

# MANUAL DE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL PARA VÍCTIMAS DE DESASTRES

Raquel E. Cohen &  
Frederick L. Ahearn, Jr.

# MANUAL DE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL PARA VÍCTIMAS DE DESASTRES

**RAQUEL E. COHEN, M.D., M.P.H.**, es profesor asociado en la Harvard Medical School, Superintendente del Erich Lindemann Mental Health Center en Boston, y director de salud mental y retardo mental en Harbor Area, Boston, Massachusetts.

**FREDERICK L. AHEARN, JR., D.S.W.**, Presidente y profesor asociado de la Community Organization and Social Planning de la Boston College Graduate School of Social Work.



**HARLA • México**

*¡Un Nuevo Concepto en Libros Didácticos!*

México • Estados Unidos • Centroamérica  
• El Caribe • Sudamérica • España



**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
**ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de Ciencias de la Salud de América Latina y se publica dentro de los programas de educación de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas para la promoción de la salud de sus habitantes. Se deja constancia que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

*Versión en español*

**Lic. JORGE BLANCO CORREA Y MAGALLANES**

Traductor Especializado en Ciencias de la Salud

**Dr. SALVADOR DE LARA GALINDO**

Universidad Nacional Autónoma de México

*Dirección* Jaime Arvizu Lara  
*Proedición* Rodolfo Montiel H.  
*Producción.* Antonio Figueredo H.  
Yesid Medina H.  
*Cubierta* Grafos Publicidad

**MANUAL DE SALUD MENTAL EN DESASTRES NATURALES**  
**Raquel E. Cohen & Frederick L. Ahearn, Jr.**

Copyright © 1989 por Harla, S.A. de C.V.  
Antonio Caso No. 142, Tel. 592-4277, 06470 México, D.F.  
Miembro de la Cámara Nacional de la  
Industria Editorial Mexicana, Reg. No. 723

Versión autorizada en español de la obra en inglés titulada:

**HANDBOOK FOR MENTAL HEALTH CARE OF  
DISASTER VICTIMS**

Copyright © 1980 por The Johns Hopkins University Press  
Baltimore, Maryland 21218

ISBN 0-8018-2427-3

*DERECHOS RESERVADOS*

Prohibida la reproducción de este libro por cualquier  
medio, total o parcialmente, sin permiso expreso de  
los editores

ISBN 968-6199-89-6

Impreso en México — Printed in Mexico

I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII 88 89 90 91 92  
La impresión de la obra se realizó en los talleres de **Offset Rebován, S.A.**,  
Zacahuitzco No. 40, Col. Ma. del Carmen, 03540 México, D.F., Tel. 532-2238  
1 1.5 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 15 20 25 30

Cuando uno muere, deja sus cosas.  
En este caso, las cosas lo dejan a uno  
y uno muere un poco con ellas.

*Declaración de la víctima de un tornado  
Windsor Falls Locks, Connecticut  
Febrero de 1980*

---

# Contenido

Prefacio del Dr. Gerald Klerman, M.D.	xi
Prefacio del Dr. Calvin J. Frederick, Ph.D.	xiii
Agradecimientos	xvii

## **1** Desastres y salud mental 1

Introducción	1
Uso y estructura del manual	3
Definición de desastre	5
Fase de preimpacto	7
Fase de impacto	7
Fase de posimpacto	8
Definición de damnificado	9
Definición de administrador y profesional de salud mental	10

## **2** Conceptos generales en la comprensión de la conducta de los damnificados 11

Estrés y crisis	12
Estrés	12

Crisis	14
Pérdidas, duelo y pena	16
Recursos sociales y emocionales	18
Resolución de crisis y adaptación	21

### **3 Conceptos aplicados en la comprensión de la conducta de los damnificados 27**

Conducta relacionada con desastres	28
Modelos de conducta relacionada con desastres	35
Factores que influyen en la conducta relacionada con desastres	35
Modelo conceptual para la intervención relacionada con desastres	37

### **4 Forma de planear y poner en práctica los servicios de salud mental después de un desastre 43**

Guía para la planeación de los servicios de salud mental	44
Aprobación y apoyo	44
Evaluación de necesidades	47
Objetivos de los servicios de salud mental	49
Enfoques alternativos del programa	51
Diseño del programa	51
Puesta en práctica y administración de un proyecto	53
Financiamiento	53
Estructuras administrativas	54
Reclutamiento de personal	54
Modelos de prestación de servicios	55
Sistema de flujo de información	55
Evaluación y responsabilidades	56

### **5 Educación y consulta 59**

Educación	60
Enseñanza al público	60
Orientación e instrucción al personal del proyecto	62
Conducta de los damnificados	62
Habilidades terapéuticas	63
Sistema de ayuda a los damnificados	63
Sentido de solidaridad	63
Supervisión	64

	Herramientas de instrucción	64
	Consulta	65
	Consulta de caso centrada en el damnificado	68
	Consulta centrada en el programa	69
<b>6</b>	<b>Intervención psicológica después de desastres</b>	<b>71</b>
	Objetivos	71
	Conceptos	72
	Función	72
	Técnicas	72
	Proceso	73
	Nivel de responsabilidad	73
	Objetivos terapéuticos	73
	Pautas para la intervención	75
	Factores de riesgo	75
	Ambiente social	75
	Uso de los recursos médicos y clínicos	75
	Principios en que se sustentan las pautas	76
	Tipos de intervención según las fases después del desastre	77
	Primera fase	77
	Segunda fase	79
	Tercera fase	81
<b>7</b>	<b>Fase 1: Las primeras horas y días</b>	<b>83</b>
	Conocimiento de las condiciones sociales	83
	Características del refugio	85
	Agrupamiento de las personas desplazadas	88
	Configuración de funciones	88
	Habilidades	91
<b>8</b>	<b>Fase 2: Las primeras dos semanas</b>	<b>95</b>
	Conocimientos	95
	Funciones	97
	Habilidades	101

x    CONTENIDO

**9    Fase 3: Los primeros meses    105**

Conocimiento del entorno social de la víctima    **105**

Función del trabajador de salud mental    **108**

Técnicas de intervención    **109**

Conclusiones    **114**

Bibliografía    **115**

Índice    **121**

---

# Prefacio

La historia del campo de salud mental en el siglo XX muestra la expansión continua de los conocimientos en esta área y su aplicación a diversos aspectos de los problemas humanos. Un resultado importante de esta expansión de los conocimientos ha sido la mayor comprensión de la forma en que los humanos —como individuos y como miembros de familias y comunidades sociales— reaccionan a los diversos tipos de estrés y los resuelven.

Las investigaciones sobre el estrés forman un eslabón importante entre disciplinas científicas como la antropología, sociología, epidemiología y biología. Los investigadores están interesados en los mecanismos fisiológicos por los que el organismo se adapta al ambiente mediante la movilización de diversos sistemas adaptativos, en particular el sistema hipotalámico-hipofisiario-adrenocortical, conforme lo propuesto por Hans Selye, y el sistema nervioso simpático, según lo delinea Walter Cannon.

Una consecuencia importante de estas investigaciones ha sido la vinculación de las reacciones fisiológicas internas con los estímulos externos, sin importar que provengan del entorno social o natural. Gran parte de la vida moderna se relaciona con cambios en el entorno psicosocial a raíz de modificaciones en las relaciones interpersonales, cambios socioeconómicos o pérdida y separación respecto de las personas amadas. Si bien el hombre moderno se ha librado cada vez más de las vicisitudes de los desastres naturales gracias a la tecnología, no lo ha logrado por completo. Las hambrunas, inundaciones y plagas son mucho menos comunes para nosotros que para nuestros ancestros, pero no estamos totalmente libres de los estreses derivados de cambios en nuestro ambiente natural. Por lo tanto, los desastres resultantes de fenómenos naturales como las inundaciones, terremotos y erupciones volcánicas continúan siendo parte importante de las experiencias humanas y temas lógicos de estudio en esta área.

Este ensayo de los doctores Cohen y Ahearn es, por lo tanto, una contribución importante a la comprensión de la adaptación humana y el estrés. El desastre natural ocurrido en Massachusetts constituyó una oportunidad singular para estudiar no sólo el impacto de este evento sobre los individuos y sus familias, sino también las formas en que los conocimientos de salud mental podrían facilitar una mejor movilización de los recursos sociales y comunitarios a fin de minimizar los efectos adversos del desastre mismo sobre la salud mental, la cohesión social y los recursos comunitarios.

La acumulación de conocimientos en esta área acarreará beneficios prácticos para otros trabajadores de salud mental y para el campo de la investigación de desastres en general. Además, contribuirá a nuestros conocimientos sobre las formas en que el organismo humano interactúa con su ambiente y la importante relación entre los factores biológicos y ambientales.

GERALD KLERMAN, M.D.

*Administrador, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration  
U.S. Department of Health and Human Services*

---

# Prefacio

Los desastres naturales han ejercido efectos considerables en las poblaciones afectadas desde tiempos antiguos. Se tienen datos de que un terremoto ocurrido en Siria en el año 526 a. de C. cobró 250 000 vidas, mientras que otro ocurrido en 1976 dio muerte a 655 000 personas en Tang Shan, en China. El mayor número de decesos se registró en 1931, cuando las inundaciones y oleadas del río Hwang-Ho en China al parecer originaron el fallecimiento de 3.7 millones de personas. Los desastres han originado mayores pérdidas humanas en diversas partes del mundo que en países como Estados Unidos, pero continúan ocurriendo desastres significativos incluso en naciones como esa, todos los años. A este respecto, la ciudad de Galveston, Texas, tiene la poca envidiable distinción de encabezar a dicho país en lo que se refiere a muertes relacionadas con desastres; unas 6 000 personas murieron el 8 de septiembre de 1900 en esa ciudad a causa de un huracán y las inundaciones relativas.

En el año fiscal 1979 hubo 42 desastres mayores declarados como tales por el presidente estadounidense en 25 estados, además de Puerto Rico, las Islas Vírgenes y Samoa oriental. Más de 38 000 familias quedaron sin hogar, al tiempo que 207 449 más buscaron ayuda en los centros de asistencia a damnificados. La ayuda total del gobierno federal estadounidense en desastres fue del orden de 1300 millones de dólares, pero apenas 184 528 dólares se dedicaron a la orientación en crisis para tratar problemas emocionales debilitantes. Antes de la creación de la Disaster Assistance and Emergency Mental Health Section del National Institute of Mental Health (NIMH), no se gastaba dinero en absoluto en los servicios de ayuda en salud mental a víctimas de desastres. Aunque todavía no se tiene dinero para la investigación y el adiestramiento en desastres, actualmente pueden solicitarse fondos para servicios de salud mental en los desastres declarados como tales por el presidente estadounidense.

El número de vidas perdidas no siempre refleja la magnitud de los problemas psicológicos existentes, ya que los sobrevivientes con frecuencia experimentan numerosas dificultades que dejan caos y turbulencia en sus vidas. En Idaho, la ruptura de la presa Grand Teton en 1976 inundó una porción considerable de dicho estado a lo largo de unos 130 kilómetros de las márgenes del río Snake, y sólo 11 personas murieron. No obstante, los daños fueron tan extensos que se establecieron refugios temporales en seis comunidades, a fin de brindar ayuda a los damnificados durante la fase de emergencia de este desastre. También se proporcionaron servicios de orientación en crisis a más de un millar de personas. En 1978, como resultado de varias tormentas e inundaciones en el área de la ciudad de Boston, 84 personas murieron pero 40 000 más requirieron alimentos y ayuda.

