquico y la resolución eficaz/ineficaz del duelo.

CONSECUENCIAS ELEMENTALES DEL EVENTO CATASTRÓFICO

Consecuencias directas en el niño

Trauma corporal: dolor, excitación del sistema nervioso autónomo, elevación de la tensión, pérdida de funciones

Cambios sensoriales: visual, auditivo, olfativo

Expresiones emocionales: temor, aflicción, ansiedad

Cambios cognoscitivos: lenguaje, comunicación

Consecuencias indirectas en el niño

Reacciones traumáticas de los padres, hermanos, amigos y de la familia ampliada

Desorganización de los sistemas sociales: escuela, iglesia, empleo del padre/la madre, vivienda

RESPUESTAS DE LOS NIÑOS ANTE EL SUCESO CATASTRÓFICO DURANTE LA FASE REACTIVA

Preescolar

Sistema somático

Inmovilización muscular, hiperactividad temperamental
Rabietas, movimientos lentos, sin propósito
Desorganización de las funciones corporales adquiridas
Signos del sistema nervioso autónomo, vómito, llanto
Trastornos del sueño/de la alimentación, palidez, hiperventilación
Mirada con la pupila dilatada, reacciones de

Sistema afectivo

Afecto limitado/aplanado
Aislamiento
Respuestas de ira/agresivas
Temor/preocupación
Ansiedad/sospechas

sobresalto	
Sistema cognoscitivo	Sistema de la conducta social
<p>Recuerdos recurrentes, pensamientos y fantasías relacionados con el evento</p> <p>Contenido perturbado de los sueños</p> <p>Disminución del desempeño y lenguaje adquiridos</p> <p>Visoespacial, concentración</p> <p>Descripción distorsionada de fenómenos visuales</p>	<p>Evitación, dependencia, pasividad/ intensidad, energía/impulsividad</p> <p>Pérdida parcial del control de esfínteres</p> <p>Aumento de la actividad autoerótica</p> <p>Juego abrupto y destructor</p>
Escolar	
Sistema somático	Sistema afectivo
<p>Nivel de energía afectado</p> <p>Movimientos lentos y de poca intensidad, o ruidos, frenéticos, impulsivos</p> <p>Desorganización autónoma; apetito/sueño/evacuación</p>	<p>Labilidad del afecto; ansiedad, tristeza, risa nerviosa, nerviosismo</p> <p>Cauteloso; temeroso de arriesgarse o regresar a los lugares familiares</p> <p>Miedo a la competencia, a perder, a extraviarse</p> <p>Más sentimientos de dependencia y menos de independencia</p> <p>Más sensibilidad en las reacciones emocionales a los recordatorios sensoriales del evento traumático</p> <p>Proceso inicial de duelo y reacciones a las pérdidas</p>
Sistema cognoscitivo	Sistema de la conducta social
<p>Constricción e hipervigilancia</p> <p>Funciones intelectuales afectadas; lento, obtuso</p> <p>Rumiación obsesiva y mayor distracción que causa pérdida de la memoria</p> <p>Menos asociaciones que conducen a recordatorios espontáneos de las características del evento</p> <p>Más fantasías sobre cómo se podrían haber cambiado los sucesos; controlar las consecuencias del incidente</p> <p>Aparición de problemas de aprendizaje</p>	<p>Juego expresivo</p> <p>obsesivo-compulsivo, conversación, curiosidad sobre el evento y sus consecuencias</p> <p>Reacciones inconsecuentes y caprichosas a los padres</p> <p>Alegatos y desobediencia</p> <p>Deficiente control de impulsos</p> <p>Dificultades para regresar a sus rutinas</p> <p>Cierta pérdida de hábitos, costumbres, aptitudes</p>
VARIABLES QUE INFLUYEN EN LAS REACCIONES DESPUÉS DEL DESASTRE EN LOS NIÑOS	
<p>1. La grave interrupción de los procesos de desarrollo producirá desorganización en todas las expresiones psicológicas.</p> <p>2. La importancia especial del evento y las experiencias en la etapa posterior al desastre, estará relacionada con la etapa del desarrollo.</p>	

3. La calidad de las relaciones familiares afectarÆ la expresi3n de las manifestaciones de duelo.
4. La intensidad del trauma, desde el punto de vista f3sico y psicol3gico, influirÆ en el proceso de duelo y prolongarÆ las reacciones despu0s del desastre.
5. Para la evaluaci3n deben considerarse las circunstancias especiales de la vida de los ni0os despu0s del desastre (divorcio, escuela nueva, cirug3a, inmigraci3n).
6. Las reacciones que ante estos eventos tienen otros adultos importantes en la vida del ni0o.
7. Los m0ltiples cambios en el ambiente del ni0o, despu0s del desastre, debidos a la p0rdida de su familia.
8. La plasticidad y capacidad de adaptaci3n como factores protectores, se deben evaluar durante la intervenci3n.

VARIABLES QUE AYUDAN EN LA RECUPERACI3N DE LAS FAMILIAS

1. Formar estructuras y redes
2. Establecer calendarios fiables
3. Elegir actividades que mejoren la autoestima
4. Seguir fortaleciendo las relaciones sociales
5. Tomar parte en actividades de grupo
6. Atender las necesidades materiales/personales
7. Darse cuenta de que las relaciones y los nexos act0ean como reguladores y moduladores de las emociones y de la organizaci3n del yo, que influyen en el estilo de las relaciones
8. Identificar los factores de riesgo: (acci3n/interacci3n: individuo-entorno)
9. Aprender o pedir consejo acerca de las reacciones de los ni0os en casa y en la escuela
10. Usar toda la ayuda y recursos con que se cuente

Ciertas familias quizÆ sean especialmente vulnerables y puedan detectarse en este proceso:

Familias con problemas matrimoniales o funcionales preexistentes

Familias multiproblemÆticas desprotegidas, para quienes este desastre puede resultar la gota que derrama el vaso

Familias dislocadas en sistemas que no pueden apoyarlos o no los apoyan

Familias que han sufrido p0rdidas abrumadoras, traumas o separaciones

Familias gravemente afectadas por la culpa del sobreviviente

Familias que se han dividido, desintegrado o descompensado

inmediatamente después del desastre

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

1. Ayudar al niño a adquirir un punto de vista interno con el cual pueda organizar su propio ambiente.
2. Ayudar en el proceso rehabilitador de compartir las emociones dolorosas provocadas por los eventos estresantes, lo cual ayudará al niño (según su edad) a poner los eventos en su debida perspectiva.
3. Ayudar al niño a recurrir a los miembros de su familia y a los profesionales de los equipos de urgencia, para aprovechar los recursos disponibles que le hagan sentir consuelo, seguridad y afecto.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PARA TRATAR LOS FACTORES ESTRESANTES SECUNDARIOS

1. Vigilar los factores estresantes secundarios que afectan al niño y a la familia
2. Ayudar al niño a identificar las fuentes de estrés secundarias
3. Tratar las respuestas emocionales
4. Tratar la interferencia con las oportunidades de desarrollo
5. Mejorar las aptitudes de resolución de crisis

TRATAMIENTO DE LA REACTIVIDAD A LOS RECORDATORIOS TRAUMÁTICOS

1. Identificación de los recordatorios traumáticos
2. Ampliación de la comprensión del niño hacia la referencia traumática
3. Ayuda con la discriminación cognoscitiva
4. Mayor tolerancia a la reactividad previsible
5. Tratamiento de la pérdida de oportunidades de desarrollo ocasionadas por la evitación traumática

Las intervenciones que se practican con los niños incluyen tres elementos principales

La oportunidad de exponerse a los elementos alarmantes de un desastre en un ambiente que no representa una amenaza. Actividades tales como hacer dibujos, compartir historias y jugar al huracán, dejan a los niños revivir el huracán y manejarlo.

La adquisición de aptitudes de resolución de crisis para aplicarlas a las dificultades restantes, como las pérdidas de bienes y la adaptación a los nuevos alrededores.

El acceso a las relaciones sociales de apoyo cuando un desastre ha afectado la capacidad de los seres queridos para resolver la crisis.

MODELO DE ASISTENCIA INFANTIL DESPUÉS DEL DESASTRE

Un servicio de diagnóstico individual y tratamiento, para los niños seleccionados por su necesidad de ayuda y para sus familias, y que se remiten a la asistencia psicológica.

Servicios de consulta especial para los organismos sociales que colaboran en el programa para damnificados. Se cultivan las relaciones directas entre los equipos de servicios psicológicos y los organismos. Los casos de problemas

especiales se remiten a examen y solución de problemas, a fin de ayudar a los organismos sociales a obtener recursos para la familia y el niño.

Un programa de discusiones en grupo habituales con los profesionales que ayudan a los niños. El objetivo será ayudar a estos profesionales a tratar sus problemas actuales y a aumentar sus aptitudes terapéuticas, asistenciales y rehabilitadoras. Puesto que ayudar a los niños huérfanos o separados de sus padres después de un desastre es un componente tan reciente de los sistemas de bienestar social, los profesionales necesitan ayuda y apoyo en su trato con los niños y en la comunicación con los parientes.

ORIENTACIÓN PARA NIÑOS CON TRAUMA. MODELO DE ORIENTACIÓN

Establecimiento de las relaciones y recopilación de información relativa al trauma

El consejero describe la finalidad y el proceso de intervención en crisis para ayudar a los niños con trauma. Procede a obtener de la familia y el niño los detalles acerca del trauma.

Evaluación del niño y su familia

El consejero recopila información sobre la estructura familiar y las experiencias de los niños en el desastre. Se adquiere información acerca de los tipos de adaptación y las experiencias traumáticas anteriores, además de las consecuencias o los síntomas de las reacciones de estrés postraumáticas.

Entrevista sobre el trauma

El consejero le facilita al niño el relato de la experiencia traumática mediante dibujos o actividades lúdicas, alentándolo a prestar más atención a los detalles visuales, auditivos, olfatorios y la atribución de la responsabilidad por el evento.

Identificación de los problemas relacionados con la crisis

Se identifican los problemas del niño que hay que resolver, como las dificultades relacionadas con las pesadillas, la reactividad fisiológica o el control de impulsos.

Se identifican los problemas de la familia, que incluyen la adaptación a sus propias consecuencias postraumáticas, las de su hijo, sus aptitudes para criar a los hijos y comunicarse.

Métodos de intervención en crisis

Se proporciona ludoterapia a corto plazo, terapia ocupacional, familiar y de grupo, basándose en la edad del niño y las necesidades de las familias después del desastre.

Se consulta con otros proveedores de servicios, incluidos el sistema escolar, los servicios sociales, los padres adoptivos, etc.

Prevención de recaídas

El objetivo de las intervenciones es que el niño y su familia tengan las aptitudes para adaptarse a las consecuencias y a las situaciones postraumáticas.

La reaparición de las consecuencias es de esperarse y se considera normal. El niño y la familia identifican las situaciones en las que las consecuencias podrían empeorar.

GUÍAS PARA EL TRABAJO

TRABAJO/EJERCICIOS DE GRUPO

Después de mirar el vídeo Children and Trauma (Los niños y los traumas) (CMHS-ESDRB), identifique las técnicas de intervención.

Escriba un guión para la escenificación de roles:

- a. una familia con 2 niños, de 6 y 12 años
- b. un grupo de niños en un aula
- c. una familia afroestadounidense con 3 niños

Elija una viñeta y escenifique los roles de la intervención necesaria.

Elabore una lista con los signos de estrés posttraumático en un niño cuyos padres murieron en un tornado.

