

VARIABLES QUE INFLUYEN EN LAS REACCIONES DESPUÉS DEL DESASTRE EN LOS NIÑOS

1. La grave interrupción de los procesos de desarrollo producirá desorganización en todas las expresiones psicológicas.
2. La importancia especial del evento y las experiencias en la etapa posterior al desastre, estará relacionada con la etapa del desarrollo.
3. La calidad de las relaciones familiares afectará la expresión de las manifestaciones de duelo.
4. La intensidad del trauma, desde el punto de vista físico y psicológico, influirá en el proceso de duelo y prolongará las reacciones después del desastre.
5. Para la evaluación deben considerarse las circunstancias especiales de la vida de los niños después del desastre (divorcio, escuela nueva, cirugía, inmigración).
6. Las reacciones que ante estos eventos tienen otros adultos importantes en la vida del niño.
7. Los múltiples cambios en el ambiente del niño, después del desastre, debidos a la pérdida de su familia.
8. La plasticidad y capacidad de adaptación como factores protectores, se deben evaluar durante la intervención.

VARIABLES QUE AYUDAN EN LA RECUPERACIÓN 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 actúan como reguladores y moduladores de las emociones y de la organización del yo, que influyen en el estilo de las relaciones
8. Identificar los factores de riesgo: (acción/interacción: individuo-entorno)
9. Aprender o pedir consejo acerca de las reacciones de los niños en casa y en la escuela
10. Usar toda la ayuda y recursos con que se cuente

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

- Familias con problemas matrimoniales o funcionales preexistentes
- Familias multiproblemáticas desprotegidas, para quienes este desastre puede resultar la "gota que derrama el vaso"
- Familias dislocadas en sistemas que no pueden apoyarlas o no los 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

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.

Se da permiso a recurrir nuevamente a la orientación en caso necesario.

■ GUÍAS PARA EL TRABAJO

■ TRABAJO/EJERCICIOS DE GRUPO

- Después de mirar el video “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 postraumático 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 apoyarlos o no los 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 más 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 caóticos 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 desorien-

tación 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 cognitivas, 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; manifestarán más conductas infantiles, su lenguaje será sencillo y concreto y su comprensión de las órdenes o sugerencias será lenta.

■ ¿QUÉ 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 básicas de la vida diaria.

■ ¿CUÁLES SON ALGUNOS DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS COMUNES QUE PODRÍAN 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.

■ ¿CUÁLES 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 “buscapleitos”, 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 más 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 supeditar 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 más 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.

■ ¿CUÁLES 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, él pudiera también tener cierto retraso mental.

■ ¿CÓMO TRATAR EL ESTRÉS EXTREMO CAUSADO POR LA URGENCIA?

El componente básico presentado con anterioridad describe la intervención para ayudar a los damnificados con respecto a sus reacciones emocionales y cognoscitivas. 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 habrán de 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 ES PROBABLE 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 damnifica-

dos; 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 interés 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 (según edad, sexo, cultura, estado socioeconómico, salud, etc.) y el interés 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; además, los grupos religiosos están 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 geográfica. 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 más reubicaciones, cabe concluir que algunos efectos de los factores estresantes se manifestarán 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 estrés, excepto ayudar a los damnificados a compartir sus historias y a ventilar algunas de sus elevadas tensiones. Con respecto a la segunda fuente de estrés —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 médicas. Los boletines diarios con información clara y los métodos para contener rumores acerca de lo que ha sucedido en sus vecindarios, son útiles.

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 qué 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 más desilusiones desgarradoras. Casi todos los damnificados preferirían estar ocupados y activos y sentirse útiles, 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 desánimo, sin tomarlas como una ofensa personal ni poniéndose a la defensiva o prometiendo soluciones inmediatas, puede ser uno de los recursos más 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 público 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 motriz 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 teman 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 difirió 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.