Es sorprendente que, no obstante los daños evidentes a los bienes materiales, la desorganización y perturbación comunitarias, y la pérdida de vidas, se haya dedicado escasa atención a los aspectos emocionales o psicológicos de la ayuda en desastres hasta la promulgación de la ley Disaster Relief Act de 1974, que incluye una sección sobre orientación en crisis. Antes de esto, sólo se habían escrito unos cuantos ensayos profesionales sobre el tema. Por ejemplo, en 1959 Glass analizó los aspectos psicológicos de los desastres y combates, al tiempo que Popović y Petrović observaron reacciones psicológicas adversas después del terremoto de Skoplje, Yugoslavia, en 1963.

Resulta paradójico que, si bien se dedica más atención al campo de la ayuda en desastres, el problema con toda probabilidad empeorará antes de mejorar. Una razón de esto es que la regiones geográficas de Estados Unidos en que son más probables los desastres se están tornando las más pobladas. Las costas y márgenes de los ríos al parecer atraen a la gente. La costa del Pacífico es en especial susceptible a los terremotos, deslizamientos de tierra, incendios e inundaciones. Las áreas de la costa del Atlántico y del Golfo de México son regiones afectadas frecuentemente por tormentas tropicales, huracanes y tornados. Las praderas centrales y los estados del Sur son especialmente vulnerables a las inundaciones y tornados. Al tiempo que continúa el aumento de la población y la sociedad estadounidense se vuelve aparentemente una sociedad más afluyente, son cada vez mayores las responsabilidades sobre el bienestar de los ciudadanos, ante todo en aspectos que no les incumben a ellos mismos. De hecho, esto último fue lo que motivó la promulgación de la ley arriba señalada.

Las investigaciones originales sobre los problemas comunitarios en desastres hacen énfasis en áreas como la administración de alimentos, problemas de movilidad y alojamiento, y cuestiones de organización comunitaria. Dichos estudios los realizaron principalmente sociólogos no orientados hacia la salud mental, que consideraron importante desacreditar ciertas opiniones acerca de los desastres entre los laicos. Los primeros investigadores pensaban que había que disipar algunos mitos acerca de las reacciones de conducta a los desastres. Dichos estudiosos no observaron reacciones de pánico, caos y perturbación generalizados, vandalismo ni trastornos mentales evidentes, incluidas la ansiedad, depresiones profundas y psicosis. En vez de ello, creyeron que las personas se comportaban de manera muy responsable y colaboraban en forma cohesiva en toda situación de desastre, con base en un reducido número de reacciones a corto plazo. No obstante, en fecha reciente se ha comproba-

do, en más de una decena de desastres importantes, que las víctimas sí experimentan reacciones emocionales intensas y aflicción psicológica en dichas situaciones. Los síntomas comunes son trastornos psicofisiológicos, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, ira, resentimiento, reacciones paranoides, problemas maritales, alcoholismo y toxicomanía. Además, ha habido numerosos casos de vandalismo, con ruptura de la integridad y cooperación comunitarias después de las etapas iniciales del desastre.

¿De qué manera enfrentan las comunidades estos aspectos de un desastre? ¿De qué manera los administradores responsables y trabajadores de salud mental pueden planear eficazmente y elaborar programas que funcionen? ¿Qué tipos de profesionales se necesitan y cómo hay que adiestrarlos y prepararlos cuando ocurren los desastres? ¿Qué tipo de intervenciones parecen más apropiadas en diferentes fases, durante el desastre y después del mismo? ¿En qué forma define una comunidad su necesidad de ayuda complementaria en una situación de desastre? Estas preguntas, aunque fundamentales, en forma invariable causan perplejidad y originan problemas graves a las poblaciones afectadas por desastres.

Los doctores Cohen y Ahearn han realizado una tarea valiosa al escribir este manual. La obra tendrá utilidad para el personal administrativo y organizativo, así como los practicantes de servicios de salud mental en diversos niveles. El hecho es que incluso la mayoría de los profesionales de salud mental no tienen conocimientos actualizados sobre la intervención en crisis y los trabajos de salud mental en situaciones de emergencia. Este manual introduce de manera apropiada al lector en problemas que surgen en las diversas fases de un desastre y esboza los problemas con que se topa el profesional. Los conceptos básicos necesarios para comprender la conducta en situaciones de desastre se definen al hablar de estrés, crisis, pérdidas, duelo y pena, junto con respuestas emocionales menos usuales.

Esta obra es invaluable para el personal en la planeación de servicios de salud mental apropiados. Hace énfasis en la necesidad de obtener autorización y apoyo de grupos e individuos apropiados, además de describir la forma de lograrlo con mayor eficacia. La enseñanza y consulta necesarias para el trabajo en desastres se delinear con claridad y habilidad. El análisis de la intervención psicológica se describe con detalle en las diversas fases cronológicas, que varían desde las primeras horas y días hasta problemas que hacen su aparición meses después. La obra no está desprovista del contacto con la realidad, ya que se citan experiencias reales como las del terremoto ocurrido en 1972 en Managua, Nicaragua, así como las tormentas e inundaciones graves del área de la ciudad de Boston en 1978.

El reconocimiento y tratamiento de los problemas psicológicos en situaciones de desastre será una necesidad cada vez mayor, ya que es un aspecto que tiene ramificaciones legales y humanas. Por ejemplo, una demanda planteada contra la Pittston Mining Company como resultado de los daños psicológicos sufridos cuando se rompió una presa e inundó el valle de Buffalo Creek, West Virginia, en febrero de 1972, se resolvió a favor de los demandantes. Recibieron 13.5 millones de dólares, lo que estableció un precedente legal para este tipo de cuestiones. La así llamada "inmunidad caritativa" de los hospitales no lucrativos y organismos gubernamentales es algo de lo que se hace caso omiso con frecuencia cada vez mayor, y sería bueno que cada uno de estos organismos empleara la obra presente para "poner su casa en orden", por así decirlo.

Quizá la característica más recomendable de esta obra sea su alcance amplio. Contiene información útil para administradores y voluntarios, así como trabajadores profesionales y no profesionales. Sin importar qué tan experimentados o no sean los lectores de la misma, encontrarán en ella un texto práctico y estimulante. Los trabajadores de los organismos de salud mental y de ayuda en desastres harían bien en tener un ejemplar de esta publicación.

CALVIN J. FREDERICK, Ph.D.  
*Jefe de la Disaster Assistance and Emergency Mental Health Section  
National Institute of Mental Health  
U.S. Department of Health and Human Services*

# Agradecimientos

Los autores han tenido la oportunidad de observar las reacciones humanas bajo estrés considerable a raíz del terremoto de Perú en 1970; el de Managua en 1972; la inundación de Johnstown, Pa. en 1978 y, por último, la ventisca de Massachusetts, en el mismo año. El interés principal de los autores a lo largo de dichos años constituyó la prestación de servicios de salud mental a los damnificados de desastres. El resultado de las observaciones y experiencias tenidas originó la preparación, en una forma verdaderamente colaborativa, de este manual para los practicantes y administradores de salud mental. Es la esperanza de los autores que les sirva como guía cuando tengan que atender los posefectos emocionales de una catástrofe en sus comunidades.

Gran parte de los conceptos se elaboraron en Managua, donde el personal de salud mental atendió a más de 7 000 damnificados. Nuestro agradecimiento a los doctores Berkley C. Hathorne y Ricardo Galbis, que tuvieron la visión de enviar expertos a Nicaragua para la evaluación, planeación e intervención en salud mental. También agradecemos la ayuda de los doctores Simeón Rizo Castellón, de Nicaragua; Claude de Ville de Goyet y René González, de la Organización Panamericana de la Salud, y Calvin Frederick, del National Institute of Mental Health, por su apoyo y la lectura crítica de nuestro material de investigación sobre las consecuencias psicológicas de los desastres.

Durante la ventisca de Massachusetts, tuvimos oportunidad de poner a prueba nuestras ideas sobre las funciones de los trabajadores de salud mental en refugios, hoteles y refugios temporales, en comparación con nuestros colegas de la Cruz Roja estadounidense y muchos otros organismos. De igual importancia fue la oportunidad de observar e intercambiar puntos de vista con los miembros del Project Concern, o sea el proyecto de ayuda a damnificados de desastres del gobierno federal estadounidense.

Por último, queremos agradecer las múltiples horas que dedicó la señora Connie Heenan a la transcripción de numerosos borradores del manuscrito. La ayuda editorial de Beverly Cronin y la crítica profesional de los doctores Carolyn Thomas y Thomas Hackett fueron muy útiles y las apreciamos.

**MANUAL DE LA ATENCIÓN  
DE SALUD MENTAL PARA  
VÍCTIMAS DE DESASTRES**

---

# Desastres y salud mental

## INTRODUCCIÓN

El propósito de este manual es ayudar a los administradores, profesionales y practicantes de salud mental en el diseño y ejecución de servicios eficaces a los damnificados de desastres. La planeación y prestación de servicios de salud mental después de un desastre, sea natural u originado por el hombre, requiere conocimientos específicos en diversas áreas. Entre los diversos factores que afectan el diseño y prestación de tales servicios se incluyen los conocimientos relativos a la hecatombe misma y sus consecuencias; los damnificados y sus reacciones probables, y los métodos de intervención específicos para brindar la ayuda. La mayoría de los administradores y trabajadores de salud mental tienen experiencia escasa o nula en lo que se refiere a desastres y damnificados. Cuando ocurre el desastre, surge la necesidad inmediata de conocimientos e información para planear y brindar ayuda. Los datos acerca del tipo de desastre y sus consecuencias son necesarios como marco de referencia para la elaboración de planes de ayuda específicos en el área de salud mental. A partir de las experiencias que han tenido otros con desastres, los administradores profesionales deben recopilar información acerca de los damnificados y su conducta. Por último, a fin de planear y prestar servicios eficaces, se precisa información sobre las diversas funciones y técnicas de salud mental de que se dispone para ayudar a las víctimas. Este manual presenta, a los planificadores y trabajadores de salud mental, ciertos conocimientos, información y técnicas para la prestación de este tipo de servicios después de un desastre.

Los desastres no son infrecuentes, aunque por lo general sí inesperados. Son muchas las comunidades que no están preparadas para la devastación y desorganización

que surgen después de un terremoto, una inundación o un tornado, por lo que no pueden responder de manera rápida o eficaz a dichos eventos. Muchos residentes de cualquier población no pueden pensar que la misma podría quedar parcial o totalmente destruida por una hecatombe, aunque es algo que puede ocurrir. Los administradores y practicantes de salud mental tampoco están preparados para afrontar tales situaciones.

De forma tradicional, la mayor prioridad en las actividades de ayuda en desastres se ha dirigido a proporcionar alimentos, refugio y atención médica. Sin embargo, cada vez se reconoce más que la ayuda psicológica a las víctimas es también prioritaria. De tal suerte, resulta evidente que la planeación y preparación anticipadas son tan importantes en el área de salud mental como en las demás actividades de auxilio. Los administradores de salud mental necesitan conocimientos e información a fin de planear la ayuda en este campo antes de que ocurra el desastre.