FAMILIAS VULNERABLES

Identifique las técnicas para ayudar en las siguientes situaciones:

Familias con problemas preexistentes matrimoniales o funcionales

Familias multiproblemáticas desprotegidas para quienes este desastre puede resultar la gota que derrama el vaso

Familias dislocadas en los sistemas que no pueden apoyarlas o no las apoyan

Familias que han sufrido pérdidas abrumadoras, traumas o separaciones

Familias gravemente afectadas por la culpa del sobreviviente

Familias que se han dividido, desintegrado o descompensado inmediatamente después del desastre

VARIABLES QUE AYUDAN EN LA RECUPERACIÓN DE LAS FAMILIAS

Formar estructuras y redes

Establecer calendarios fiables

Elegir actividades que mejoren la autoestima

Seguir fortaleciendo las relaciones sociales

Tomar parte en actividades de grupo

Atender las necesidades materiales/personales

Darse cuenta de que las relaciones y nexos actúan como reguladores y moduladores de las emociones y de la organización del yo, que influyen en el estilo de las relaciones

Identificar los factores de riesgo (acción/interacción, individuo, entorno)

Aprender acerca de las reacciones de los niños en casa y en la escuela

Usar toda la ayuda y recursos disponibles

Poblaciones con diagnóstico de trastornos mentales

RESUMEN DEL CONTENIDO

Considerando los cambios históricos de los servicios para las personas con diagnóstico de trastornos mentales o retardo mental y aquellas sin casa, que viven en la comunidad, constituyen una población en riesgo que necesita ayuda especial después del desastre. Aunque las cifras sobre las personas reubicadas en los refugios o cuyas viviendas sufrieron daño podrían ser bajas en comparación con la población total, cada caso puede requerir un manejo hábil y diferentes criterios de los que se aplican a la población general.

Si bien es difícil identificar las características de los damnificados con problemas mentales, caben algunas generalidades; la mayoría de ellos necesitarán ayuda que la intervención en crisis, pero es importante proponer algunas preguntas para ayudar al consejero y aclarar algunas guías para la acción durante los primeros días críticos después de un desastre. Las siguientes preguntas se centran en algunos puntos importantes.

¿CÓMO IDENTIFICAR A LA PERSONA CON TRASTORNOS MENTALES?

Los individuos que sufren de enfermedades mentales tendrán reacciones distintas a los múltiples factores estresantes en la etapa de las consecuencias de un desastre. En esta etapa, las personas se clasifican en tres categorías principales que determinan la atención que necesitarán.

Las personas que viven en los hospitales situados en las zonas dañadas o físicamente inaccesibles. La organización de su vida cotidiana ha sido interrumpida por los problemas provocados por la electricidad, el agua, los alimentos, la atención médica y los miembros del personal de enfermería.

Las personas que viven en los hogares de grupo. Estos individuos pueden tener problemas al perder sus hogares o no contar con medicamentos y sus habituales alrededores estructurados pueden estar alterados. Para ellos la pérdida de un entorno familiar puede aumentar la intensidad de sus reacciones emocionales, que se manifiestan en síntomas.

Las personas que viven con sus propias familias o familias sustitutas. En estas personas también se pueden recrudecer los síntomas como consecuencia de los mismos factores que afectan a las personas que viven en los hogares de grupo.

Si estas personas se encuentran acompañadas de un adulto conocido que los ayude (p. ej., su padre), quizá no sea difícil hacer una evaluación diagnóstica y prescribir los medicamentos correspondientes; lo contrario sucede cuando se descubre sola a una de estas personas. Los signos cognoscitivos del trastorno, la desorientación y la comunicación extraña (dificultades graves para explicar quién es y lo que ha sucedido) serán indicativos de un individuo que necesita atención especial. Además, un individuo que no es capaz de comprender las órdenes o sugerencias para que realice ciertas acciones sencillas que preservan vida, necesitará supervisión individual. Siempre hay que descartar cualquier traumatismo craneoencefálico no diagnosticado ocurrido durante el desastre, puesto que puede causar síntomas similares.

¿CÓMO SE DISTINGUE A LAS PERSONAS QUE PADECEN DE ESTRÉS AGUDO DE LAS QUE TIENEN TRASTORNOS MENTALES?

Los individuos cuya conducta parece inapropiada para la situación en que se manifiesta deben ser evaluados con prontitud en busca de lo siguiente:

reacción de estrés intensa
reacción psicótica aguda
efectos de traumatismo craneoencefálico
desorganización de las funciones en un individuo con retraso mental

Estos cuatro trastornos producen signos que facilitan el diagnóstico diferencial.

Las **reacciones de estrés** se manifiestan en cambios en: 1) las funciones cognoscitivas, la orientación, la memoria, el pensamiento y la capacidad de tomar decisiones en distintos grados de dificultad, y 2) las emociones, es decir, labilidad, abatimiento, aplanamiento. No hay la más mínima pérdida de contacto con la realidad ni de la propia identidad, la persona se comporta conforme a las normas sociales y se relaciona de una manera pasiva durante la etapa aguda.

Las **reacciones psicóticas agudas** tienen tres manifestaciones graves que se pueden clasificar en expresiones de *ansiedad*, *afectivas* y del *pensamiento*. Se ha informado que los pacientes psiquiátricos diagnosticados se suelen comportar de una manera sumisa, más tranquila que lo normal, cuando se enfrentan a situaciones de urgencia. Puede haber personas que hayan tenido un episodio psicótico si sufrieron un trauma grave y prolongado, su conducta podría fluctuar de apática, deprimida, con expresiones de pensamientos extraños y dificultades para comprender las rutinas del refugio/hospital; a hiperactiva, maniaca, poco realista y con dificultades para controlar la conducta habitual.

El efecto de **los traumatismos craneoencefálicos** consiste en signos y síntomas que al manifestarse pueden corresponder a las características de muchos trastornos psiquiátricos, pero un examen neurológico cuidadoso puede revelar signos localizados del traumatismo. Este diagnóstico se debe descartar cuando surge un cuadro clínico agudo grave que indica desorganización mental.

Los individuos con **retraso mental** pueden manifestar conductas que se caracterizan por la desorganización y la desorientación a causa de los cambios súbitos en sus hábitos de rutina. Pueden expresar esta nueva experiencia como ansiedad, conducta de apego infantil, que disminuye con órdenes sencillas, apoyo y orientación; manifestar  n m s conductas infantiles, su lenguaje será sencillo y concreto y su comprensión de las órdenes o sugerencias será lenta.

 QU  HACER PARA AYUDAR A LA PERSONA CON TRASTORNOS MENTALES?

Un gran número de pacientes con trastornos mentales dependen del tratamiento psicoterapéutico y farmacológico. La necesidad de obtener información acerca de su régimen debe ser una de las primeras prioridades; luego se debe tratar de estructurar su calendario y evitarles las situaciones en las que haya estímulos intensos, de ser posible. También podría resultar provechoso recurrir a otros damnificados para ayudar al paciente con un trastorno mental a realizar las actividades b sicas de la vida diaria.

 CU  LES SON ALGUNOS DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS COMUNES QUE PODRÁN SEGUIR ESAS PERSONAS?

Los medicamentos psicotrópicos se prescriben para diferentes tipos de trastornos mentales; los tres medicamentos más comunes son, por ejemplo, los antipsicóticos para los síndromes esquizofrénicos; los antidepresivos, para los trastornos depresivos mayores y menores; y el litio, para los episodios maníacos de la enfermedad bipolar. La mayoría de los pacientes saben tomar sus medicamentos y sabrían contestar preguntas al respecto.

 CU  LES SON LAS GUÍAS PARA EL USO DE LOS PSICOTRÓPICOS CON LOS DAMNIFICADOS?

Se espera que los damnificados reciban ayuda de un profesional médico, pero un consejero debe saber lo siguiente:

a) Es preciso tomar precauciones médicas básicas cuando se prescriben medicamentos a los damnificados. En general, hay que ser conservador al tratar la ansiedad y las reacciones psicofisiológicas (cefalea, dolor de estómago e insomnio), que son los cuadros primarios durante los primeros días; aunque los damnificados deseen bloquear estas emociones tan incómodas, los consejeros deben considerar primero, darles confianza y aconsejarlos teniendo en cuenta las condiciones de vida, para ver si la ansiedad mejora sin medicamentos. De lo contrario, o si las intervenciones psicológicas no sirven o la ansiedad es abrumadora, se debe remitir a estos damnificados al cuidado médico.

b) Los medicamentos que toman los pacientes en remisión (que viven en la comunidad), por ejemplo, las personas con diagnóstico de esquizofrenia o los pacientes con distimia (manía o depresión) necesitarán supervisión constante del empleo del medicamento, puesto que el juicio de los damnificados en ocasiones puede volverse disfuncional.

¿QUÉ HAY QUE HACER CON LAS PAUTAS DE CONDUCTA ANTISOCIAL EN LAS SITUACIONES DE URGENCIA?

La conducta antisocial se define como la forma imprudente que hace que las personas choquen con las normas de la comunidad en la que viven. Los damnificados repentinamente y desgraciadamente se encuentran congregados en un entorno desesperado y desconocido; las conductas que exhiben al tratar de resolver la crisis y adaptarse podrían ser definidas por el grupo de las personas con autoridad como antisociales porque estos individuos: 1) rompen las reglas; 2) nunca parecen aceptar los horarios; 3) rehusan esperar su turno para ver a los ayudantes, y 4) en general, se identifican como buscapiés, puesto que también es posible que roben y mientan. Cómo diagnosticar estas conductas y clasificarlas como trastornos de ansiedad o de personalidad, es un desafío a las aptitudes profesionales de los consejeros de salud mental.

Durante la fase de urgencia, el procedimiento de evaluación tiene que ser rápido, podría ser difícil evaluar las emociones que motivan la conducta antisocial; el mejor procedimiento consiste en fijar máximos límites a las acciones perturbadoras del individuo.

Los damnificados que actúan motivados por la ansiedad experimentarán alivio si se les proporciona estructura y apoyo; expresarán su mortificación y culpa y verbalizarán algunos de sus temores. Con individuos cuyo estilo general de interactuar con su ambiente es agresivo, egocéntrico y falto de empatía, quizá sea necesario imponer medidas más fuertes, incluida la segregación del grupo, hasta que se adopten otras medidas individuales.

¿CÓMO DISTINGUE UNO LA CONDUCTA ANTISOCIAL DEL TRASTORNO POR ESTRÉS?

Ejemplo

El Sr. B., un hombre blanco de 34 años, tenía problemas para dormir. Se quejaba de las incomodidades y el ruido del refugio, le irritaban todas las reglas a las que tenía que sujetar sus actividades vitales; discutía, era sarcástico y se enojaba. Después de una evaluación, se decidió que no se le prescribiría ningún medicamento, pero que le asignarían una nueva área para dormir en el refugio. Este cambio exigió un reacomodo de las camas y al Sr. B. no le gustó tampoco el nuevo entorno; empezó a desobedecer las reglas del grupo, tuvo problemas en su unidad que llevaron a un control forzoso. Su afecto solía reflejar molestia, verbalizaba su desagrado a las reglas y trataba a la autoridad a su manera. En contraste con la conducta inducida por el estrés, la suya se caracterizaba por la exigencia, la manipulación y la constante impertinencia e insensibilidad ante los derechos de los demás, aparte de que se jactaba de ser capaz de desobedecer

a la autoridad.

Un ejemplo de cómo se fijan límites a las acciones perturbadoras proviene de los episodios en los pabellones de urgencia donde los individuos empiezan a luchar primero de manera verbal y luego aumentando los intercambios o las acciones físicas contra los individuos, lo que hace más desgraciadas sus condiciones de vida. El primer nivel en el cual se fijan límites consiste en una discusión personal con el damnificado, seguida de un control más estricto a medida que escala el pleito.

¿CÓMO SON LAS NECESIDADES ESPECIALES DE LAS PERSONAS CON RETRASO MENTAL?

Excepción hecha de los individuos con retraso mental grave, casi ninguna de las personas con retraso mental necesita medidas especiales. Algunos de ellos necesitarán ayuda con las instrucciones administrativas del refugio. Una explicación cuidadosa de lo que ha sucedido y los planes que se han hecho para los próximos días, puede ser un gran alivio para ellos.

