

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.
- Pregúnteles 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 esté 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 más 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 frágiles de edad avanzada a las que se traslada sin usar procedimientos adecuados pueden padecer enfermedades y hasta la muerte.

Efecto de las pérdidas múltiples

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

(continúa)

(continuación)

Vulnerabilidad a la hiper/hipotermia

Las personas de edad avanzada suelen ser mucho más susceptible a los efectos del calor o el frío. Esto se torna más 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 después de un desastre; también 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 burocrático. Esto es en especial válido para las mujeres mayores que tenían un cónyuge que se ocupaba de estas tareas.

Alfabetismo

Muchas personas ancianas tienen niveles de educación más 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 inglés en EUA o vean disminuida su capacidad para comprender instrucciones por la situación estresante. El fracaso resultante en la comunicación podría con facilidad complicarse aún más 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 necesitarán 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 más 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 estresantes/psicológicos	XX	XXXXX	XX	XXX
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.

¿CUÁLES 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 pánico agudos

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

¿QUÉ 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 médicas 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.

■ ¿QUÉ SE PUEDE HACER EN LOS CASOS DE ABUSO DEL ALCOHOL DESPUÉS DE LA URGENCIA?

Las personas adictas al alcohol manifestarán 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 planteará 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.

¿Cuáles 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 última 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 traumatizados. En apariencia los desastres desencadenan emociones recurrentes y conductas asociados 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 pregun-

tas. 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 él 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*

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 video 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 video 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 varios episodios de situaciones con ancianos.

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

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 postraumático, 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, ayudará 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, determinará 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