Todo plan de servicios después de un desastre debe incluir conocimientos, información, evaluación y acción. Los conocimientos de los problemas psicológicos relacionados con los desastres y la información acerca de la manera de resolverlos pueden obtenerse antes de la catástrofe. No obstante, una vez que ocurre ésta, hay una necesidad urgente de información específica y evaluación inmediata. También hay que actuar con rapidez en la fase de la interrupción de la energía eléctrica y las fallas resultantes en las comunicaciones, así como las dificultades de transporte. Los problemas de comunicación contribuyen a la escasez de información precisa. Durante la etapa inicial después del desastre, es difícil saber qué ha ocurrido, cuántas personas han sido afectadas y quiénes son, dónde se necesita ayuda psicológica y cómo prestar esta última. Las formas de recopilar la información necesaria abarcan establecer contacto con las fuentes de los medios masivos de comunicación, pero en muchos casos se requiere la visita personal a los refugios de damnificados.

Una vez que se conocen las consecuencias generales del desastre, se precisa una evaluación más completa para detallar los grupos específicos de personas afectadas y documentar los tipos de problemas psicológicos presentes. Ciertos grupos de población suelen convertirse en “blancos” prioritarios de los servicios de salud mental. La conducta de los damnificados varía con el tiempo y está relacionada con factores como la edad, situación económica, antecedentes de salud mental o magnitud de las pérdidas sufridas con el desastre. Por último, con base en los conocimientos, información y evaluaciones disponibles, debe elaborarse un plan de acción para brindar servicios de salud mental a los damnificados de una manera que refleje su realidad y el tipo de problemas emocionales y de conducta que sufren.

Los elementos principales del plan de acción son la identificación y selección de los diversos servicios de salud mental que deben prestarse. Es frecuente que se trate de servicios innovadores y flexibles que difieren, en muchos aspectos, de los empleados usualmente en clínicas u otras instituciones de salud mental. Los practicantes que trabajan con los damnificados se encuentran no sólo con estrés emocional, sino también con el estrés relacionado con problemas de la vida cotidiana, como la necesidad de cobijo, ingresos económicos, atención médica, localización de familiares desaparecidos o realización de trámites para la obtención de otros servicios. Los conocimientos sobre orientación en crisis y terapia de grupo son necesarios, al igual que otros de búsqueda activa de pacientes, derivación de los mismos interinstituciones, organización

de las comunidades y enseñanza al público. Los damnificados pocas veces solicitan servicios de salud mental porque el estigma de ser “un paciente mental” es mayor entre las personas de la población normal que de manera repentina necesitan tal ayuda. Por lo tanto, los trabajadores de salud mental deben localizar activamente a las víctimas afectadas. Esto con frecuencia implica búsquedas de puerta en puerta en las áreas afectadas, o referencias de persona a persona en los refugios de emergencia. Cada plan de acción debe tener en cuenta estos factores, definir los grupos blanco de los servicios, detallar el alcance y duración del proyecto, y delinear las estrategias de intervención que se emplearán.

En caso de un desastre, hay que satisfacer cuatro requisitos principales en la elaboración de un plan sistemático para los servicios de salud mental después de la catástrofe. El primer requisito son los conocimientos acerca de los desastres, la conducta de los damnificados y las técnicas de intervención. El segundo es la información sobre lo que ha ocurrido y quiénes están afectados. El tercero es la evaluación de los grupos más afectados por pérdidas y los problemas psicológicos relativos. El cuarto y último es un plan de acción en que se detallen los objetivos, blancos de los mismos, estrategias, duración y alcance del proyecto de servicios de salud mental propuesto.

## USOS Y ESTRUCTURA DEL MANUAL

Este manual incluye información, procedimientos y recomendaciones con que se pretende ayudar a los administradores y profesionales de salud mental en la planeación y prestación de servicios a damnificados. En la obra, el personal de salud mental encuentra información fundamental acerca de:

- Los tipos y fases de un desastre;
- Los conceptos acerca de la conducta de los damnificados;
- Algunos tipos específicos de problemas físicos y emocionales que surgen en los damnificados, y
- Algunas técnicas de auxilio apropiadas en el tratamiento de damnificados.

Esta información puede ser útil en diversas formas. Por ejemplo, los administradores de salud mental que viven en áreas propensas a desastres podrían emplearlo en la planeación anticipada. A fin de que el personal esté preparado para entrar en acción inmediatamente después de que ocurre una catástrofe, deben considerarse el adiestramiento del personal y las estrategias de prestación de servicios, además de diseñar programas de adiestramiento en desastres para los profesionales de salud mental. Esta obra resulta útil en el diseño de este adiestramiento previo al desastre.

Una vez que ocurre el siniestro, los administradores necesitan identificar con rapidez a la población afectada, preparar el personal, diseñar programas de servicios específicos y coordinar sus actividades con otros. En este punto, los profesionales de salud mental también deben tener en mente la necesidad de indagar qué pasa con los damnificados. Los tipos de síntomas psicológicos presentes y la gama de estrategias de servicio eficaces son la base para ayudarles, y se deben considerar desde el principio e incluirse el diseño de un sistema de información que permita la evaluación adecuada de los resultados del programa y origine la presentación de los mismos a otros.

Esta obra resulta útil a los estudiantes de psiquiatría, trabajo social, psicología, enfermería y orientación en crisis para la adquisición de conocimientos acerca de los desastres, la conducta de los damnificados, y los métodos que los profesionales de salud mental pueden emplear para ayudar a quienes sufren como consecuencia de un desastre natural.

El manual está dividido en dos secciones principales: en los capítulos 2 al 5 se analizan los factores de salud mental relacionados con un desastre, al tiempo que los capítulos 6 al 9 tratan acerca de las prácticas de salud mental para ayuda a damnificados.

En el capítulo 2 se definen y examinan los conceptos clave siguientes: 1) crisis y estrés; 2) pérdidas, duelo y pena; 3) recursos sociales y emocionales, y 4) resolución y adaptación. Estos conceptos se derivan de diversos estudios de psicología y conducta, y se consideran como herramientas básicas de los conocimientos sobre desastres. En páginas ulteriores, se aplican en dos modelos de conducta de damnificados.

En el capítulo 3 se analiza de manera extensa la literatura disponible sobre desastres, con el fin de evaluar los tipos de síntomas y problemas que sufren los damnificados después de la catástrofe. El supuesto de que el hecho de estar sujeto a los fenómenos naturales origina consecuencias psicológicas es todavía controvertido, pero son cada vez más los datos que lo sustentan. En este capítulo también se introducen los modelos de conducta de damnificados, con que se resumen los conceptos clave de los capítulos que los preceden, en gran parte con base en la literatura disponible.

En el capítulo 4 se estudian muchas cuestiones relacionadas con la planeación y ejecución de un programa de servicios de salud mental para individuos y familias después de la catástrofe. Se plantean métodos de evaluación de las necesidades después del desastre y de los recursos comunitarios, así como la preparación de un programa para la obtención de fondos y puesta en práctica del programa mismo.

El capítulo 5, con base en los requisitos de las funciones de los trabajadores de salud mental, está centrado en el diseño de programas de adiestramiento, además de que se estudian las actividades del profesional que sirve como consultor y educador. Este capítulo incluye diversas estrategias encaminadas al logro de apoyo para el programa de salud mental, además de la educación e información al público mediante el uso de los medios masivos de comunicación. También se describen técnicas que emplean los profesionales de salud mental para ayudar a otros trabajadores de servicios humanos y asistenciales después de un desastre.

En los capítulos 6 al 9 se presentan sugerencias y técnicas específicas para la prestación de servicios de salud mental en diversas situaciones de desastre. Estos capítulos están divididos en fases cronológicas después de la catástrofe, y en ellos se analizan los requisitos de conocimientos, situaciones, funciones y técnicas en cada fase.

Esta obra proporciona, al administrador y profesional de salud mental, una base sólida de conocimientos para comprender la forma en que reacciona la gente después de un desastre, además de una guía para la prestación de servicios de salud mental en las primeras horas, días y meses posteriores al mismo.

El lector puede usar esta obra en circunstancias muy diversas y para fines también muy distintos. Es la esperanza de los autores que la flexibilidad en la estructura del manual permita el acceso a la información sobre desastres y resulte útil para quienes deben proporcionar o planear los servicios de salud mental en tales calamidades.

## DEFINICIÓN DE DESASTRE

Los desastres son eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano. Estos sucesos pueden ser causados por el hombre o naturales. En la primera categoría se incluyen los incendios, los conflictos bélicos, los disturbios civiles, los actos terroristas y la contaminación química, al tiempo que las inundaciones, los terremotos, las marejadas, los tornados o los huracanes son calamidades naturales. Las dos categorías guardan similitud en cuanto a sus posibles consecuencias en la salud mental, pero los autores del manual, con base en sus experiencias, se enfocan principalmente en los desastres naturales.

Las catástrofes usualmente son hechos inesperados a la vez que inevitables, y tienen diversas características. Algunas surgen con lentitud, mientras que otras lo hacen de manera repentina y sin advertencia alguna. Las hay que afectan un área amplia, mientras que otras ejercen sus efectos en un sitio específico. También varía su duración: algunas persisten durante horas, y otras, sólo duran segundos o minutos; por último, cada desastre produce daños materiales y pérdidas humanas en grado variable. Un terremoto causa daños materiales o humanos mínimos en un área despoblada, mientras que en otra densamente poblada la destrucción material y humana puede ser considerable.

Son diversas las definiciones del término *desastre*. En cada una de las siguientes, se hace énfasis en las diversas consecuencias de estos fenómenos naturales.

Harshbarger (1974) define los desastres como eventos rápidos y dramáticos que dan por resultado daños materiales y humanos considerables. Subraya la importancia de la vida comunitaria y plantea que los desastres deben considerarse con referencia a su potencial de perturbar las actividades de una comunidad y causar daño a los miembros de la misma.

Erikson (1976) señala que dos tipos diferentes de trauma psíquico, individual y colectivo, son evidentes en la conducta de las personas afectadas por un desastre. Define el trauma individual como: “. . . un golpe a la psique que rompe las defensas de la persona de manera tan repentina y tan fuerte que no es posible responder a él de manera eficaz. . .”, y el trauma colectivo como: “. . . un golpe a la trama de la vida social que lesiona los vínculos que unen a la gente y daña el sentido prevaleciente de comunidad.” Estos traumas pueden ocurrir uno en ausencia del otro, pero es evidente que están relacionados y que suelen ocurrir en forma conjunta, además de experimentarse como dos mitades de un continuo en los desastres de mayor magnitud.

Schulberg (1974) analiza el vínculo entre los eventos riesgosos y las reacciones personales con uso del concepto de crisis. Esta última ha sido explicada en diversas formas, como una situación producida por el entorno, la percepción que tiene el individuo de un evento, un síndrome clínico, la interacción de la persona con su medio ambiente y un cambio decisivo en el funcionamiento personal. Cinco características que distinguen las crisis y revisten importancia central para la mayor parte de los puntos de vista sobre la teoría de la crisis, incluyen:

- Una secuencia cronológica que se desarrolla con rapidez;
- Cambios importantes en la conducta;
- Sensación personal de impotencia;

- Tensión en el sistema social y personal del sujeto, y
- Percepción de una amenaza para la persona.