Cuando el retraso mental es grave y conexo a discapacidad física, podría ser preciso pedir a otro damnificado que ayude a la persona en la higiene diaria, la alimentación y las actividades para dormir.

¿HAY OTRAS ENFERMEDADES O LESIONES QUE PAREZCAN RETRASO MENTAL?

Hay muchos síndromes que van acompañados de síntomas de retraso intelectual, un individuo podría estar tomando un anticonvulsivo si sufre de epilepsia, o pudiera también tener cierto retraso mental.

¿CÓMO TRATAR EL ESTRÉS EXTREMO CAUSADO POR LA URGENCIA?

El componente físico presentado con anterioridad describe la intervención para ayudar a los damnificados con respecto a sus reacciones emocionales y cognitivas. Las reacciones de estrés extremo se caracterizan por signos evidentes de temor, ansiedad, lenguaje desorganizado e incapacidad para consolarse o calmarse. Las reacciones agudas más graves son breves cuando el damnificado está rodeado de un grupo de personas en una situación similar, quienes sirven de ejemplo por sus buenas aptitudes de resolución de crisis que el damnificado emula y aplica a la situación del momento. Si el damnificado sufrió un traumatismo físico, las reacciones deberán evaluarse en función del dolor, la dependencia, el temor al desamparo y el funcionamiento del sistema nervioso central, como reacción al traumatismo o a los medicamentos, o a ambos.

¿QUÉ FACTORES DE LA REUBICACIÓN SON PROBABLES QUE AUMENTEN O REDUZCAN EL ESTRÉS?

Una de las vivencias más dolorosas del damnificado es una sensación de desorientación y falta de control en su vida. Las actividades de la reubicación que casi todos los damnificados tienen que llevar a cabo agravan esa vivencia. El proceso de preparar, apoyar y ayudar al damnificado para los cambios de la ubicación puede intensificar o mejorar su desasosiego. En su comportamiento hacia las víctimas, los consejeros tendrán en cuenta los temores, la ansiedad y el desconocimiento de la autoridad que está haciendo los planes y tomando las decisiones en nombre de los damnificados; será útil cualquier apoyo o información que se pueda suministrar a los damnificados para que se sientan más en control de sus decisiones, lo cual a su vez moderará la ansiedad y elevará la autoestima. Los damnificados sacarán provecho de la cercanía con los sistemas de apoyo, los amigos, el clero y la familia, lo cual favorecerá la recuperación de su salud psicológica. También ayudará el comunicar a los damnificados de los cambios inminentes.

¿CÓMO MOVILIZAR LOS SISTEMAS DE APOYO SOCIAL DESPUÉS DE UNA URGENCIA?

Las manifestaciones de interØs y asignaciones de recursos desbordantes, de los miembros de la comunidad durante un desastre y la etapa posterior, son típicas. El problema de los sistemas de socorro no es la cantidad, sino la calidad; es decir, se trata de la congruencia entre las necesidades de los damnificados (segœn edad, sexo, cultura, estado socioeconómico, salud, etc.) y el interØs y el apoyo humanitario a su alcance. La asistencia tiene que ser a la medida de las necesidades de los damnificados, y organizarse de una manera eficaz, que podría ser flexible y sencilla, pero prestando atención genuina y cuidadosa a la motivación, conformidad e idoneidad.

Hay muchos grupos organizados, por ejemplo, en diferentes regiones de EU cuya finalidad es ayudar a los individuos en crisis; ademÆs, los grupos religiosos estÆn dispuestos a atender a los damnificados de las diferentes denominaciones, si pide ayuda de una determinada institución religiosa.

Se podría elaborar una lista de los grupos existentes por región geogrÆfica. Los grupos de apoyo informativos (no familiares), aunque generosos y entusiastas, pueden necesitar cierta gestión y organización en su labor de ayudar a los damnificados.

¿CÓMO REDUCIR EL ESTRÉS PROVOCADO POR EL ENTORNO HOSPITALARIO Y LA REUBICACIÓN?

Partiendo de la premisa de que la población alojada en un centro hospitalario ha sido reubicada y puede prever mÆs reubicaciones, cabe concluir que algunos efectos de los factores estresantes se manifestarÆn en reacciones psicofisiológicas. Cómo reducir las consecuencias de los factores estresantes en estas poblaciones en riesgo es el objetivo de los planificadores y consejeros de salud mental. Examinando el contenido del programa de estudios, surgen dos dimensiones principales de las reacciones emocionales: 1) al evento mismo, incluido el rescate, y 2) a las condiciones del hospital. No se puede hacer mucho con respecto a la primera fuente de estrØs, excepto ayudar a los damnificados a compartir sus historias y a ventilar algunas de sus elevadas tensiones. Con respecto a la segunda fuente de estrØs - las condiciones de vida en el hospital - se podría adoptar un enfoque algo flexible e informar a los damnificados acerca de su situación física y del pronóstico, orientarlos y apoyarlos en relación con los horarios de los planes de las intervenciones mØdicas. Los boletines diarios con información clara y los mØtodos para contener rumores acerca de lo que ha sucedido en sus vecindarios, son œtiles.

Habría que establecer un equipo de personal del hospital para solucionar problemas, capaz de agilizar las solicitudes sencillas o de educar a los damnificados, explicando por quØ algunos de sus problemas no se han podido resolver o atender de inmediato. Este tipo de comunicación puede disminuir las expectativas que, de no cumplirse, podrían culminar en mÆs desilusiones desgarradoras. Casi todos los damnificados preferirían estar ocupados y activos y sentirse œtiles, para que las funciones que se les pueden asignar en forma realista les levanten la moral.

El personal capacitado para contener las expresiones emocionales, iracundas y dolorosas de desÆnimo, sin tomarlas como una ofensa personal ni poniØndose a la defensiva o prometiendo soluciones inmediatas, puede ser uno de los recursos mÆs valiosos para aminorar los efectos de los factores estresantes y calmar las reacciones de los damnificados.

¿CÓMO COORDINAR LA SALUD CON LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL?

En general, los consejeros de salud mental no participan en la etapa aguda de urgencia del desastre, debido a muchas limitaciones de organización y presupuesto. Esto no significa que si la autoridad estatal en la región afectada dispusiera que los profesionales de salud mental del sector pœblico o los sistemas privados designados han de responder, eso no sucedería. Dadas estas condiciones - en la fase aguda - hay una necesidad de planificación previa, o de

una línea directa de comunicación con los consejeros de salud mental potencialmente disponibles, para pedirles que vayan al campo de operaciones. Una vez que se adopta la decisión de participar y entra en vigor el plan de acción, los consejeros de salud mental pueden ayudar en las operaciones para rendir informes verbales sobre el *triage*, en el trabajo de consulta de casos y en la intervención en crisis. Para coordinar sin tropiezos todas estas tareas, hay que incluir a los profesionales en el diseño administrativo, para que participen en el proceso de toma de decisiones, la logística, los horarios y la asignación de prioridades a las funciones.

¿EN LA FASE INICIAL DE LA ETAPA POSTERIOR AL DESASTRE; CÓMO PUEDE AYUDAR LA PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD MENTAL EN EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE URGENCIAS MÉDICAS?

El profesional de salud mental puede aportar su pericia en las técnicas de intervención en crisis y sus conocimientos médicos de psicofarmacología para ayudar a otros miembros del equipo de atención sanitaria para los damnificados; el alcance de la asistencia dependerá de la variedad de aptitudes y conocimientos. Según la disciplina a la que pertenezcan los profesionales que integren el equipo de salud mental, variará el alcance; la gama fluctúa de los psiquiatras especialistas en crisis/urgencias, quienes tendrían una base más amplia para participar en éstas, a los profesionales no médicos de los refugios con poca experiencia en la intervención en crisis. La asistencia de los profesionales de salud mental ha empezado a mejorar la labor de socorro en urgencias; la razón estriba en los conocimientos que se aportan para manejar pautas de conducta, no sólo de los damnificados, sino también de los trabajadores de socorro. Los conocimientos fundamentales de los profesionales de salud mental que trabajan codo a codo con los equipos médicos está aumentando de manera continua, a medida que se empieza a practicar más en el terreno. Hay que tener en cuenta a los profesionales de salud mental para que participen como miembros de los equipos de salud para el *triage* de víctimas. Las actividades y el alcance del trabajo de estos profesionales, dirigido a los síntomas o a las reacciones psicofisiológicas - afecto, pensamiento, conducta - pueden ser un auxilio terapéutico a la actividad en materia de urgencias médicas, de un equipo multidisciplinario de urgencia en la etapa posterior al desastre.

Poblaciones de ancianos

RESUMEN DEL CONTENIDO

La población de ancianos tiene varias características e inquietudes que los hacen, en particular, vulnerables a los efectos de los desastres; pueden responder de una manera ineficaz por su lentitud a nivel motor y cognoscitivo. Algunos adultos mayores tal vez presenten traumas adicionales si se les ha transferido a un entorno hacinado que les es poco familiar; como consecuencia de haber vivido muchos años, las personas mayores tienden a sufrir pérdidas múltiples, que incluyen los sistemas importantes de apoyo. Los consejeros deben estar pendientes de los signos de depresión en los damnificados ancianos ya que las pérdidas sufridas en el desastre pueden sumarse a las anteriores y provocar depresión.

Las personas mayores tienen reacciones y necesidades particulares después del desastre; al igual que con otras subpoblaciones, los consejeros tienen que considerar muchos factores individuales que distinguen a una persona de otra. Generalizar las necesidades especiales del subgrupo ayuda a formular guías para el programa para damnificados, de suerte que atienda las necesidades del grupo.

Muchos ancianos, en particular los de nivel económico bajo, inmigrantes o trabajadores no calificados, pueden carecer de recursos, estar en un estado físico en deterioro y perder los sistemas de apoyo importantes en el vecindario destruido. Quizá también tengan más dificultades para navegar por los canales

del sistema de urgencia y temen perder su independencia, si los consejeros se llegan a dar cuenta del deterioro de sus facultades.

Los problemas que agudizan las dificultades de los ancianos para resolver la crisis en la etapa posterior al desastre pueden abarcar:

la necesidad de reubicarse con miembros de la familia donde la privacidad, el espacio personal y la rutina diaria son una fuente de estrés;

las dificultades con el horario de dormir y el hecho de depender de medicamentos para conciliar el sueño, y

la pérdida de señales para llevar a cabo las actividades cotidianas, que conllevan la sensación de desorganización o confusión.

Los consejeros de salud mental se pueden relacionar mejor con los damnificados mayores si tienen en mente algunas de estas características; estos ejemplos son un recordatorio de que hay que considerar las características biopsicosociales de las poblaciones con necesidades especiales, al analizar los factores de riesgo que influyen en la capacidad de resolución de crisis en la etapa posterior al desastre.

En un estudio a más de 200 ancianos entrevistados antes y después de dos inundaciones en el sudeste de Kentucky (1982) se encontró que la exposición a estos incidentes difiere en intensidad general. Las pérdidas personales aumentaron las emociones negativas a corto plazo, que duraron hasta un año después de la inundación; los efectos a largo plazo dependieron más del nivel de la exposición a un alto nivel de destrucción de las comunidades y a pérdidas personales (Phifer J.F. y Norris F.H.)

El material de capacitación guiará la discusión para detectar mejor las necesidades específicas de esta población y las intervenciones correspondientes.

RESUMEN

La reacción de los ancianos a un trauma dependen no sólo de las repercusiones de la catástrofe en sus vidas (lo que vieron, oyeron, sintieron, olieron y así sucesivamente) sino de que las crisis de su pasado resurgen, lo cual no es sencillamente un producto de la regresión o de reacciones desencadenantes, es en esencia un intento normal por enraizar las reacciones en terreno familiar.

REACCIONES DEL TRAUMA

Más recuerdos del pasado y los amigos o de otras épocas.

La persona puede entrar y salir de un estado de desorientación.

Puede incrementar su dependencia a los amigos actuales o familiares.

Necesita integrar los cambios posteriores al desastre, al contexto de la vida.

Se desorienta al interrumpirse la rutina. Sensación de aislamiento en función del lugar y el tiempo después de la reubicación.

La respuesta inmediata después del desastre es principalmente de temor, seguida de ira y frustración si las condiciones de vida o del ambiente, o ambas, son poco familiares.

Las respuestas fisiológicas comprenden trastornos del sueño y de alimentación, además de accesos de desesperación.

Sensación de un futuro abreviado y de buscar seguridad al refugiarse en el pasado o la fantasía.

1. Concepto de la muerte.

- a) Reconocimiento de la mortalidad.
- b) Reconexión en la memoria con el pasado y los amigos u otras épocas.

2. Regresión.

- a) Puede ser a largo plazo.
- b) La persona puede entrar y salir del estado de regresión.
- c) Es posible que no reconozca a los amigos actuales o familiares.

3. Pérdidas múltiples después del desastre.

- a) Temor a la competencia por la ayuda que ofrecen las autoridades (vivienda).
- b) Pérdida del futuro y desaliento.
- c) Pérdida de la memoria de los valores pasados.

4. Necesita integrar la tragedia al contexto de la vida.

5. Se desorienta al interrumpirse la rutina. Sensación paralela de aislamiento en función del lugar y el tiempo.

PARA REFORZAR ALGUNAS ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN DE CRISIS EN LOS ANCIANOS

Reconstruya y reafirme los nexos y las relaciones. Las relaciones son la conexión con la vida; empero, deje al anciano decidir con quién desea juntarse, no suponga que las relaciones familiares son amistosas. Se necesita cercanía afectiva y física.

Pregúntele sobre sus inquietudes respecto de la seguridad. Las personas mayores necesitan saber que tienen opciones, al elegir una alternativa acerca de su seguridad. La evacuación es un tema sumamente polémico en el desastre; los ancianos quizá estén más seguros durante las evacuaciones si permanecen en sus casas, si esto es posible.

Es importante conversar con los ancianos acerca del efecto del desastre. Recuerde que pueden tratar de dilucidar su vida y no el suceso que acaba de ocurrir, no evite esa ventilación. Validar las inquietudes pasadas es una parte importante de ganarse la confianza y prepararse para tratar los problemas actuales.

Los consejeros de salud mental deben comprender las lagunas en la comunicación, en las cuales las personas mayores van y vienen entre el pasado y el presente. En la conversación del anciano se pueden confundir eventos o relaciones pasadas en función de realidades presentes. Cabe recordar que la discusión puede ser enteramente racional y lógica desde el punto de vista del anciano.

Si una persona mayor se olvida de un nombre, lugar o parte de un suceso, el consejero debe tomar precauciones cuidadosas para evitar presionar a la persona para que recuerde. Casi siempre, el anciano se acordará, pero la presión inhibe la memoria.

Los consejeros deben estar preparados para que los ancianos hablen de manera esporádica del evento, dedicando breves intervalos de tiempo a concentrarse en los detalles concretos de la situación post-desastre.

Los consejeros deben ser conscientes de que un anciano de una minoría puede tener diferentes tradiciones y antecedentes culturales; esto influirá en su

visión del mundo, en especial por la opinión que tenga acerca de los servicios y los organismos públicos de socorro. Los servicios prestados a los grupos dominantes no tienen que ser apropiados forzosamente a cada minoría. Por ejemplo, las diferencias que los afroestadounidenses muestran al resolver la crisis y adaptarse pueden, en realidad, ser diferencias de estilo y expresión. Otro ejemplo puede ser el hecho de que los ancianos estadounidenses de origen asiático subutilizan los servicios formales a su alcance; la falta de dominio del inglés parece impedirles pedir servicios fuera de sus comunidades étnicas.

Los ancianos quieren tener información objetiva, pero asimilan los hechos poco a poco y, por tanto, piden que se les repita la información varias veces. Con el tiempo, habrán integrado la información, ello les dará un mejor control del evento mismo.

A los ancianos se les debe dar descripciones a corto plazo de lo que les sucederá de manera inmediata después del desastre. Es necesario aclararles los horarios y lugares específicos de los eventos; también ayuda el esbozar los sucesos en un calendario o reloj para que puedan seguir de manera más fácil lo que pasará en el futuro. Los consejeros tienen que pasar tiempo entrando en los detalles de las necesidades básicas: quién ayudará a la persona mayor; dónde permanecerá durante la noche; dónde conseguirá ropa; qué pertenencias puede rescatar.

Hay que establecer las rutinas lo más pronto posible, es incluso preferible reiniciar rutinas antiguas. Las rutinas son el ancla en el proceso de envejecimiento.

Es preciso asegurar al anciano que la falta de concentración, la pérdida de la memoria, las dolencias físicas, la depresión y cosas por el estilo son reacciones normales a la tragedia y al desastre.

Hay que hacer hincapié en apoyar la confianza y la dignidad de la persona mayor, en todas las actividades posteriores al desastre que se necesiten para devolverla a su hogar.

LAS PERSONAS MAYORES Y SUS RESPUESTAS

Resumen de las inquietudes especiales

Privación sensorial

Los sentidos de las personas de edad - el olfato, el tacto, la vista y la audición - pueden ser menos agudos que en la población general; una pérdida de audición puede causar que una persona mayor no oiga lo que se dice en un ambiente ruidoso, o un sentido del olfato disminuido puede implicar que él o ella está más expuesto a comer alimentos en estado de descomposición.

Síndrome de retardo en la respuesta

Las personas de edad no pueden reaccionar a una situación tan rápido como las personas más jóvenes. En los desastres, esto significa que los Centros de Solicitud de Socorro tengan que permanecer abiertos más tiempo si no han aparecido personas de edad; también significa que estas personas no son capaces de solicitar prestaciones dentro de determinados plazos.

Diferencias generacionales

Según cuando hayan nacido, los individuos comparten valores y expectativas dispares, esto cobra importancia en el marco de la prestación de servicios, ya que lo que es aceptable para una persona de 80 años quizá no sea aceptable para una de 65.

Enfermedades crónicas y empleo de medicamentos

Una proporción mÆs grande de las personas mayores tiene enfermedades crónicas. Esto puede impedir que una persona mayor se forme en una fila para obtener ayuda post-desastre. Los medicamentos pueden causar confusión en una persona mayor o una mayor sensibilidad a problemas tales como la deshidratación. Estos y otros problemas similares pueden aumentar las dificultades al obtener asistencia.

Trastornos de la memoria

Los factores ambientales o las enfermedades crónicas pueden afectar la capacidad de las personas de edad para recordar la información o para actuar apropiadamente dentro de los programas de urgencia.

Traumas relacionados con el traslado

Las personas frÆgiles de edad avanzada a las que se traslada sin usar procedimientos adecuados pueden padecer enfermedades y hasta la muerte.

Efecto de las pØrdidas mœltiples

Muchas personas de edad avanzada han perdido a su cØnyuge, sus ingresos, su casa o su capacidad física; para algunas, estas pØrdidas se complican. Los desastres a veces atestan el œltimo golpe, que hace que la recuperación sea en particular difícil para ellas; tambiØn puede reflejarse en un apego inapropiado a pertenencias específicas.

Vulnerabilidad a la hiper/hipotermia

Las personas de edad avanzada suelen ser mucho mÆs susceptible a los efectos del calor o el frío. Esto se torna mÆs crítico en los desastres cuando no se cuenta con calefacción y aires acondicionados o no se pueden reparar.

Victimización por parte de criminales

Las personas seniles son blanco de los estafadores, en particular despuØs de un desastre; tambiØn pueden ser objeto de vandalismo. Estos temas se tienen que abordar en los refugios y al hacer arreglos para la vivienda.

Desconocimiento de la burocracia

Las personas de edad avanzada a menudo no han tenido ninguna experiencia con un sistema burocrÆtico. Esto es en especial vÆlido para las mujeres mayores que tenían un cØnyuge que se ocupaba de estas tareas.

Alfabetismo

Muchas personas ancianas tienen niveles de educación mÆs bajos que los de la población general. Esto puede plantear dificultades al llenar solicitudes o comprender instrucciones.

Barreras lingüísticas y culturales

Es posible que las personas de edad tengan un dominio limitado, por ejemplo, del idioma inglØs en EUA o vean disminuida su capacidad para comprender instrucciones por la situación estresante. El fracaso resultante en la comunicación podría con facilidad complicarse aœn mÆs por la presencia de las figuras de autoridad, como los oficiales de policía, lo cual aumentaría la aprensión y confusión en la mente de la persona mayor. Muchos ancianos hablan un idioma que no es el suyo, y es crítico ser sensible a las diferencias lingüísticas y culturales; esto podría originar que las personas de edad avanzada en esta categoría necesitarÆn ayuda especial para solicitar

prestaciones como damnificados.

Deficiencia o limitación del movimiento

Las personas de edad a veces no son capaces de usar automóviles o no tienen acceso a transporte privado o público. Esto puede limitar la oportunidad de ir al Centro de Solicitud de Socorro, obtener productos o agua, o mudarse cuando lo necesiten. Las personas mayores es probable que tengan deficiencias físicas que limiten sus movimientos.

Estigma del bienestar social

Muchas personas de edad avanzada no usan los servicios que tienen la connotación de bienestar social. Estas personas a menudo necesitan estar convencidas de que los servicios de socorro se les ofrecen como un servicio del gobierno. Los ancianos necesitan saber que recibir asistencia no va a privar a otra persona. Es afectada de recibir ayuda.

GUÍAS PARA EL TRABAJO

TRABAJO/EJERCICIOS DE GRUPO

Escriba un guión para la etapa posterior al desastre y escenifique los siguientes papeles:

Una pareja retirada - la esposa de 62 años y el esposo de 67 - que pierden su hogar y van a un refugio

Una viuda de 68 años, cuya casa se daña

Un hombre viudo de 70 años que se mudó con su hijo, nuera, y 3 niños, después de que se inundó su casa

Elija una viñeta y formule las intervenciones apropiadas.

Personas con síntomas de SIDA

RESUMEN DEL CONTENIDO

Una población en riesgo que plantea desafíos especiales a los consejeros de salud mental es la de los damnificados con diagnóstico positivo de VIH. Debido a los mitos generalizados y a la falta de conocimientos científicos acerca de la transmisión de la infección de VIH, las personas se atemorizan y angustian cuando determinan que una víctima que vive, duerme y usa los baños en el mismo refugio es positiva a VIH. Quienes organizan los refugios para damnificados siempre deben ser capaces de planificar la atención a los pacientes con SIDA, conocer las medidas para prevenir la transmisión vírica y poder educar a los trabajadores para reducir el temor de la infección.

Un plan útil para organizar los servicios para los infectados por VIH se puede presentar en una matriz con cuatro poblaciones que podrían albergarse en el refugio.

Tema	Trabajadores infectados por VIH	Personas infectadas por VIH	Trabajadores negativos a VIH	Damnificados infectados por VIH
Atención médica	???	XXX	-	????
Actividad social/sexual	-	???	-	???
Factores	XX	XXXXX	XX	XXX

estresantes/ psicológicos				
Derechos legales	X	XX	X	XX

Los signos de interrogación indican que las personas a las que no se puede identificar como infectadas pueden causar un problema en la administración de los refugios con respecto al tema de la columna de la izquierda. El símbolo X significa que se tiene la certeza de que hay elementos que considerar en un refugio al prestarle atención a la persona infectada por VIH. Un ejemplo de cómo usar la matriz es que si hay fuertes sospechas de que exista una persona infectada en el refugio, la manera de manejar su actividad social/sexual tendrá implicaciones esenciales para la prevención de la transmisión de VIH, el nivel de estrés de esa persona y sus derechos legales.

A continuación figuran algunos de los problemas que hay que solucionar.