Frederick (1977), al hablar de los desastres como crisis, no tarda en diferenciar los términos “crisis” y “emergencia”. Una crisis es un periodo crucial, que varía desde minutos hasta meses, en que una situación afecta el equilibrio social o emocional de la persona. Conforme evoluciona, puede transformarse en una emergencia, o sea una situación con necesidades urgentes y que requiere acción pronta.

Anderson (1968) asume un enfoque diferente y define los desastres con base en la reacción de la población afectada a la amenaza que representa el desastre mismo antes de que ocurra. Describe el desastre como agudo o crónico, según la forma en que la comunidad responde a dicha amenaza: “Desde el punto de vista conceptual, es conveniente diferenciar el desastre como un *evento* de crisis aguda que perturba físicamente la vida cotidiana, por lo demás *normal*, y origina pérdidas palpables, respecto de la amenaza de una *situación* de crisis crónica, en que se anticipa la perturbación de la rutina esperada.” Este autor afirma que un desastre tiene consecuencias diferentes en el individuo, la familia y las diversas instituciones de la sociedad afectada. Una crisis aguda surge cuando la comunidad carece de patrones culturales con relación a los desastres, que le permitirían enfrentar las consecuencias inesperadas del mismo. En otras palabras, la comunidad se ve tomada completamente por sorpresa. En una crisis crónica, los eventos del desastre no son del todo desconocidos antes de que éste ocurra y por lo general, se reconoce la posible amenaza antes de que la experimente el individuo.

Barton (1970) clasifica los desastres como parte de un grupo más amplio de situaciones de estrés colectivo que surgen cuando muchos miembros de un sistema social no reciben las condiciones de vida que esperan de dicho sistema. Agrega que tal estrés colectivo puede provenir de fuentes externas al sistema o de éste mismo. Considera el sistema social como una colectividad de humanos cuya interacción se mantiene en la forma de patrones identificables durante un periodo relativamente prolongado, y afirma que el desequilibrio sistemático es resultado del estrés de eventos catastróficos.

Barton afirma que los factores siguientes deben considerarse en la evaluación de estas situaciones de estrés:

- El alcance de la situación (por ejemplo, una pequeña parte del sistema puede estar bajo estrés porque es la única que ha sufrido una pérdida importante o porque es parte de un sistema que sufre tal pérdida);
- La velocidad de inicio;
- La duración del factor estresante (por ejemplo, los cambios que ocurren sin advertencia tienden a originar pérdidas mayores y hacer que el sistema tenga menor capacidad de respuesta, en comparación con los cambios precedidos de una advertencia, que permiten prepararse contra ellos, y
- La preparación social.

Kastenbaum (1974) describe los desastres según la gravedad relativa de los mismos en comparación con otros eventos importantes. La forma como la persona percibe una calamidad tiene cierta relación con la manera en que suele definir y clasificar otros eventos. La definición de algo como un desastre requiere antecedentes de esta-

bilidad y normalidad, contra los que se compara la calamidad. Por esta vía se reconoce y finalmente se identifica a un evento como desastroso.

En forma tradicional, el estudio de los desastres hace énfasis en tres fases de los mismos: preimpacto, impacto y posimpacto.

### **Fase preimpacto**

Esta fase abarca etapas que preceden al desastre mismo, incluidas las de amenaza y advertencia. Una amenaza es un peligro general y a largo plazo constituido por la posible calamidad, que hace que ciertas áreas y sus habitantes estén en mayor riesgo que otros. Un ejemplo podría ser la amenaza de un terremoto para los habitantes del estado de California que viven a lo largo de la falla de San Andrés, o para los residentes de la porción central del estado de Michigan, que están expuestos a la posibilidad de un terremoto o a la de un tornado. Una advertencia puede ser vaga y general, como una alerta de inundación, o específica, como una orden de evacuación inmediata. Un fenómeno interesante, y usualmente infortunado, es que la población en general hace caso omiso en forma sistemática de las amenazas y advertencias. Algunas personas tienen miedo de actuar en forma precipitada y parecer tontas, mientras que otras se rehúsan a prestar oídos a la amenaza o advertencia, como una manera de defensa contra algo que no quisieran que ocurriera. Vaya el ejemplo siguiente:

No todos los habitantes de la pequeña población minera de Buffalo Creek Hollow, West Virginia, dormían profundamente esa noche desastrosa. Algunos de los mineros habían vivido allí durante muchos años y sabían que la presa no podía aguantar el volumen de agua que tenía. Quienes conocían el peligro del aumento de la presión habían tomado la medida precautoria de evacuar a sus familias del área riesgosa. Sin embargo, otros no sabían que la presa se estaba desmoronando, y también los hubo que no quisieron creer las advertencias. Quienes no tuvieron tal conocimiento o no creyeron en las advertencias se incluyen entre quienes murieron cuando 511 millones de litros de agua rompieron la presa y como una corriente mortal, devastaron el valle. La fuerza del agua, mezclada con lo que los mineros llaman "trozos" (desechos del carbón de hulla), levantó casas, dañó vías de ferrocarril y arrastró cientos de personas hacia su muerte. Las explosiones sacudieron el valle cuando la corriente de agua llegó hasta la central eléctrica. Ciento veinticinco personas murieron, mil casas quedaron destruidas y el área sufrió pérdidas materiales superiores a los 50 millones de dólares antes de que el agua detuviera su viaje de 27 kilómetros a las tres horas de la mañana del 26 de febrero de 1972.

### **Fase de impacto**

Esta fase es el periodo en que la comunidad se ve afectada por el desastre y el periodo subsecuente, en que se organizan las actividades de ayuda. Los investigadores han indicado que durante esta fase el miedo es la emoción predominante, conforme las víctimas buscan seguridad para sí mismas y sus familias. El pánico es inusual y sólo ocurre cuando el escape es imposible. Las actividades que tienen lugar poco después del desastre se han señalado como parte de la así llamada "fase heroica" en que los damnificados actúan en forma heroica para salvarse a sí mismos y a otros, y es usual la conducta altruista. Las primeras actividades de ayuda con frecuencia corresponden

a los propios damnificados, que ayudan a sus vecinos y otros. Algunos autores emplean el término “rescate” para describir algunas de estas actividades, así como el de “inventario” para referirse a la evaluación de los daños materiales y humanos. A continuación se da un ejemplo de la primera etapa de esta fase:

Después del terremoto de San Francisco en 1906, los encabezados de los periódicos estadounidenses eran del tipo siguiente: “Queda poco de San Francisco: miles de personas sin hogar”; “Los parques están llenos de víctimas”; “Pareció una explosión de dinamita”; “La tierra se movió visiblemente”, y “La loza se vino al suelo, los relojes se destruyeron, las casas se desmoronaron y hay cientos de muertos”. Este, que es el peor desastre y el más legendario que ha ocurrido en Estados Unidos, causó la muerte de 700 personas. El conocido escritor Jack London, testigo presencial de los hechos, hizo la descripción siguiente en el periódico *Collier's Weekly*, del 5 de mayo de 1906: “En la mañana del miércoles, a las cinco horas y quince minutos, llegó el terremoto. Un minuto después, las llamas se elevaban al cielo. Ocurrieron incendios en una decena de barrios al sur de Market Street, en el *ghetto* de la clase trabajadora y en las fábricas. No hubo nada que se opusiera a las llamas, no hubo organización ni tampoco comunicación. Todas las salvaguardas y el ingenio del hombre quedaron destruidos por treinta segundos de movimiento de la corteza terrestre” (Gelman y Jackson, 1976).

## Fase posimpacto

Esta fase comienza varias semanas después de ocurrido el desastre y suele incluir las actividades continuadas de ayuda, así como la evaluación de los tipos de problemas que suelen experimentar los individuos. Los elementos de esta fase han sido llamados “de remedio y recuperación”; incluyen las acciones emprendidas para aliviar la situación y facilitar la recuperación individual y familiar. Algunos autores han hecho referencia a dos elementos adicionales, los denominados de “luna de miel” y “desilusión”, respectivamente. El primero es el periodo que ocurre poco después del desastre y dura hasta varios meses después, en que los damnificados muestran energía considerable en la reconstrucción de sus vidas. Durante él, hay la necesidad de ventilar sentimientos y compartir experiencias con otros. El apoyo organizado y considerable se brinda a los damnificados en esta fase para ayudarlos a enfrentar sus problemas. La desilusión surge cuando se interrumpe este apoyo organizado, los damnificados enfrentan dificultades considerables en la resolución de sus problemas o es evidente que sus vidas se han modificado en forma permanente.

La fase posimpacto puede continuar durante el resto de la vida de los damnificados. Es factible que surjan nuevos problemas como resultado de la desorganización social causada por el desastre. Erikson (1976) la ha denominado “segundo desastre”. Por ejemplo, después de la inundación de Buffalo Creek, West Virginia, muchos damnificados quedaron reubicados en campamentos para casas móviles, donde manifestaron reacciones psicológicas a sus nuevas condiciones de vida y a la falta de amistad con sus nuevos vecinos. Los problemas personales a largo plazo, caracterizados por apatía, depresión y ansiedad crónicas, han sido llamados “síndrome de desastre”. Por último, algunos escritores han mencionado el “elemento de reconstrucción” de la fase posterior al desastre, en que los damnificados han empezado a resolver sus problemas y se ha iniciado la reconstrucción de las áreas destruidas. Este proceso suele durar varios años.

## DEFINICIÓN DE DAMNIFICADO

El término *damnificado* en este libro se refiere a las personas y familias afectadas por un desastre o sus consecuencias. Dichos sujetos experimentan un evento estresante e inesperado. Por lo común, se supone que la mayoría han venido funcionando adecuadamente antes de la catástrofe pero su capacidad de resolución de problemas se ve limitada por el estrés de la situación. Aunque los damnificados presenten síntomas de estrés físico o psicológico, no se consideran enfermos. Entre los damnificados de un desastre pueden incluirse personas de todas las edades, clases socioeconómicas y grupos étnicos o raciales, ya que las catástrofes afectan en forma indiscriminada a la población del área que sufre el impacto.

Algunos damnificados sufren más que otros, lo que depende de varios factores relacionados. Son particularmente susceptibles a las reacciones físicas y psicológicas ante un desastre, quienes:

- Son vulnerables como resultado de vivencias traumáticas previas;
- Están en riesgo a causa de enfermedades recientes;
- Experimentan estrés y pérdidas graves;
- Pierden sus sistemas de apoyo social y psicológico, y
- Carecen de habilidades para la resolución de problemas.

Los ancianos son un grupo que, en general, suele tener dificultades para enfrentar los desastres y sus consecuencias. Es usual que queden aislados de sus sistemas de apoyo y vivan solos. Como resultado de esto, con frecuencia tienen miedo de buscar ayuda. Los problemas típicos en este grupo después de catástrofes son la depresión y sensación de impotencia. Es desafortunado que una respuesta común en algunos ancianos sea la falta de interés en la reconstrucción de su vida.

Los niños también son un grupo en riesgo especial, ya que es usual que no tengan la capacidad para comprender y racionalizar lo que ha ocurrido. Por consiguiente, suelen padecer problemas emocionales o de conducta en el hogar o la escuela. Quizá los trastornos más prominentes que se han señalado después de desastres son las fobias, trastornos del sueño, pérdida de interés en la escuela y conducta "difícil".

Quienes tienen antecedentes de enfermedades mentales pueden requerir atención especial. El estrés que acompaña a una situación de esta naturaleza hace que sean frecuentes las recaídas en esta población, como resultado de estrés adicional o de las dificultades en la obtención regular de medicamentos.

Por último, otro grupo en riesgo, que debe considerar el profesional de servicios de salud mental a damnificados, abarca las personas que estaban experimentando algunas crisis vitales al momento del desastre. Entre los miembros de este grupo estarían, por ejemplo, personas que enviudaron o se divorciaron en fecha reciente, así como los sometidos a cirugía mayor con poca antelación. Estos damnificados suelen tener vulnerabilidad especial al estrés generado por un desastre natural.

En resumen, si bien los grupos en riesgo específicos que se han identificado ameritan atención estrecha del trabajador de salud mental, los damnificados pueden formar parte de todos los estratos sociales, económicos y étnicos, así como de todos los segmentos de población en el área del desastre.

## DEFINICIÓN DE ADMINISTRADOR Y PROFESIONAL (PRACTICANTE O TRABAJADOR) DE SALUD MENTAL

Los títulos de los administradores de salud mental difieren de un sitio a otro y abarcan términos tales como director médico, administrador de programas, comisionado, director de clínica o superintendente. El término *administrador*, como se usa en este libro, abarca todos estos títulos y denota las personas específicas que tienen la autoridad y responsabilidad para poner en prácticas las políticas de salud mental y los objetivos de los programas correspondientes, además de diseñar proyectos afines. El libro está escrito y dirigido a los administradores que son responsables de la planeación de un programa de ayuda psicológica a los damnificados de desastres.

En esta obra, los términos *practicante*, *trabajador* y *profesional de salud mental* se usan como sinónimos. Estas categorías abarcan psiquiatras, trabajadores sociales, psicólogos, organizadores comunitarios, enfermeras psiquiátricas y consejeros. Si no tienen experiencia específica en desastres, deben recibir orientación, adiestramiento y supervisión. Se supone que estos profesionales, a través de sus conocimientos sobre los desastres, comprenden la situación peculiar de cada damnificado y anticipan sus posibles adaptaciones de conducta a una catástrofe, con lo que pueden ayudar a los individuos y sus familias después del desastre.

Este libro no está escrito de manera específica para los voluntarios y paraprofesionales, aunque formen parte integral del grupo que presta servicios de salud mental a los damnificados. Ciertos paraprofesionales, como los trabajadores comunitarios, ayudantes psiquiátricos y voluntarios, con frecuencia realizan trabajos de búsqueda activa de pacientes, brindan apoyo emocional a los damnificados, les ayudan a obtener otros servicios e interpretan los servicios mismos para la comunidad. A fin de ayudar a los paraprofesionales en estos tipos de actividades, los profesionales pueden emplear el manual en el diseño de programas de adiestramiento y orientación.

---

## Conceptos generales en la comprensión de la conducta de los damnificados

En este capítulo se presentan diversos conceptos clave que se consideran fundamentales para comprender las reacciones de los damnificados. La mayor parte de los profesionales de salud mental ya conocen y usan estos conceptos en su práctica cotidiana, pero los autores consideran que también son básicos para la elaboración de las teorías que explican la conducta después de catástrofes. En la medida en que se identifican y describen tales conceptos y teorías en este manual, los lectores pueden adquirir un mayor conocimiento de la gama de reacciones que son comunes y estar más capacitados para diagnosticar y tratar a los damnificados que sufren trastornos emocionales reactivos.

Estos conocimientos fundamentales abarcan cuatro conceptos relacionados entre sí:

- Estrés y crisis;
- Pérdida, duelo y pena;
- Recursos sociales y emocionales, y
- Resolución de crisis y adaptación.

Los terremotos, inundaciones o huracanes son factores estresantes que afectan el equilibrio psicofisiológico de los damnificados, y el estrés resultante puede originar crisis personales. Estas con frecuencia marcan un punto de viraje para el damnificado, que influye en sus reacciones emocionales y su conducta presentes y futuras.

Una catástrofe siempre causa diversos tipos y grados de pérdidas personales como resultado de muerte, lesiones, desempleo o destrucción de bienes materiales. Un damnificado que ha perdido de manera repentina un vínculo íntimo y significativo caracterizado por ambivalencia experimenta un proceso de duelo similar al que general-

mente ocurre con la muerte natural de un familiar muy estimado o amigo cercano. Sin embargo, en los desastres es necesario que los profesionales de salud mental recuerden que esta sensación de pérdida y cambio puede derivarse no sólo de la muerte, sino también de la destrucción de bienes personales materiales y de la devastación del entorno del damnificado. Es frecuente que éste lamente la pérdida del vínculo de seguridad y familiaridad con su hogar, sus recuerdos valiosos o su barrio. El individuo también experimenta un proceso de pena con la destrucción de sus bienes materiales o pérdida de su empleo.

La respuesta psicológica y la conducta de la persona ante un desastre está condicionada por su sistema de apoyo social y emocional, que le ayuda a resolver el estrés. La naturaleza de la matriz social de un sujeto también puede ser origen de factores de influencia poderosos que lo protegen contra el posefecto de un evento crítico. Los mecanismos psicofisiológicos y recursos internos del individuo, así como la red de apoyo de la familia y amigos, revisten suma importancia en este proceso de readaptación y resolución. Un añadido a estos recursos personales podría ser la asistencia y servicios disponibles en la comunidad para ayudar a las personas afligidas.

La resolución de crisis es un conjunto de mecanismos psicofisiológicos interrelacionados, que se ven estimulados por el estrés y crisis, pérdidas y duelo, así como sistemas de apoyo operativos, que fomentan los tipos de conducta que sirven para lograr un estado de equilibrio. Estas conductas adaptativas protegen al individuo mediante la evitación, modificación o manejo del estrés causado por el desastre.

Estos cuatro conceptos se analizan en el capítulo presente, de modo que los profesionales de salud mental puedan relacionar sus conocimientos acerca de la dinámica de los desastres con las reacciones esperadas, a efecto de facilitar la identificación y el tratamiento de estos problemas.

## ESTRÉS Y CRISIS

### Estrés

El estrés y la crisis son conceptos psicofisiológicos relacionados. El estrés consiste en las tensiones reactivas físicas y emocionales que pueden derivarse de eventos objetivos o estímulos externos, o ambas cosas, llamados factores estresantes. Un desastre natural desencadena una serie de factores estresantes que pueden originar tensión en grado variable, en las víctimas. Los teóricos han relacionado el estrés con diversos factores que varían según su fuente y su tipo, además del mecanismo sugerido de resolución del propio estrés. Estos factores abarcarían los siguientes:

- Factores antecedentes, mediadores y de intervención;
- Cambios en los sistemas biofisiológicos de la persona;
- Impacto y variaciones en la percepción de los procesos cognoscitivos de la persona, y
- Factores estresantes como los eventos sociales y psicológicos, así como su significado simbólico.

Un autor define el estrés como las fuerzas internas con que se resisten las amenazas externas y enlaza este concepto con la respuesta del cuerpo a las experiencias sim-

bólicas y los eventos sociales y psicológicos. De tal suerte, el estrés sería la fuerza interactiva entre el organismo y el medio externo (Wolff, 1953). Otro autor define el estrés como un estado que se manifiesta por síntomas específicos, consistentes en cambios del sistema biológico inducidos por un grupo de estímulos o agentes (factores estresantes). A partir del concepto de homeostasia como mecanismo regulador del organismo, dicho autor afirma que el estado de estrés resulta de una reacción de auto-preservación cuando dichos agentes externos atacan a la persona (Seyle, 1956). Un tercer autor, que emplea también la teoría del equilibrio, considera el estrés como relacionado con procesos cognoscitivos cuando se enfrentan amenazas y es preciso evaluar lo ocurrido. Si el individuo anticipa daños psicológicos o físicos, aumenta el nivel del estrés, y esto inmoviliza al sujeto o le causa sensaciones de impotencia, que se expresan en la forma de angustia (Lazarus, 1974).

Además de lo anterior, los investigadores han descrito el estrés como resultado de la perturbación de las actividades acostumbradas; las fuentes de tal perturbación podrían ser los factores antecedentes, mediadores o de intervención. Estos factores, cuyo efecto es el de aumentar o disminuir el estrés, consisten en eventos previos (factores estresantes) que no han sido resueltos por completo, además de limitantes internas y externas, procesos cognoscitivos de tipo afectivo y las expectativas sociales de la persona (Dohrenwend, 1978).

Los nuevos datos sobre las endorfinas podrían aclarar las reacciones de estrés. Estas sustancias químicas encefálicas consisten en moléculas proteínicas y podrían ser un factor clave en el sistema cerebral que activa y registra la conducta emocional. Se trata de moléculas que tienen efectos potentes, específicos y selectivos en las neuronas, y al parecer guardan relación con ciertos aspectos de la conducta. Se piensa que las endorfinas actúan como neurotransmisores entre las neuronas. Sus funciones verdaderas y las reacciones del cerebro, donde actúan, son todavía desconocidas, si bien su relación estructural con el dolor y con las vías nerviosas de las emociones constituye una base hipotética para enlazar la conducta del estrés con la modulación fisiológica de la conducta, la percepción del dolor y la regulación de las emociones (Snyder, 1978).

En resumen:

- El estrés se conceptúa como un estado del organismo en su totalidad y puede estar relacionado, en un momento específico, con el estado psicofísico de la persona;
- Diversos estímulos ambientales pueden producir estrés;
- Los individuos responden de manera diferente a los mismos estímulos. Algunos parecen insensibles a los estímulos estresantes, al tiempo que otros son en especial vulnerables a factores que producen desequilibrio personal;
- Los estados de estrés originan respuestas psicobiológicas de duración variable. Estas respuestas dependen del número, intensidad, frecuencia, duración y prioridad de las demandas a que se ven sometidos los mecanismos de resolución de crisis del individuo, y
- Las reacciones varían según la situación, fuerza del factor estresante, estado de salud, tipos de sistemas de apoyo en la comunidad, red de apoyo familiar y patrones habituales de interacción humana del sujeto. En términos generales, el sistema de estrés podría considerarse como fluctuante, abierto, dinámico y fluido.

La situación del señor M., vendedor de 38 años que perdió a su esposa y su único hijo durante una inundación de las praderas centrales estadounidenses, ejemplifica una reacción de estrés ante la pérdida de los seres amados, el hogar y el trabajo:

Se entrevistó al señor M. en el cuarto día después del desastre. Había objetado algunos de los interrogatorios de rutina con que se cuantifican los objetos que había perdido, con el objeto de reponérselos. Cuando tuvo frente a sí la tarea concreta de describir los objetos, no aguantó más y se soltó a llorar. Se calmó al cabo de varios minutos, se disculpó e intentó explicar lo “extraño” que era para él sentirse tenso y atemorizado todo el tiempo. Relacionó su estado directamente con el momento en que se dio cuenta de la inundación y las consecuencias de la misma. Describió que tenía dificultades para deglutir y sensaciones de temor cada vez que alguien se le acercaba. No podía concentrarse lo suficiente para entender lo que le preguntaban. En vez de ello, se daba cuenta de que su corazón se “aceleraba”, el estómago se le contraía, y experimentaba sensaciones intensas de irritabilidad. También sentía que no soportaba más exigencias o intromisiones en su vida y que quería que lo dejaran en paz. Cualquier actividad le significaba un esfuerzo. Pensaba que los “burócratas” eran eficaces pero fríos e insensibles, y que esto intensificaba su estrés.