Depender de los voluntarios en situaciones de desastres significa que de manera forzosa habrá una mezcla de valores, actitudes, diferencias culturales, y grado de preparación para situaciones de urgencia.

Pocos miembros del personal voluntario del refugio han leído efectivamente el reglamento para los servicios de socorro y el manual de procedimientos de salud pública.

Ni el manual ni el adiestramiento de los administradores de los refugios incluyen contenido o aptitudes acerca de la atención psicológica a las personas con VIH o a las demás personas en contacto cercano con ellas.

Los trabajadores de socorro experimentados se sienten más tranquilos con la información relacionada con VIH que los trabajadores nuevos sin experiencia.

En un desastre hay un fenómeno que consiste en centrarse en algún problema, incluso pequeño, que puede dar cierta sensación de control a los damnificados.

LOS DOCE PUNTOS DE LOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS QUE NECESITAN LOS TRABAJADORES DE LOS PROGRAMAS DE SOCORRO SON:

1. Reconocer una población en riesgo nueva, al planificar la asistencia a las víctimas del desastre.
2. Identificar las necesidades especiales de los damnificados infectados por VIH, incluidas, aunque no exclusivamente, las médicas, psicosociales y legales.
3. Demarcar líneas claras de responsabilidad entre los trabajadores de los organismos de urgencia para que se encarguen de las necesidades de las personas infectadas por VIH o los damnificados con diagnóstico de SIDA en los refugios, la vivienda especializada y los hospitales.
4. Conocer la estructura coordinadora a efecto de vincular los organismos médicos (salud pública, Cruz Roja) y de gobierno (federal, estatal y local) para atender las necesidades de las víctimas del desastre con diagnóstico de infección por VIH/SIDA.
5. Conocer las normas de atención de urgencia que proponen los manuales de capacitación/planificación de atención de urgencia a los damnificados con diagnóstico de infección por VIH/SIDA.

6. Conocer el inventario o los recursos existentes y potenciales para responder a los problemas relacionados con VIH. Este inventario debe incluir, entre otros componentes, personal sanitario y de salud mental (licenciado y sin licencia), capacidad del sistema de salud pública y de las instituciones de salud mental, preparación de las organizaciones comunitarias y las redes existentes, transporte y la ubicación geográfica de los refugios.
7. Conocer el material de capacitación para el manejo de desastres a fin de incorporarlo en los programas comunitarios de capacitación sobre VIH.
8. Habilitar el proceso de un modelo de refugio capaz de tratar con los problemas cotidianos de los damnificados que viven con individuos diagnosticados con la infección por VIH/SIDA.
9. Conocer los modelos de atención de la comunidad para casos de urgencia, para coordinar los sistemas comunitarios del SIDA con los sistemas públicos de respuesta a urgencias focalizados en los métodos de planificación anticipada y prevención en la atención a los damnificados con diagnóstico de infección por VIH/SIDA.
10. Conocer los derechos legales de los individuos con diagnóstico de infección por VIH/SIDA durante las etapas del desastre, para lo cual se necesita conocer las leyes federales, estatales y locales vigentes que amparan a los individuos discapacitados en riesgo de infección o infectados por VIH.
11. Enfatizar las inquietudes relacionadas con la salud mental en general y con VIH en particular, en el personal de salud mental médico y no médico, en especial en el personal capacitado ajeno a las disciplinas de salud mental.
12. Adiestrar especialistas en gestión de salud mental durante las etapas de los desastres, a fin de facilitar la adquisición de actitudes terapéuticas en relación con las personas con la infección por VIH.

Poblaciones con problema de abuso de sustancias

RESUMEN DEL CONTENIDO

Las personas que dependen del consumo diario de drogas o alcohol plantean difíciles problemas de gestión para los administradores de los programas de socorro. A los consejeros se les pide que ayuden de manera directa o mediante la consulta, a resolver los problemas múltiples que esta población presenta durante las fases en las que se les aloja en refugios o vivienda temporal (carpas, casas remolque), sea a corto o a largo plazo, mientras dure la asistencia.

¿CÓMO IDENTIFICAR A UN DROGADICTO? - FASE POSTIMPACTO

Los drogadictos manifiestan signos fisiológicos de abstinencia cuando no pueden obtener los estupefacientes. En la mayoría de las zonas devastadas, las reservas de medicamentos son pequeñas e irán disminuyendo rápidamente; la conducta y el contenido de la comunicación verbal, identifican al usuario de drogas consciente de la realidad de no poder obtener la sustancia que necesita. El personal de socorro debe contar con una lista de las manifestaciones psicofisiológicas de la abstinencia de drogas.

¿CÓMO SON ESTOS SIGNOS PSICOFISIOLÓGICOS EN LA PERSONA ADICTA QUE SE ABSTIENE DE USAR DROGAS?

Después de un desastre, en los damnificados se pueden prever los siguientes signos cuando no tienen ningún acceso a drogas:

aprensión: incomodidad vaga o temor a una catástrofe inminente

debilidad muscular: evidente con el esfuerzo más leve

temblores: gruesos, rítmicos, no estructurados, evidentes durante los movimientos voluntarios y que ceden en reposo

psicosis o delirio, o ambos: se suelen asemejar al *delirium tremens*; posibles ataques de p nico agudos

Otros padecimientos con signos que imitan los de la abstinencia son los trastornos históricos o la toxicidad debida a la falta de drogas.

 QU  HACER PARA AYUDAR A LA PERSONA ADICTA A LAS DROGAS?

El consejero debe acudir a los miembros del personal médico o de enfermería para ayudar a la persona que está manifestando síntomas de abstinencia a las drogas. Hay que vigilar a la persona, buscar síntomas cardiovasculares y del sistema nervioso central; si estos síntomas indican un pronóstico inquietante, se deben adoptar las medidas m dicas agudas correspondientes.

El consejero necesita acudir al personal médico para que lo ayuden a dar el tratamiento a estos damnificados; después de controlar la fase aguda, el método de asistencia es la intervención en crisis de tipo psicosocial.

 QU  SE PUEDE HACER EN LOS CASOS DE ABUSO DEL ALCOHOL DESPUÉS DE LA URGENCIA?

Las personas adictas al alcohol manifestar n signos de abstinencia si no tienen acceso a bebidas alcohólicas; a menos que el abuso haya sido crónico y grave, estas personas presentarán signos variables de irritabilidad del sistema nervioso central y malestar general, pero sobrevivirán la fase aguda en la etapa posterior al desastre. Si la conducta y los signos del sistema nervioso central manifiestan conductas disfuncionales, la persona plantear  un problema al personal administrativo del refugio y habrá que enviarla a consultar al personal médico.

Para ayudar al individuo que exhibe una conducta desorganizada y disfuncional, se puede instituir un horario estructurado de asistencia psicológica. En general, estos individuos causan dificultades en forma agresiva pasiva, en vez de perturbar mediante provocación activa en las áreas de vivienda.

 Cu les son los signos de abstinencia del alcohol?

A continuación figuran los signos y síntomas de abstinencia del alcohol.

Síntomas tempranos o leves (*delirium tremens* inminente) pueden aparecer en la primera semana después de la  ltima bebida. Quedan afectados los sistemas del organismo entero: aparato digestivo, muscular, sistema nervioso central y vegetativo (sueño) y las pautas generales psicológicas y de conducta.

Los síntomas avanzados o graves se pueden observar en un grupo de damnificados con síntomas tempranos. Una irritabilidad más intensa, temblores y alucinaciones auditivas graves pueden ser indicios de *delirium tremens* inminente.

AYUDA EN LA ETAPA POSTERIOR AL DESASTRE, PARA LOS DAMNIFICADOS QUE ABUSAN DE LAS DROGAS*

Las siguientes circunstancias se pueden encontrar después de un desastre; es útil para un consejero reconocer estas características para ayudar y remitir de manera

eficaz. No está dentro del alcance del programa de asistencia en crisis proporcionar tratamiento ni trabajar con grupos con necesidades especiales.*

* Program Guidance - Substance Abuse within the context of the Crisis Counseling Program-1995. Center for Mental Health Services, H.H.S. Rockville, MD.

A. Grupos de edad

1. Los niños pueden estar sujetos a condiciones de hacinamiento al irse mudando las familias y faltar camas y alimentos; además, sus padres pueden estar demasiado distraídos por su adicción para poder ayudarlos a superar los cambios. Los padres permiten que sus hijos jueguen en áreas inseguras, cubiertas de desperdicios que no limpian los padres adictos, por ejemplo, pañales desechables que han tirado fuera de la basura.

2. Los adolescentes son atendidos en hogares de distintos familiares, ya que los padres adictos no logran satisfacer la necesidad de encontrar nuevos recursos. Los adolescentes a menudo empiezan a usar drogas y abandonan la escuela.

3. Los adultos adictos se sumergen casi por completo en sus adicciones y casi no tratan de restablecer sus condiciones de vida y son padres que descuidan a sus hijos.

4. Es posible encontrar algunos damnificados ancianos abusando de bebidas alcohólicas en sus hogares, ansiosos y deprimidos, recordando las experiencias casi mortales que vivieron durante el desastre, pero se resisten al tratamiento.

Muchos drogadictos son jefes de familia y tienen que mantener a sus familias en condiciones de vida muy difíciles; su situación, en especial en las primeras semanas, es desesperada. Empiezan a usar estupefacientes y alcohol o intensifican su uso como forma de adaptarse a las circunstancias. A este grupo también le afecta el problema de la reubicación y la pérdida del sistema de apoyo. Todas esas situaciones, más la falta de esperanza, contribuyen a agravar el uso del alcohol y las drogas. La frustración y la desesperación pueden aumentar el grado de adicción.

Los jóvenes se enfrentan con el cambio de domicilio y de escuela; este problema conlleva una pérdida de los sistemas de apoyo. En un número elevado de casos, la reubicación los pone en un ambiente difícil, agravado por el hecho de que tienen que asistir a una escuela distinta.

Como resultado de la presión de los compañeros, muchos de ellos se unen a las pandillas, creando o agravando el problema de las drogas o el alcohol. Muchos de estos jóvenes dejan de ir a la escuela, empiezan a traficar con drogas y a cometer otros delitos para sostener su hábito.

B. Problemas relativos a las diferencias de género

1. Los varones:

Gran parte de los damnificados que abusan de las sustancias en las zonas de socorro son varones. Los hombres tienden más a frustrarse por la noción estereotipada de que son los proveedores de la familia, que es un papel mucho más difícil de desempeñar después de un desastre. La pérdida de sus hogares, la incapacidad de abastecer lo suficiente a la familia y, a veces, la pérdida de ésta agrava el grado en que abusan de las sustancias. Muchos de ellos se quedan sin techo y cometen delitos para sostener su adicción. Obligados por la situación estresante e impulsados por la influencia del alcohol y las drogas, comienzan a abusar verbal y físicamente de sus familias.

Otro problema de los varones adictos es la presión de los compañeros. A veces cuando pierden sus trabajos debido al desastre buscan empleo en la industria de la construcción, que suele prosperar en la zona. Además, están rodeados de personas que vienen de todo el país a trabajar en la reconstrucción. A veces, estas personas son adictas a las drogas y al alcohol.

2. Las mujeres:

Muchas mujeres adictas viven solas con sus hijos pequeños. Les conceden prioridad para darles vivienda, por lo general en hogares donde no tienen que pagar el alquiler. Aunque la situación parezca ser estable, es probable que no haya nada de comer en sus hogares; sus hijos no tienen suficiente ropa para ir a la escuela porque sus madres se gastan el dinero en drogas y alcohol. Hay muchas adictas que ya tienen dificultades con los servicios oficiales de protección ya que los resultados de las pruebas que les hicieron a sus recién nacidos fueron positivos a la cocaína. Después del desastre pueden interrumpir su tratamiento obligatorio. Solicitan ayuda para obtener tratamiento ambulatorio, que están obligadas a terminar, pero puede no haber un programa de tratamiento ambulatorio al cual tengan acceso o si lo hay quizá no proporcionen atención infantil mientras el cliente está recibiendo los servicios.