## Crisis

Una crisis es un periodo crucial o decisivo en la vida de una persona, un punto de viraje que tiene consecuencias físicas y emocionales. De manera específica, es un periodo limitado de desequilibrio psicológico precipitado por un cambio repentino y significativo en la situación vital del individuo. Este cambio origina necesidad de ajustes internos y el uso de mecanismos de adaptación externa que rebasan temporalmente la capacidad del individuo.

El individuo en crisis puede ser considerado como un sistema integral afectado por la interacción de cambios dinámicos. Estos últimos ocurren cuando entran en colisión fuerzas de diferentes niveles, que a su vez están bajo la influencia continua de mecanismos reguladores naturales de tipo biofísico cuya función es el logro del equilibrio personal. Esas son las entradas y salidas de información y energía en el sistema. El punto esencial de crisis es que la intensidad de la energía de un sistema exceda la capacidad del organismo para ajustarse y adaptarse a ella. El individuo se ve abrumado y el sistema entra en desequilibrio.

La fluctuación grave de la homeostasia personal frente a un evento crítico resulta de la desorganización de los sistemas psicológico y somático. Las consecuencias de esta fluctuación abarcan la tensión personal intensa y estrés. Tal desequilibrio puede depender de la muerte de un ser amado, pérdida de ingresos o bienes materiales, enfermedades, divorcio, nacimiento de un hijo, mudanzas u otras vivencias personales importantes. Los cambios en los papeles personales y en las conductas usuales y esperadas con frecuencia originan, como consecuencia secundaria, problemas en las relaciones interpersonales. En la medida en que ocurren tales cambios, el individuo tiende a presentar nuevos patrones de conductas a fin de manejar el estrés y, por lo tanto, disminuir las molestias y el dolor.

Un ejemplo de un cambio acelerado en la situación de una persona es el relato siguiente, hecho durante las actividades de rescate después de un huracán:

Una madre de 48 años con dos hijos adolescentes, recientemente divorciada, quedó atrapada en su automóvil a causa de cables eléctricos caídos. Tuvo que permanecer en tal situación durante más de siete horas, hasta que un grupo de socorristas la extrajo del vehículo. La llevaron a un refugio, donde se enteró de que su barrio había sufrido graves daños. Sin embargo, nadie podía informarle si sus dos hijos estaban a salvo y a qué refugio los habían llevado. Durante tres días trató de averiguarlo pero, dadas las condiciones del camino, las líneas telefónicas caídas y las prioridades de los pocos trabajadores que brindaban asistencia en el desastre, no pudo obtener información. Cuando la entrevistaron, expresó su ansiedad y sensaciones de disgusto por la forma en que “la traían de un lado para otro”. En su conversación había divagaciones, y repetía una y otra vez que nunca había dejado solos a sus hijos. Pensaba que su divorcio había sido un trauma suficiente para ellos y ahora, de nueva cuenta, sentía que era una mala madre. Sus sensaciones de impotencia, angustia, desorientación, autoacusaciones e intentos continuos y frenéticos de averiguar dónde estaban sus hijos, aunados a su renuencia a escuchar o aceptar explicaciones, reflejaba el primer ciclo de su conducta en crisis.

El modelo de crisis ha revestido importancia considerable para los trabajadores de salud mental que atienden a damnificados. En primer término, transmite el conocimiento de que ciertos eventos vitales originan la pérdida de los modos habituales de conducta como resultado de la confusión personal, tensión y perturbación emocional que acompañan al estrés. En segundo lugar, la teoría de las situaciones de crisis plantea que hay periodos cruciales en que el individuo debe tomar decisiones que tendrán consecuencias a largo plazo en su modo de vida y grado de ajuste ulteriores.

Un ejemplo de un periodo crucial es el duelo que sigue a una pérdida importante. A fin de comprender la función de esta conducta, hay que examinar la calidad de las relaciones personales interrumpidas por la pérdida. Un alto porcentaje de los dolientes no pueden ir más allá de la etapa de impotencia y resignación. A su vez, esto precipita diversos grados de depresión, incluida la interferencia en todas las funciones de toma de decisiones necesarias para que la persona reorganice su vida. La sensación de crisis se intensifica a causa de la incapacidad del sujeto para afrontar todas las interacciones humanas y burocráticas necesarias en la obtención de ayuda. La continuación e intensificación de la aprensión derivada de la crisis da lugar a una espiral descendente que causa, a la vez que incluye falta de energía, depresión, pasividad, pérdida de la autoestima y conducta impotente. La forma en que el individuo enfrenta el problema durante un periodo de estrés emocional ejerce influencia en el hecho de que emerja de la crisis con mayor susceptibilidad a los trastornos mentales o mayores probabilidades de lograr una mejor capacidad de resolución de crisis.

En tercer lugar, la teoría de las crisis muestra que el individuo que está en desequilibrio expresa dos características paralelas, una de esperanza y búsqueda de ayuda, y la otra de mayor susceptibilidad a la influencia de factores externos. En virtud de estas dos características, se trata de un momento propicio para brindarle servicios de salud mental.

Por lo tanto, la crisis es una situación vital que incluye cambios, amenazas o dificultades que originan desequilibrio personal. Puede derivarse de factores del desarrollo, como la pubertad, embarazo o edad madura, o de factores accidentales, incluidos un accidente automovilístico, incendio o desastre natural.

Otros aspectos de la teoría de las crisis son las siguientes:

- La realidad objetiva de una crisis es la expresión de normas sociales, valores y la cultura propia, por lo que difiere según la persona o sociedad de que se trate. Algunos grupos definen un cierto evento como causa de crisis, mientras que otros no;
- El proceso de interpretación subjetiva de un evento crítico modifica lo que la sociedad define en forma objetiva. Los individuos confieren significados diferentes al evento, su percepción de lo que ha ocurrido, su vivencia anterior de eventos similares y su éxito o fracaso en manejar los efectos de tales eventos, y
- El proceso de restauración incluye controlar los recursos personales y sociales en la busca del equilibrio y el funcionamiento eficaz. Durante esta fase final, emerge la activación individual de las habilidades necesarias para resolver la crisis. Al emplear éstas, se intenta reducir o modificar un problema; es factible que el individuo menosprecie el evento al buscar satisfacción en otra parte, o que se resigne a lo que ha ocurrido e intente resolver el estrés resultante. Esta fase final de la crisis abarca encontrar defensas apropiadas y formas de dominar las sensaciones y emociones negativas durante el período de confusión.

Por último, debe agregarse que los conceptos de estrés y crisis se relacionan con los de pérdida y duelo, apoyos social o emocional, y resolución de crisis y adaptación. Es evidente que catástrofes como un incendio, huracán o terremoto son eventos riesgosos que originan estrés y crisis. Las fases de la crisis y sus dimensiones psicológicas son de gran importancia para los profesionales de salud mental que intentan comprender a los damnificados e intervenir a manera de brindarles ayuda psicológica.

## **PÉRDIDAS, DUELO Y PENA**

Otro grupo de conceptos de utilidad especial en la ayuda a damnificados consiste en los de pérdida, duelo y pena. Los últimos dos casi siempre hacen referencia a la reacción que produce la pérdida, en especial si se trata de la muerte de alguien importante en la vida emocional de la persona. El análisis de la pérdida suele enfocarse en la muerte, pero puede abarcar la destrucción de bienes materiales o el desempleo repentino; la disfunción física, social o psicológica, o la separación respecto de los seres amados. El duelo y pena, por lo tanto, son procesos emocionales que se derivan de la experiencia de pérdida, de manera que los damnificados suelen experimentar un proceso de duelo y pena.

Entre muchos otros profesionales, Kübler-Ross ha llamado la atención acerca de la muerte y la reacción psicológica a la misma. Los individuos que enfrentan la inminencia de su propia muerte o la de personas cercanas a ellos pasan por un proceso de cinco etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (Kübler-Ross, 1976). Se ha dicho que estas etapas no siempre ocurren y que tampoco lo hacen invariablemente en un orden específico; antes bien, las etapas que ocurran y su orden están sujetos a influencia importante de la personalidad y actitud general de la persona hacia la vida (Scheidman, 1976).

Los procesos de duelo y pena, a veces denominados conjuntamente con el término luto, abarcan elementos cognoscitivos y es frecuente que se expresen mediante síntomas físicos y psicológicos. Se inician con el reconocimiento y aceptación de la pérdida. El individuo necesita aceptar la realidad no sólo intelectual sino también emocional-

mente. Cuando sólo ocurre la aceptación intelectual, las probabilidades de inadaptación emocional son mayores. El proceso de duelo hace que la persona pase sucesivamente por los estados de choque emocional, aflicción aguda y resignación. En el camino, suele padecer molestias físicas o volverse más susceptible a las enfermedades; quizá se retraiga y se vuelva apático, es factible que exprese mayor hostilidad hacia los demás o puede aislarse por completo (Lindemann, 1944).

La descripción de la conducta de luto de las víctimas después del incendio del club nocturno Coconut Grove de Boston, en 1942, muestra muchos aspectos de la conducta que se advierte en los refugios y viviendas temporales después de un desastre que origina pérdidas considerables. Por ejemplo, una reacción predominante es la defensa intensa de la negación, es decir, las víctimas parecen preocuparse por actividades o conversaciones que no abarcan la mención de la pérdida sufrida. Esta reacción tardía al parecer facilita la resolución de emociones incontrolables. Otro ejemplo es el siguiente:

La conducta de la señora S., mujer de 29 años que perdió a su prometido un mes antes de casarse, ejemplifica la reacción tardía de defensa. Un temblor de tierra hizo que cayera un techo y diera muerte a su futuro esposo. La víctima se convirtió en ayudante de la enfermera en jefe del refugio en el área de desastre y se ocupó de mantener en orden la farmacia. Movía los frascos y recipientes de píldoras de una repisa a otra, ordenaba los suministros de primeros auxilios y hacía largas listas de los artículos que se tenían en existencia y los que era necesario reponer. Cualquier mención de su prometido hacía que volteara la cabeza y cambiara el tema; no expresaba signo emocional alguno de su estrés o tristeza. Sin embargo, tres semanas después fue vista, deprimida y agitada, en un centro de atención de crisis. Había disminuido de peso, no podía dormir y tenía ideas paranoides leves. Con la orientación adecuada, pudo iniciar la aceptación de su pérdida, los sentimientos ambivalentes que tenía hacia su prometido y la ira que le había provocado esta experiencia.

Otro autor, Peter Marris, ha descrito estos procesos en forma un tanto diferente. Considera el duelo como la expresión social del luto, que usualmente se manifiesta en los hábitos o rituales religiosos. Describe la pena como la sensación de conflicto intenso entre impulsos contradictorios: la necesidad de conservar todo lo valioso e importante del pasado y al mismo tiempo la de comenzar una vida nueva, aceptando la pérdida sufrida. Si el proceso de pena se interrumpe con demasiada prontitud en la búsqueda de reajuste y reintegración inmediatos, o si se continúa en forma interminable con una preocupación incesante por lo perdido, el doliente quizá nunca se recupere emocionalmente. La pena se domina al abstraer lo que reviste importancia fundamental en el sujeto o persona perdida y después enfrentar la vida y aceptar la nueva realidad (Marris, 1975).

Por lo general, se admite que la pena es un proceso que se inicia con tristeza, temor, angustia e ira; se continúa con dolor y desesperación, y usualmente termina con confianza y esperanza renovadas. Estas fases expresan la necesidad de recuperar el vínculo con la persona o el objeto perdidos, incluyen desorganización personal y desequilibrios emocionales, y concluyen con la reorganización y adaptación (Bowlby, 1961). Cuando se pierde a una persona con la que se tenía un vínculo íntimo, la naturaleza, gravedad y resultado del proceso de pena dependen de muchos factores. Entre éstos, se incluyen la relación que había con la persona perdida; la personalidad, estado de

salud y edad del doliente, y su situación social y económica al momento de ocurrir la pérdida (Gut, 1974).

Como se señaló, el duelo y la pena pueden relacionarse con otras pérdidas, además de las derivadas del fallecimiento de una persona. También suele haber una sensación de pérdida como resultado de la incapacidad para lograr objetivos o conservar la libertad o independencia, altamente valoradas. Los sentimientos resultantes de desilusión, privación o fracaso generan fuerzas dinámicas con consecuencias de importancia. Estas suelen contribuir a estados patológicos y afectar los logros de la persona. En este sentido, la pérdida también origina algún tipo de duelo o pena. Por ejemplo, un anciano puede experimentar una sensación intensa de pérdida como resultado de la disminución de su funcionamiento fisiológico en forma relacionada con la edad (Rochlin, 1965).

La pérdida repentina por desintegración o reubicación de familias también origina un proceso de pena y angustia intensa. Un autor señaló que un proyecto de reconstrucción de barrios bajos en Nigeria hizo que las familias sintieran que habían perdido el ambiente conocido de sus barrios y las relaciones sociales que habían trabado a lo largo de los años. La pena fue una reacción común en las personas afectadas (Marris, 1975). Fried hace un señalamiento similar con relación a la ciudad de Boston, donde un grupo de damnificados italoestadounidenses lamentó la pérdida de sus hogares, barrios y vínculos sociales. La familiaridad y estructura de tales vínculos pocas veces se reestablece en un medio nuevo y desconocido, de modo que las personas reubicadas muestran diversos síntomas, incluidos los de ira, sensación de impotencia, trastornos somáticos y tendencia a idealizar la vivienda perdida (Fried, 1963).

Es lógico suponer que todos los damnificados experimentan pérdidas en grado variable. Por supuesto, las más graves consisten en la pérdida de seres amados. El duelo y la pena por esta pérdida se complica con el efecto caótico del desastre, que puede incluir las pérdidas adicionales por destrucción de bienes materiales, reubicación en otra zona y desempleo. Muchos desastres no originan muertes numerosas pero sí privan a los damnificados de sus hogares, recuerdos, barrio y fuente de ingresos. En tales casos, cabe esperar que las personas experimenten una sensación profunda de pérdida, que origina el proceso de duelo y pena. Esto se agrava con el saqueo y el vandalismo que suelen seguir al desastre.

## RECURSOS SOCIALES Y EMOCIONALES

Los recursos sociales y emocionales de los damnificados guardan relación con sus experiencias anteriores en lo referente al estrés y crisis, pérdidas y duelo, y resolución de crisis y adaptación. Lo que usualmente se denomina red de apoyo social y emocional de una persona influye de manera considerable en el resultado de pasar por la experiencia de un desastre. Por tal razón, los profesionales de salud mental deben estar bien conscientes de los tipos de recursos sociales y emocionales que los damnificados tienen, a fin de ayudarles mediante el establecimiento de enlaces con esta matriz social y el reforzamiento de la misma, con lo que aumenta la capacidad de los damnificados mismos para resolver el estrés causado por el desastre. Los grupos sociales de carácter tradicional, estable y estructurado tienden a promover vínculos intensos y de esta manera, protegen a sus miembros contra las consecuencias patológicas de las crisis.

Los recursos de un individuo forman parte de su capacidad emocional, que está integrada con su red social. Este es un factor fluctuante, con aumento de las posibilidades de crisis conforme avanza la edad. Los *recursos emocionales* son un grupo de características genéticas y fisiológicas que abarcan las habilidades y capacidades psicológicas del individuo, usualmente basadas en experiencias, para resolver el estrés que origina un problema. Estos recursos emocionales permiten soportar las presiones del estrés, angustia y sentimientos depresivos, además de tener la confianza en sí mismo que ayuda a definir con claridad la realidad, precisar objetivos y emprender acciones eficaces. Cuando estos recursos no bastan para soportar la tensión, es frecuente que el individuo sucumba al estrés y manifieste conductas inadaptativas. Los *recursos sociales* son la suma de las relaciones del individuo; forman una red de vínculos sociales con individuos y grupos de las que deriva apoyo emocional (Tolsdorf, 1976; Caplan, 1974).

Al enfrentar un evento estresante, el individuo por lo común apela en primer término a su reserva de mecanismos emocionales internos, a fin de resolver el problema. Cuando estos mecanismos fracasan, es usual que utilice el apoyo de su red social. Esta estrategia de resolución de problemas, basada primeramente en los recursos personales y después en los sociales, es el patrón de conducta generalizado, que emplea la mayoría de las personas. Sin embargo, quienes padecen enfermedades mentales con frecuencia tienden a basarse inicialmente en los recursos sociales y, si éstos fracasan, recurren a sus propios recursos emocionales (Speck y Rueveni, 1969).

Se ha observado que la calidad de la red social de una persona y el contexto socio-cultural en que ésta actúa son factores determinantes significativos de su conducta de resolución en crisis. La red social puede ser una fuerza importante en la conservación de ciertas formas de conducta o en la determinación del grado y dirección de los cambios. Sean cuales fueren los cambios, dicha red puede apoyarlos o no y facilitar o no los esfuerzos de adaptación, según los valores sociales y culturales aplicables a la situación (Hammer, 1963).

La red social o sistema de apoyo se ha definido también como un grupo de individuos que ejercen influencia mutua en sus propias vidas para satisfacer necesidades humanas específicas. Esta es la fuente de amor, afecto, respeto, aprobación y definición de sí mismo para la persona. Los vínculos en una red de apoyo social dependen del tipo y calidad de comunicación entre sus miembros. De tal manera, si se emplea este concepto en las actividades terapéuticas, el profesional de salud mental debe buscar:

- La creación de un ambiente de confianza y una actitud abierta entre los miembros de la red social;
- La facilitación de la relación entre los actores del sistema;
- El examen de la conducta de una persona a la luz de su sistema de apoyo, con enfoque en la manera de cambiar la primera si es necesario, y
- La realización de los cambios requeridos en la red social mediante la alteración de las relaciones entre sus miembros (Speck, 1969).

En periodos de estrés, los individuos suelen emplear sistemas de apoyo formales e informales como ayuda para enfrentar sus problemas. Un ejemplo del uso de *apoyos formales* es el caso de los trabajadores de un instituto de salud mental que, al sufrir presión intensa en su trabajo, deciden mejorar formalmente los canales de

comunicación entre ellos. Esto se logra mediante reuniones de grupo periódicas, ideadas para aumentar la expresión de sentimientos, compartir el apoyo y brindarse consejo y retroalimentación, a fin de enfrentar de manera más eficaz las tensiones del trabajo (Pines y Maslack, 1978).

Un ejemplo de *apoyos informales* es el que da Gottlieb (1975) en su investigación sobre adolescentes de escuelas de nivel medio superior. El autor dividió su muestra en cuatro grupos (élites, aislados, desviados y fuereños) y analizó la forma en que los miembros de cada grupo resolvían sus problemas sociales, familiares y escolares. Observó que, cuando los adolescentes disponían de ayuda informal (de patronos, maestros, clérigos, vecinos o parientes) durante las etapas iniciales de un problema y la aceptaban para la resolución del mismo, los muchachos recurrían a tales personas como su primer mecanismo de defensa contra la pérdida del equilibrio social y emocional.

La afiliación de grupo como forma de desarrollar la red de apoyo social de la persona es necesaria cuando ésta se ve desplazada o reubicada, así como en caso de sufrir aislamiento grave. Al estudiar a los sobrevivientes de campos de concentración nazis, un autor advirtió que su capacidad para resolver los problemas guardaba relación directa con la creación de sistemas de apoyo mediante afiliaciones de grupo. Fue esta red la que proporcionaba, a los prisioneros, la información, consejo, protección y refuerzo de su individualidad y valía personal. Las probabilidades de supervivencia se volvieron cada vez más limitadas para quienes no recurrieron a la afiliación en los primeros días de su reclusión en los campos de concentración (Dimsdale, 1974).

No es muy extensa la literatura en que se analiza de manera específica la necesidad y el uso de los sistemas de apoyo social durante un desastre importante y después del mismo, si bien se han realizado algunos estudios en esta área. En un análisis de víctimas de desastres, el éxito en la resolución de problemas guardó relación directa con el uso del sistema de apoyo social. En el periodo inmediato después de la catástrofe, los individuos que se basaron principalmente en sus vínculos sociales con parientes y amigos cercanos, y en menor grado en los vecinos y organizaciones formales o de voluntarios, por lo general pudieron enfrentar de manera eficaz el estrés derivado del desastre. Incluso tres años después de éste, dichas víctimas tenían vínculos más intensos con su sistema de apoyo social que antes del desastre mismo (Drabek y Key, 1976). La familia y los amigos son las fuentes más importantes de escepticismo acerca de la utilidad de muchas organizaciones de ayuda formales. Esto es válido sin importar el nivel socioeconómico (Erikson, Drabek, Key y Crowe, 1976).

Los damnificados con frecuencia son reubicados en campamentos para casas rodantes o sitios similares (campamentos de refugiados) sin considerar la red natural de apoyo social de individuos y familias. Muchos problemas sociales y emocionales que surgen en estos campamentos guardan relación con la falta de familiaridad y la actitud suspicaz en el nuevo entorno, así como la pérdida de la red de apoyo social (Hall y Landreth, 1975). Según estos autores, los individuos y familias utilizan en primer término sus recursos emocionales para enfrentar el estrés derivado de su situación, en el periodo que sigue a un desastre natural, y después tienden a necesitar el apoyo psicológico de familiares y amigos, a fin de enfrentar dicho estrés.

Por lo tanto, los profesionales de salud mental deben estar atentos a la existencia y uso de los sistemas de apoyo social y emocional por parte de los damnificados. Es evidente que las personas afligidas por una catástrofe emplean primeramente sus re-

cursos psicológicos internos y el apoyo de los familiares y amigos, antes de recurrir a los servicios más estructurados y formales que proporciona la comunidad. En resumen, diversos sistemas de apoyo ayudan al individuo en la resolución del estrés provocado por el desastre y la busca de adaptación personal.