Muchas madres adictas tienen la tendencia a maltratar físicamente a sus hijos, la experiencia traumática del desastre puede exacerbar esta situación. Algunas adictas hacen un esfuerzo por conseguir un trabajo, pero no lo pueden conservar por la inestabilidad de su conducta.

C. Tipos de trauma detectados en los damnificados que abusan de las sustancias

1. Pérdida del hogar.

a) No muchos adictos crónicos eran dueños de sus casas antes de un desastre; más tarde, empeoró el problema del alcoholismo o la drogadicción. Poco después de recibir algún dinero, muchos adictos ya se han gastado una suma considerable de ese dinero en drogas y alcohol.

2. Pérdida del empleo

a) Los adictos pierden el empleo después de los desastres por que su lugar de trabajo queda destruido o por la falta de transporte; también quedan destruidos sus vehículos. La pérdida del empleo significa menos ingresos, pero para los adictos esta situación no reduce su uso del alcohol o las drogas; por el contrario, la frustración que provoca la situación contribuye a que usen estupefacientes.

b) Los adictos desempleados necesitan dinero para sostener sus hábitos. Para tal fin es posible que comiencen a participar en actividades ilegales, como el narcotráfico, los hurtos y los robos con allanamiento de morada.

La pérdida de vivienda y el hecho de que están demasiado distraídos, confusos o enfermos para tomar las medidas necesarias para conseguir otra vivienda, los incita a alojarse en las ruinas de cualquier casa que todavía tenga paredes.

La pérdida o la separación de los familiares, algunos de los cuales se mudan a campamentos u otras partes de la ciudad, aumenta su soledad.

Las disparidades en el nivel de aculturación de los miembros de la familia complican el problema. Esta interacción familiar inconsecuente se convierte en un inconveniente importante al trabajar con personas que abusan de sustancias. La discrepancia de percepción entre generaciones, además de las deficiencias en sus

aptitudes para comunicarse, hacen muy difícil ayudarlos a comprender conceptos tales como la codependencia o crear sistemas apropiados de apoyo.

La carencia de hogar. Por razones diversas, casi todos estos damnificados eligen vivir en los campamentos provisionales, lo cual hace casi imposible seguirlos. Cuando el consejero puede ubicarlos, por general desaparecen .

La participación inestable en la fuerza laboral. No siempre hay oportunidades de trabajo. Esta situación también se complica por muchas estafas laborales documentadas. Casi todos estos damnificados informan de al menos un incidente en el cual habían sido empleados por un contratista que posteriormente desapareció con el pago.

DESCRIPCIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL

Los sentimientos que se observaron con mayor frecuencia después del desastre en esta población, se pueden resumir como estrés producido por las preocupaciones laborales y financieras (es decir, la frustración ante su incapacidad para conseguir un trabajo, falta de aptitudes adecuadas y calidad migratoria o de damnificado). Otro sentimiento recurrente del que informan muchos damnificados que abusan de las sustancias, es un sentimiento intenso de inferioridad que se suele relacionar con la falta de ingresos suficientes para sostener a la familia.

La resignación y la impotencia son comunes a casi todos los casos; estos sentimientos se evidencian sobre todo en los damnificados que tenían problemas matrimoniales no resueltos o de adaptación con otros miembros de la familia.

Una gran proporción de estos damnificados que abusan de las sustancias también sienten temor. La manifestación más frecuente es la ira desplazada y las percepciones distorsionadas, que conducen a conductas no adaptativas y reacciones de estrés graves.

Aunque se observaron algunos signos de trastorno de estrés postraumático, en general, los damnificados que en algunos países estuvieron expuestos de manera directa a la guerra y sus consecuencias parecían ser los más traumados. En apariencia los desastres desencadenan emociones recurrentes y conductas asociadas con la destrucción y el caos (es decir, intrusión de pensamientos acerca de los familiares o amigos muertos en la guerra).

MÉTODOS DE IDENTIFICACIÓN PARA ENCONTRAR DAMNIFICADOS CON PROBLEMAS DE ABUSO DE SUSTANCIAS

Una de las actividades de los equipos es la búsqueda activa de víctimas mediante evaluaciones en los domicilios; el equipo completo debe participar en esta operación. Una pregunta que se debe responder es si hay un problema de abuso de sustancias, si el miembro de la familia entrevistado admitiera que hay un problema de alcohol o drogas en la familia, el consejero a cargo de la entrevista de evaluación debería remitirlos a un especialista en abuso de sustancias.

Ya que son pocas las personas que admiten con facilidad tales problemas, los miembros del equipo deben estar adiestrados para reconocer los signos de abuso de sustancias en la familia, como latas de cerveza afuera, una casa desordenada, falta de alimentos, niños descuidados, olores y sobre todo evasión al responder a las preguntas. Se les debe dar instrucciones de remitir al damnificado si el consejero sospecha que hay abuso de sustancias; la técnica consiste en ganarse la confianza de la víctima, haciendo preguntas que no se relacionen con el tema y conversando. Tarde o temprano, casi siempre se sincera el damnificado y admite que tiene un problema con el alcohol o una droga.

EVALUACIÓN DEL ESTADO Y LAS NECESIDADES DEL DAMNIFICADO

Una vez que el damnificado admite que tiene un problema de drogas o alcohol y está de acuerdo en recibir ayuda, el consejero le presta asistencia remitiéndolo a una evaluación y a un organismo de tratamiento.

A menos que el damnificado reconozca fácilmente que tiene un problema para el cual requiere asistencia, la intervención consiste en expresar, con empatía, inquietud acerca de sus circunstancias actuales, proporcionar cualquier asistencia material posible hasta que exista confianza en la relación y luego introducir el tema del tratamiento, explicando las opciones que tiene dadas sus circunstancias. Si el damnificado se resiste, hay que dejar pasar el tiempo, lo que suele hacer que la situación empeore, e intente un nuevo acercamiento con la misma empatía, cerciorándose siempre de que la persona sepa cómo procurarse la ayuda a su alcance, si la desea.

Los objetivos son lograr que la persona empiece el tratamiento, de ser posible, o plantar la semilla de la idea, en caso contrario. Hay que intentar vincular a la familia a las fuentes de asistencia, como Familias Anónimas.

1. Cuando el damnificado no admite que tiene un problema de drogas o alcohol, el consejero busca una excusa para volver a la casa y trata de relacionarse mejor con la persona, acercándose a ella y ganándose su confianza. Se inicia una conversación general de tipo social.
2. Cuando se ha obtenido la cooperación de la familia y no hay riesgos, se emplea el modelo de intervención familiar para ayudar a la remisión para el tratamiento. Cuando es posible, varios familiares u otros seres queridos pueden organizar una reunión con el damnificado y el consejero procede con la remisión. Este método es eficaz y va seguido de los arreglos con un centro de tratamiento para que reciba al damnificado.
3. En algunos damnificados coexisten la drogadicción y los trastornos de salud mental. En estos casos se envía a la persona a un establecimiento de salud mental que colabore.

RECURSOS DIDÁCTICOS

EJERCICIOS DE TRABAJO DE GRUPO*

* Algunos datos se obtuvieron de los miembros del equipo de salud mental- Dade County, Florida, USA, Huracán Andrew, 1992.

Ejercicio 1:

Respuesta de la familia en la etapa posterior al desastre

Video: Hurricane Blues (solicitado a Emergency Services and Disaster Relief Branch, Center for Mental Health Services, HHS, Washington, USA).

1. El instructor divide a los estudiantes en grupos y le pide a cada uno que después de analizar el vídeo haga un grupo de lo siguiente:

Expresiones emocionales
Conducta de los miembros de la familia
Interacción dinámica:

- a) entre los niños
- b) entre los adultos
- c) entre los niños y los adultos

2. En grupo, los estudiantes citan los objetivos de las intervenciones para ayudar a la familia.

3. Cada estudiante elige un objetivo y hace la escenificación de roles correspondiente a la técnica de la intervención.

Nota: El instructor debe detener la cinta antes de la parte de la presentación del consejero y procede con el ejercicio. Después de que termine el ejercicio, se debe exhibir la parte de la presentación del consejero y someterla a discusión.

Ejercicio 2:

Video: Children and Disaster (solicitado a Emergency Services and Disaster Relief Branch, Center for Mental Health Services HHS, Washington, USA).

El instructor muestra el vídeo y el grupo completo discute la presentación y las técnicas de intervención.

Ejercicio 3:

El instructor pide a los estudiantes que mencionen los problemas que presentan los subgrupos de damnificados con enfermedades mentales e infección por VIH/SIDA.

Ejercicio 4:

El instructor pide a los estudiantes que escriban un guión y actúen en varios episodios de situaciones con ancianos.

Trabajadores de socorro en casos de urgencia

INTRODUCCIÓN SOBRE LA ASISTENCIA A LOS TRABAJADORES Y A LAS VÍCTIMAS SECUNDARIAS DE LOS DESASTRES

El estrés traumático al que están expuestos los trabajadores de rescate y de socorro que participan en las operaciones de urgencia después del desastre puede producir reacciones de estrés acumulativo, incluido el trastorno de estrés posttraumático, la depresión y signos de agotamiento. La asistencia sistemática que ofrece la oportunidad de recibir ayuda e intervenciones concretas destinadas a calmar la tensión y rendir el informe verbal, ayudar al trabajador mediante el apoyo y la reducción de las repercusiones de los efectos del desastre. El instructor presentará la descripción de las técnicas y los formatos en conformidad.

Los trabajadores en cada fase del socorro en casos de desastre - se trate de servicios de protección, refugios que no sean del gobierno, servicios de ropa y alimentos, servicios del gobierno de rehabilitación o recuperación, o servicios sociales - están expuestos a exigencias personales sin precedentes por su deseo de ayudar a satisfacer las necesidades de las víctimas. Para muchos, el desastre toma precedencia sobre las demás responsabilidades y actividades, los trabajadores dedican su tiempo entero a las tareas engendradas por el desastre, al menos en el periodo inmediato posimpacto. Es preciso que estén capacitados para prever los signos del agotamiento a fin de que puedan reconocerlos no sólo en ellos mismos sino también en sus compañeros. La administración en todos los niveles y el personal de gerencia deben estar atentos y auxiliar a los trabajadores de socorro. A medida que se restablece el orden, muchos de los trabajadores regresan a sus trabajos regulares, pero al mismo tiempo intentan seguir con su trabajo de socorrista. Como se menciona antes, el resultado de la sobrecarga de trabajo es el síndrome del agotamiento, un estado de desgaste, irritabilidad y fatiga que va progresando en la persona de manera encubierta e imperceptible y disminuye de manera notable la eficacia y la capacidad del trabajador.

La mejor manera de impedir el síndrome del agotamiento es preverlo, estar alerta a sus primeros signos y actuar con un estilo autoritario, otorgar descanso para que se alivie el estrés. Los síntomas se manifiestan en cuatro dimensiones principales.

SÍNTOMAS

Cognoscitivos

Confusión mental, lentitud del pensamiento, incapacidad para emitir juicios y tomar decisiones, pérdida de la capacidad para conceptualizar opciones o dar un orden de prelación a las tareas, pérdida de la objetividad al evaluar el funcionamiento propio, etc.

Psicológicos

Depresión, irritabilidad, ansiedad, agitación, reacciones de cólera excesiva, etc.

Somáticos

Agotamiento físico, pérdida de energía, dificultades digestivas, trastornos de la alimentación, hipocondría, trastornos del sueño, temblores, etc.

Conductuales

Hiperactividad, fatiga excesiva, incapacidad de expresarse verbalmente o por escrito, etc.

Los desastres siempre congregan trabajadores de diversos servicios de urgencia, algunos llegan de inmediato con un cometido definido y tareas gubernamentales ordenadas por prioridad. Otros forman grupos, llegan con diferentes tareas asignadas, experiencias anteriores, niveles diversos de aptitudes y empleo para las labores de socorro. Todos ellos, por ejemplo, los equipos de primera respuesta, buscan ser útiles y proceder a rescatar al herido, recoger muertos, seleccionar mediante métodos de *triage* la intervención más importante; se comprometen a resistir largas horas sin pensar mucho en los alimentos o el reposo. Este grupo de trabajadores presenta un desafío al planificar e instrumentar un programa de intervención en la etapa posterior al desastre. Los programas de los diferentes equipos que trabajan con los damnificados durante periodos largos, debe permanecer bajo vigilancia para prevenir las reacciones de estrés.

Se han documentado criterios modernos para identificar, comprender y ayudar a los trabajadores como una esfera importante del conocimiento en materia de socorro. Jeffrey Mitchell et al., han producido material de capacitación en el que se esboza la historia del estrés de incidentes críticos, las reacciones comunes y los síntomas experimentados por los trabajadores de urgencia (Ver bibliografía).

Los mismos elementos fundamentales conceptuales del conocimiento presentado en el componente básico de este libro (Volumen I. Manual para Trabajadores) ofrecen las guías para ayudar a los trabajadores en el desempeño diario y penoso de sus trabajos. El trabajador también está bajo estrés grave, algunos incluso son damnificados y trabajadores de rescate, y sufren la tensión del tiempo, los compromisos de trabajo, el conflicto entre ayudar a su familia o reportarse al trabajo.

Cada tipo de trabajador de urgencia funciona en diferentes organizaciones, que se interrelacionan con objeto de lograr la meta común de prestar asistencia. Las múltiples clases de personas que se reclutan en el sitio del desastre para ayudar, sin mayor identificación o evaluación de la correspondencia entre el trabajador y la tarea suelen producir un conflicto de roles, ambigüedad y descontento; algunos factores estresantes que le afectan pueden tener su origen dentro de la organización o entre organizaciones. Suelen cumplir funciones múltiples atendiendo necesidades diversas y a veces conflictivas de los damnificados. Dirigir la atención a las repercusiones emocionales de estos factores estresantes en los trabajadores de socorro, sus reacciones, conducta y

sentimientos, determinar los métodos con los que se les puede ayudar a hacer su trabajo. Estas reacciones pueden fluctuar de la adaptación/el crecimiento apropiado a las secuelas patológicas/crónicas que impiden al individuo seguir funcionando; interactúan variables múltiples en una línea vital dada de un trabajador, para producir resultados tan ampliamente divergentes. Un concepto importante que abarca muchos elementos de este estrés ocupacional es el llamado agotamiento y se define como el desgaste mental y emocional, con síntomas fisiológicos - deficiencias de sueño, trastornos del apetito, aumento de la irritabilidad - que interfieren con el trabajo.

El fenómeno de los signos y síntomas del agotamiento tiene muchas fuentes, pero una importante y evidente es que casi a ningún trabajador de socorro se le enseña o ayuda durante las operaciones a buscar, identificar y atender sus propias necesidades físicas y emocionales. No se aplican a sí mismos el axioma de que sus necesidades son normales en estas situaciones muy anormales y que a menos que satisfagan sus necesidades constantemente, no podrán funcionar de una manera provechosa, sistemática y sensible para ayudar al damnificado.

Existe una serie de métodos para los instructores, los planificadores y los directores de programas de salud mental cuya finalidad es prevenir y ayudar a los trabajadores a funcionar durante los desastres; estos métodos ayudan a los trabajadores a adquirir las técnicas y las aptitudes para hacer frente al estrés. Por su importancia, el ejercicio, el régimen alimentario, la relajación y la recreación se incorporan en la actualidad en las condiciones laborales y deben formar parte de las actividades de capacitación permanente para los trabajadores.

Los consejeros empleados para prestar orientación en crisis a los damnificados, ahora también deben estar a disposición de otros trabajadores que necesiten asistencia en las reuniones en las que se rinden los informes verbales sobre la misión y el estrés de los incidentes críticos.

INFORME VERBAL SOBRE LA MISIÓN (DEBRIEFING)

El informe verbal sobre la misión se centra en las reacciones cognitivas y emocionales de los trabajadores de socorro, quienes están tratando de adaptarse a las sensaciones nuevas que acumulan a partir de sus experiencias en el trabajo.

Estas intervenciones del informe verbal sobre la misión se hacen en grupos pequeños, en condiciones de confidencialidad y con objetivos específicos. Su estructura está configurada por una secuencia de procesos, que se mencionan a continuación.

Descripción de las actividades en la interacción con los damnificados: los participantes comparten escenas reconstruidas, visuales, auditivas y olfatorias.

Identificación y reconocimiento de las reacciones emocionales inusitadas paradójicas del trabajador. De esta forma se reducen las ideas erróneas, se corrige la información equivocada y se establecen métodos de reducción de estrés.

Reconocimiento de los sentimientos ambivalentes en algunas situaciones y el significado que tienen para el trabajador.

Asistencia a los trabajadores para que relacionen algunos de sus sentimientos con las dificultades para dormir, del apetito, el control de impulsos y la irritabilidad que producen las tareas estresantes.

Resumen de la discusión a cargo del consejero de salud mental, quien contesta preguntas y refuerza el mensaje de que las respuestas de los trabajadores de socorro son reacciones normales a situaciones anormales. Estos criterios también dan la oportunidad de brindar apoyo y reforzar los intentos para adaptarse.

La sesión de los incidentes críticos, en general, se celebra con personas que han participado en situaciones sumamente traumáticas y están manifestando signos de estróos psicofisiológicos, que les resultan difíciles de solucionar y dominar. Una condición muy importante de esta sesión es que debe ser confidencial por completo y no se deben emitir juicios de valor.

RESPUESTA AL INCIDENTE CRÍTICO

Un incidente: es súbito, azaroso y estresante. Afecta no sólo al damnificado, sino también a los trabajadores. El incidente puede resquebrajar la sensación de seguridad y bienestar y destruir momentáneamente la capacidad del trabajador para funcionar de modo normal.

Esta reacción se llama respuesta al incidente crítico ; aunque las personas reaccionan con diferentes intensidades y se recuperan a su propio ritmo, casi todas manifiestan alguna clase de respuesta al incidente crítico, quizá una alteración entre dos estados: del aturdimiento a la agitación, o del control a la impotencia.

El objetivo del informe verbal sobre el estróos del incidente crítico es promover la catarsis y educar. Debe llevarse a cabo dentro del primer día después del incidente. Se anima a los participantes a compartir sus sentimientos y reacciones para que se les ayude a comprender lo que ha sucedido, en su debida perspectiva, y a aprender acerca de las reacciones normales previsibles en determinada situación.

DEBRIEFING

Este proceso permite a los trabajadores ventilar sus sentimientos y desahogarse en un ambiente informal sin estructura, que se puede organizar después de un día de trabajo. En estas reuniones se pueden intercambiar consejos, recomendaciones e información. Si es preciso, después de estas reuniones se celebra una reunión formal planificada para el informe verbal de la misión o la respuesta a los incidentes críticos.

Las siguientes páginas se pueden usar como transparencias, diapositivas u hojas sueltas para entregar durante el curso.

AGOTAMIENTO DE LOS TRABAJADORES

Definición

Un estado de cansancio leve, moderado o grave, irritabilidad y fatiga que reduce notablemente la eficacia de una persona.

Proceso de resolución de crisis (*coping*)

Proceso para tolerar o reducir el efecto negativo de una experiencia o dominar una situación amenazante.

Cambios en las funciones y el papel del consejero de salud mental que se convierte en trabajador de socorro en casos de desastre

Conocimientos tradicionales característicos

Variedad diferente y novedosa de funciones

Nuevas actitudes coprofesionales

Ritmo y elementos temporales: contingencias de las crisis

Evolución en las expectativas y actitudes de los trabajadores asistentes en socorro ajenos a la salud mental

Consultas basadas en la participación y la colaboración

MARCO CONCEPTUAL BÁSICO DEL ORGANISMO BIOPSIOSOCIAL

Sistemas de apoyo (mediadores-reguladores)

Asistencia (en cada nivel) al individuo después del desastre en el intercambio de persona a persona:

apoyo proporcionado a efectos de la identificación;

intercambio de información útil;

oportunidad de compartir técnicas de resolución de crisis;

aumento de la sensación de autoestima merced al apoyo;

refuerzo para el cambio y persistencia del esfuerzo (retroinformación sobre el desempeño);

ayuda concreta y prestación de servicios como consejero;

opciones de solución de problemas y orden de prelación de las soluciones;

actividad y potenciación de las habilidades mediante el apoyo ante las condiciones adversas.

CONDICIONES QUE SE PRESENTAN EN EL ESTRÉS OCUPACIONAL

1. Presiones de tiempo
2. Sobrecarga de trabajo
3. Refuerzo positivo mínimo
4. Probabilidad alta de aparición de conflictos
5. Supervisión mínima dedicada a la orientación
6. Desgaste de energía y atención al damnificado prolongados
7. Incidentes de crisis en varios damnificados al mismo tiempo
8. Crisis personal en la vida del trabajador de socorro

EL AGOTAMIENTO COMO UN PROCESO PSICOFISIOLÓGICO Y ESTRATEGIAS PARA MANEJAR EL SUFRIMIENTO

PREVENCIÓN MEDIANTE EL MANEJO DEL ESTRÉS

1. Aprenda a reconocer el estrés inherente a su trabajo y formule estrategias preventivas para mitigar dicho estrés en trabajos de alto riesgo.
2. Aprenda a reconocer y evaluar los signos y síntomas del estrés cuando aparecen y establezca planes y metas para manejar tal estrés (resolución de crisis y utilización de sistemas de apoyo).
3. Cobrar conciencia de que: las estrategias de prevención y tratamiento pueden reducir o eliminar el efecto negativo del estrés y sus consecuencias:

deterioro del desempeño en el trabajo
agotamiento
elevada tasa de asistencia
problemas de salud
problemas familiares de los trabajadores

4. Los sistemas de apoyo y los recursos al alcance del trabajador para resolver las situaciones de crisis - informes verbales, orientación, educación - son métodos preventivos que evitan el agotamiento.

BARRERAS AL USO DE MÉTODOS PREVENTIVOS PARA DISMINUIR LA TENSION Y EL AGOTAMIENTO

1. Las normas profesionales y expectativas personales exigentes de los trabajadores influyen en la evaluación de una situación.
2. La renuencia o la incomodidad al analizar los sentimientos, en particular aquellos que quizá denoten debilidad y reflejen dudas acerca del propio desempeño (autoevaluación)
3. La necesidad de negar o suprimir sentimientos durante las situaciones difíciles para poder funcionar: incomodidad al reconocer y analizar tales sentimientos cuando surgen y producen tensión
4. Preocupaciones acerca de que aceptar la asistencia psicológica influiría adversamente en la evaluación del desempeño del trabajo o las oportunidades de promoción (valores, sistemas de creencias)
5. Los trabajadores pueden tener dificultades para juzgar sus propias reacciones y desempeño cuando están abrumados y afligidos
6. Las reacciones de vergüenza y culpa al cobrar conciencia del contraste entre las situaciones personales frente a las familias damnificadas

AMORTIGUADORES DEL AGOTAMIENTO

1. La capacitación constante protege de la tensión física y emocional
2. Repertorio actual de estrategias de adaptación
3. Perspectivas realistas de los límites de la función
4. Control de la identificación excesiva con los damnificados
5. Conciencia de las fantasías de omnipotencia
6. Confusión mínima de roles
7. Modificación de los mecanismos de adaptación, adversos e identificados
8. Práctica de los objetivos positivos de adaptación
9. Confianza para usar los sistemas de apoyo y supervisión

CARACTERÍSTICAS DE LOS INCIDENTES CRÍTICOS Y CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

Guías de apoyo para los trabajadores

1. Los trabajadores deben tener un plan para comunicarse con sus familias y ubicarlas.
2. Los trabajadores deben ser conscientes de las condiciones en el campo antes de presentarse a sus sitios de trabajo.

3. Los trabajadores deben obtener los suministros necesarios, incluidos folletos sobre el control del estrés de los trabajadores de socorro y el cuidado de sí mismos.
4. El trabajador debe evaluar la cadena de mando y la supervisión que el Centro de Operaciones da al personal de campo.
5. Los equipos deben establecer funciones y responsabilidades.
6. El trabajador debe trabajar en equipo con otros organismos de la comunidad, por ejemplo, la Cruz Roja, el organismo de servicios sanitarios y de salud mental para casos de desastre.
7. Los trabajadores deben buscar signos de estrés en sus colegas y recibir capacitación continua, orientación y supervisión.

PROCESO DEL INFORME VERBAL SOBRE ESTRÉS EN SITUACIONES CRÍTICAS

1. Los trabajadores de alto riesgo son vulnerables a las respuestas físicas y psicológicas ante el sufrimiento humano, las situaciones de crisis y la muerte.
2. Es un método eficaz para ayudar a los trabajadores a adaptarse a lo que están experimentando, el analizar las situaciones de crisis abrumadoras.
3. Una situación crítica puede definirse como la que provoca sentimientos inusualmente intensos en el trabajador y puede ser un recuerdo que evoca reacciones emocionales anteriores.
4. El proceso del informe verbal es una nueva forma de supervisión y resolución de crisis para los trabajadores de alto riesgo que se desempeñan en condiciones cotidianas de estrés.
5. Este proceso alivia las reacciones de estrés del trabajador a situaciones trágicas de damnificados en crisis/duelo e inhibe las reacciones retardadas de estrés que pueden aparecer semanas después.

VÍCTIMAS Y TRABAJADORES DE SOCORRO

Los trabajadores de socorro como víctimas escondidas

	MOTIVACIÓN		RESPUESTA	RESULTADO
TRABAJADORES DE SOCORRO	Motivación personal Percepción del desastre Percepción de la ayuda Experiencia pasada Rasgos de personalidad	Respuesta altruista (positiva curiosidad, euforia, deshacer)	Medios de adaptación Participación activa Dominio Análisis Relaciones de apoyo Descarga emocional	Positivo Buena ayuda Experiencia positiva en la vida Negativo Mala ayuda Experiencia negativa en la vida ¿Trastorno?
VÍCTIMAS	Encuentro con la muerte Pérdida y otros factores de estrés	Angustia en los demás	Estrés ante los roles	

METAS DEL INFORME VERBAL COMO AYUDA AL TRABAJADOR

1. Cerciorarse de que se satisfagan las necesidades básicas del participante.
2. Pedir a los participantes que compartan, reconstruyan de manera verbal y ventilen las emociones más agudas e intensas y los recuerdos del desastre.
3. Ayudar a los participantes a explorar el significado simbólico del evento.
4. Aumentar la confianza en que las reacciones de los participantes son normales y disminuir la sensación de ser el único/la única.
5. Facilitar el apoyo de grupo y mejorar el apoyo social de los compañeros.
6. Reducir las ideas erróneas y corregir la información falsa acerca de los acontecimientos y de las reacciones de estrés normales y anormales.
7. Promover, enseñar y reforzar las tentativas de resolver la crisis.
8. Ayudar al grupo a intentar métodos para reducir la tensión y la ansiedad.
9. Apoyar y facilitar el retorno al funcionamiento corriente previo al incidente y promover la asistencia del grupo.
10. Seleccionar y remitir a los participantes en alto riesgo a la asistencia profesional.
11. Recalcar que un fin del informe verbal es reconstruir lo que realmente sucedió para que otros puedan beneficiarse de las lecciones aprendidas.

INFORME VERBAL DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

La capacitación en recuperación postraumática es más eficaz cuando la reunión ocurre 2 a 5 días después del incidente.

El informe verbal debe ser obligatorio para el personal que participe en el incidente y seguir este formato:

a) Se hace la introducción al informe verbal

Para empezar el informe, se hacen las presentaciones personales necesarias. Se discuten las reglas básicas, incluida la confidencialidad, y el temario presentado.

b) Se cuenta la historia

Cada participante en el informe verbal describe sus experiencias y sentimientos durante el incidente crítico.

c) Se comparten respuestas y reacciones

Cada participante describe sus reacciones postraumáticas.

d) Comprensión de las respuestas y reacciones

Se presenta información acerca del estrés postraumático, que incluye los resultados normales de la exposición al estrés postraumático y las perspectivas de recuperación.

e) Se hace un contrato de recuperación

Cada participante elabora un plan para recuperarse que le ayudará a

controlar el estrés postraumático y reducir las posibilidades de estrés postraumático a largo plazo.

f) Cierre

Se termina el informe verbal y se acuerda el enlace con los participantes.

Los informes verbales en grupos pequeños incluyen una sesión de seguimiento 3 a 4 semanas después de la sesión inicial.

(Este proceso de informe verbal es una modificación de Post-Shooting Debriefing, del FBI, y de Critical Incident Stress Debriefing, de Jeff Mitchell.)

INFORME VERBAL EN GRUPOS PEQUEÑOS

No más de 15 participantes.

Objetivo principal: manejo de las consecuencias postraumáticas y evaluación por los participantes en el informe.

Cada participante plantea sus experiencias, para compartir los detalles y los beneficios de ventilar.

Cada participante informa de las consecuencias postraumáticas.

El participante recibe el apoyo de los demás miembros del grupo, el departamento y participantes en el informe.

Cada participante analiza el evento.

Se comprende, al escuchar a otros participantes y la información que se proporciona acerca de la normalidad de las respuestas postraumáticas.

INFORME VERBAL DEL INCIDENTE CRÍTICO

Se selecciona a los participantes que necesiten otros servicios, basándose en la evaluación de los facilitadores de las condiciones y la gravedad de las consecuencias postraumáticas.

Duración de al menos dos a tres horas; es difícil controlar el tiempo.

Debe haber seguimiento.

Los facilitadores evalúan el informe verbal de cada participante y determina las necesidades de servicios adicionales. Remisiones a servicios más intensos según sea necesario.

Seguimiento en unas pocas semanas para observar la aparición de cualquier reacción a largo plazo y una nueva evaluación.

INFORME VERBAL DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Sugerencias sobre qué hacer y no hacer después del incidente traumático

Según el incidente traumático y las consecuencias postraumáticas, estos son ejemplos de las aptitudes de resolución de crisis en los participantes en el informe verbal.

HACER	NO HACER
Descansar mucho	Beber alcohol en exceso
Mantener un buen régimen alimentario y hacer ejercicio	Usar sustancias legales o ilegales para apagar las consecuencias
	Aislarse de los seres queridos

Dedicar tiempo a las actividades de esparcimiento	
Estructurar su vida lo mÆs posible, pero reconocer que no siempre se logra	Alejarse del trabajo
Encontrar apoyo en los compaæeros o miembros de la familia, o ambos, y conversar con ellos acerca del incidente	Reducir la cantidad de actividades de esparcimiento
Aprender sobre el estrØs postraumÆtico	Tener expectativas poco realistas sobre la recuperaci³n
Pasar el tiempo con la familia y los amigos	Buscar respuestas fÆciles
Prever que el incidente va a causar molestias	Hacer cambios de vida o tomar decisiones trascendentales en ese momento
Conseguirle mÆs ayuda para la reacci³n postraumÆtica de un consejero, si usted lo necesita	Ser exigente con uno mismo o los demÆs

PLAN DE ACCI³N DEL INFORME VERBAL SOBRE EL ESTRÉS DE UN INCIDENTE TRAUMÁTICO

Actividades que ayudarÆn a mi recuperaci³n:

Para cuidarme, voy a...

Hoy

Esta semana

Este mes

GUÍAS PARA EL TRABAJO

TRABAJO/EJERCICIOS DE GRUPO

Pida a cada miembro del grupo que describa un evento difcil en su vida.

Obtenga un vídeo que describa las tØcnicas del informe verbal.

Enumere del hacer y no hacer las acciones para ayudar a un socorrista a usar el informe verbal de un incidente crítico .

LECTURAS RECOMENDADAS

Armstrong K, et al. Multiple stressor debriefing and the American Red Cross: The East Bay Hills fire experience. *Social Work*, 1995;40(1):83-90.

Bell J. Traumatic event debriefing: Service delivery designs and role of social work. *Social Work*, 1995;40(1):36-43

Bergman KH y Queen TR. Critical incident stress: Parts I and II, Fire Command, 1986;18-20:52-56.

Mitchell M y Bray G. Emergency services stress: Guidelines for preserving the health and careers of emergency services personnel. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1990.

Las siguientes publicaciones se pueden solicitar a: Center for Mental Health Services, U.S. Dept. of Health and Human Services, Rockville, MD.

Disaster Work and Mental Health: Prevention and Control of Stress Among Workers, 1985 (reimpreso 1987).

Manual for Child Health Workers in Major Disasters, 1981 (reimpreso 1986).

Prevention and Control of Stress Among Emergency Workers: A Pamphlet for Team Managers, 1987 (reimpreso 1988, 1990).

Prevention and Control of Stress Among Emergency Workers: A Pamphlet for Workers, 1987 (reimpreso 1988, 1990).

Psychological Issues for Children and Families in Disasters: A Guide for the Primary Care Physician, 1995.

Responding to the Needs of People with Serious and Persistent Mental Illness in Times of Major Disaster, 1996.

Role Stressors and Supports for Emergency Workers, 1985 (reimpreso 1990).

Training Manual for Human Service Workers in Major Disasters, 1978 (reimpreso 1983, 1986, 1990).

Esta obra ha sido publicada por la
Organización Panamericana de la Salud
en coedición con
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
y se han terminado los trabajos de esta
primera edición el
29 de octubre de 1999 en los talleres de
Programas Educativos, S.A. de C.V.,
Calz. Chabacano n.ºm. 65, Local A,
Col. Asturias, 06850
Empresa certificada por el
Instituto Mexicano de Normalización y Certificación A.C.,
bajo la norma ISO-9002:1994/NMX-CC-004:1995
con el número de registro RSC-048
México, D.F.

1a. edición, 1999

Cubierta posterior

Salud mental para víctimas de desastres

Guía para instructores

RAQUEL COHEN

Salud mental para víctimas de desastres. Guía para instructores, constituye un compendio notable de los conocimientos más avanzados en este campo, en un mundo en el que cada vez son más dramáticos los efectos de los desastres naturales ya sean huracanes, terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, etc. Destaca aspectos cruciales en el manejo de las distintas víctimas de los desastres, con especial atención a los más vulnerables: niños, personas de edad avanzada, enfermos por HIV, individuos farmacodependientes y su interacción con otras víctimas.

La autora, **Dra. Raquel Cohen**, es una autoridad reconocida a nivel mundial en el ámbito de las consecuencias psicológicas y sociales de los desastres y los métodos de intervención; posee una amplia experiencia en el manejo de las situaciones antes descritas, ha sido requerida por diversos organismos gubernamentales y no gubernamentales de socorro a damnificados; una de sus últimas participaciones fue la ayuda a los habitantes de las regiones afectadas

por el huracán Mitch en Centroamérica.

Esta guía de capacitación complementa la publicación Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores; servir como instrumento para la creación, y ejecución de cursos y programas de capacitación sobre el mismo tema. La Guía para instructores está diseñada de forma flexible para que pueda ser traducida a diferentes idiomas y adaptada a las costumbres de diferentes países o regiones. El objetivo final es tener un equipo de trabajadores de socorro preparado y capacitado para responder eficazmente y así contribuir a reducir las consecuencias sociales y psicológicas de cualquier desastre.