## RESOLUCIÓN DE CRISIS Y ADAPTACIÓN

Otros conceptos clave relacionados con la comprensión de la conducta de damnificados son los de resolución de crisis y adaptación. En esta sección se analiza el significado de la resolución de crisis, la relación de la misma con el estrés y los sistemas de apoyo sociales y emocionales, y los elementos de la conducta de resolución de crisis encaminados a la adaptación y la salud. Aunque hay muchas definiciones de resolución de crisis (*coping*), en esta sección se define como *la conducta que protege al individuo contra el estrés interno y externo*. Esta conducta implica adaptación, defensa y control (White, 1974). La conducta de protección usualmente sigue tres caminos:

- Alteración de las condiciones que producen el estrés;
- Definición del significado de la experiencia productora de estrés, a fin de disminuir su importancia, y
- Manipulación de las consecuencias emocionales a fin de que queden dentro de límites manejables (Pearlin and Schooler, 1978).

La conducta de resolución de crisis tiene como objetivo prevenir, modificar, evitar o manejar la tensión y el estrés, y casi todos la empleamos en algún momento. No debe interpretarse como conducta inusual o rara. La mayoría de los individuos aprende formas de enfrentar el estrés y si bien éstas varían, es usual que correspondan a los patrones de conductas de evitación, alteración, manejo, prevención o control del estrés emocional excesivo.

El estrés casi siempre se relaciona con crisis y es el malestar emocional que se siente al experimentar problemas persistentes o demandas excesivas. Se deriva de presiones inusuales, poco comunes o inesperadas, por ejemplo, el temor de ser operado (Janis, 1958), la competencia en las pruebas de selección para estudios de doctorado y el impacto de un desastre natural (Ahearn, 1976). El estrés se relaciona con un evento o situación específicos y difiere de la angustia o depresión, que son más generalizadas y difusas. El estrés varía hasta cierto punto pero guarda relación con la tensión, que es el resultado de problemas cotidianos que pueden causar preocupación. Es usual que la tensión se derive de los conflictos relacionados con funciones sociales de la persona, como la tensión de ser padre, trabajar, casarse o relacionarse socialmente. La conducta de resolución de crisis es una respuesta al estrés y la tensión que sirve para defender al individuo contra daños emocionales incapacitantes.

La conducta de resolución de crisis se entrelaza con los recursos sociales y emocionales de la persona. La naturaleza de la matriz social de la persona, es decir, la red de relaciones con sus familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y pequeños grupos la facilita o, en caso contrario, la dificulta y obstaculiza. Es precisamente a este sistema social que recurren los individuos en primer término cuando buscan apoyo, comprensión o ayuda en la resolución de problemas. Sin embargo, la conducta de re-

solución también depende de las herramientas emocionales o psicológicas de la persona, es decir, sus características en lo que se refiere a defectos y virtudes personales. Estos recursos abarcan su capacidad de comunicación, la autoestima y la capacidad de soportar las dificultades sin desorganización ni desesperación. Las habilidades de comunicación facilitan la expresión del problema y los medios para buscar ayuda en su resolución. La autoestima consiste en la opinión positiva que la persona tiene de sí misma; su ausencia indica el desprecio de sí mismo. Los recursos emocionales por lo general corresponden a lo que son las personas, mientras que la conducta de resolución es la que emplean para solucionar el estrés.

La conducta de resolución usualmente abarca respuestas de acción, pero también emplea la cognoscitiva y la percepción. Estas últimas pueden asumir tres direcciones. En primer término, las respuestas de resolución pueden consistir en intentos de cambio de la fuente de tensión o estrés; esto supone conocimiento y percepción de sus causas. La atención se enfoca en cambiar la situación (causa) antes de que surjan la tensión o el estrés. En los hechos, esta estrategia se encamina a evitar las situaciones amenazantes.

En segundo lugar, las respuestas de resolución pueden intentar redefinir la situación amenazante a fin de controlar el grado de estrés. Es usual que se active esta estrategia si la persona no puede controlar el curso del estrés o la tensión a modo de disminuir o amortiguar su impacto. Es esta la forma en que se manejan el significado y la gravedad del problema. De nueva cuenta, la cognoscitiva y percepción son importantes en este proceso. Se trata de acciones desarrolladas de manera que el individuo pueda señalar que el problema no es tan importante que deba causarle preocupación. Esto puede hacerse mediante comparaciones que permiten sacar en conclusión que la situación podría ser peor. También es posible hacer caso omiso selectivamente de los aspectos negativos y hacer énfasis en los positivos.

En tercer lugar, las respuestas de resolución pueden intentar el manejo del estrés a fin de que el individuo pueda continuar funcionando con la mayor normalidad posible. En lo esencial, esta acción consiste en el intento de mantener el estrés dentro de los límites controlables y sirve de ayuda para adaptarse al estrés sin sentirse abrumado por él. Esta tercera estrategia de resolución abarca respuestas diversas, incluidas las de negación, retraimiento, aceptación pasiva, optimismo excesivo, evitación o incluso pensamientos mágicos.

El informe de caso que se presenta líneas abajo es un ejemplo de una damnificada que pudo enfrentar los múltiples eventos causantes de estrés después de la pérdida de su hogar por la ruptura de una presa y la muerte subsecuente de su esposo a causa de un ataque cardíaco. Pareció manifestar estrategias de resolución que le permitieron manejar sus problemas con síntomas psicósomáticos mínimos. Por añadidura, empleó de manera espontánea métodos de resolución que había observado en otras personas.

La conducta de resolución y la actitud defensivas son dos tipos de procesos de adaptación psicológica que pueden aparecer de manera simultánea en el mismo individuo. La persona descrita en el párrafo siguiente empleó un método activo de resolución de problemas para enfrentar las exigencias que le plantearon el rescate y los organismos encargados de éste, pero también pudo defenderse por la modulación y el enfrentamiento de la realidad en forma tal que evitó hacer frente, de una sola vez, a la enormi-

dad de todas sus pérdidas. Al enfrentar las consecuencias del desastre a manera de segmentos, pudo asimilar los nuevos eventos estresantes en que se vio inmersa al tratar de obtener financiamiento, encontrar una nueva vivienda, visitar a su esposo en el hospital y más tarde, hacer los arreglos necesarios para su funeral. Intentó adaptarse a todas las situaciones y empleó la ayuda que le brindó un orientador en crisis. Su uso de actitudes defensivas es evidente, en especial durante el duelo después de la muerte de su esposo.

La señora L., viuda de 34 años, sufrió los incidentes recién descritos. Ella y su esposo habían dejado de trabajar cinco años antes, cuando quedaron desempleados a causa del cierre de la empresa donde laboraban. A pesar de graves dificultades económicas, pudieron efectuar el último pago de la hipoteca que pesaba sobre su casa. La señora L. se encargó de la atención de su achacoso cónyuge durante los últimos años de la vida de éste. Algunos años atrás, el hijo de la señora L. había abandonado a su esposa y sus dos hijos, de modo que ella tuvo que encargarse de la educación de sus dos nietos. Poco después, el hijo reapareció; había perdido su trabajo en otra ciudad y necesitaba apoyo emocional y económico. Aunque pocas veces tenían dinero suficiente, la señora L. se las arregló trabajando como niñera; nunca buscó la ayuda económica del gobierno.

La señora L. tenía dolores de cabeza intensos, que le diagnosticaron como de origen psicossomático, durante el periodo en que realizó trámites ante los organismos gubernamentales de ayuda a damnificados, después de conseguir una vivienda temporal, así como en el curso de la hospitalización de su esposo antes de la muerte de éste. Continuó reuniéndose en forma periódica con el orientador en crisis al que la asignaron, de modo que consiguió un sistema de apoyo. Una parte de la información que compartía con el orientador consistía en datos personales sobre su ocupación pasada, familia, religión, historia clínica, y así sucesivamente. Durante las reuniones, la señora L. describió su actitud ante la vida y su forma de resolver sus problemas. Al parecer, formaba parte de un grupo de damnificados que sufrieron aflicción emocional leve. A causa de la desproporción entre la gravedad de sus pérdidas, su edad y la manifestación y características cualitativas de su aflicción emocional, resaltó como una persona que había empleado sus habilidades de resolución en cada situación de crisis. Algunas de sus características consistían en ser evidentemente optimista, no sólo en la resolución de sus problemas sino también en cuanto a la esperanza de resolver tarde o temprano sus pérdidas. En vez de la sensación impuesta por el papeleo y las inspecciones, se sintió a gusto con el personal de los organismos gubernamentales y la ayuda que obtenía del orientador. Expresaba cierto resentimiento por la situación en que vivía y la posibilidad de negligencia en la "inspección" de la presa, pero al mismo tiempo satisfacción al realizar cualquier actividad que se pedía. Estaba plenamente consciente de las consecuencias graves de sus pérdidas, pero no temía al futuro y afirmaba que sus problemas sociales eran manejables, como lo habían sido en el pasado.

En lo fundamental, la señora L. era una persona reservada que no perdía fácilmente el control pero tampoco confiaba en los demás. Sin embargo, su actitud era cooperativa, cordial y agradecida en una forma discreta. Evitaba las expresiones emocionales de todos tipos, prefiriendo modular sus respuestas y mantener el control personal. Aprovechó todos los planteamientos que le hizo el personal gubernamental para solucionar sus problemas. Tenía memoria superior a la de una persona común y corriente, criterio social adecuado, capacidad conceptual y conciencia satisfactoria de la realidad dentro del caos prevaleciente en su vida.

La señora L. tendía al uso del autorrefuerzo positivo. Hacía preguntas apropiadas y escuchaba las opciones que se planteaban. Pudo utilizar la ayuda que se le brindó para adquirir conciencia de las soluciones de que disponía y evaluarlas. Ésta es la forma en que acostumbraba comportarse antes del desastre. Su actitud hacia la vida era práctica y con sentido

común. Su estilo cognoscitivo también era práctico y tendía a ser más concreta que conceptual en lo relativo a sus tareas cotidianas. Prefería los detalles concretos y consideraba su ambiente como algo que no había que conformar o modificar activamente. Su actitud de “tomar las cosas como vienen” se aunaba a su manera flexible de resolver los problemas. Con esta forma de pensar parecía controlar cualquier emoción basada en su vida de fantasía y no adquirir conciencia de cualquier pensamiento que le causara angustia. Por lo tanto, en circunstancias estresantes no era propensa a exagerar temores futuros. Para ella, se suponía que hay que enfrentar las tareas necesarias, y no preocuparse por ellas. Se basaba en concentrar su atención de manera específica y selectiva, formar conclusiones paso por paso e instruirse en forma autodidacta. Esta actitud de aceptación de la realidad le permitió soportar las pérdidas y desilusiones intensas, incluidos el dolor causado por la muerte de su esposo. No percibía las dificultades de la vida cotidiana como inevitablemente trágicas o insuperables. Los eventos aflictivos o fracasos parecían ser señales que movilizaban su conducta de resolución, en vez de activar el retraimiento o el autodesprecio. Su estado de ánimo variaba en una amplia gama y la aflicción al parecer activaba una conducta de mayor vigilancia, control y corrección. Controlaba sus emociones con sumo cuidado y participaba sólo en situaciones en que su actuación podía ser productiva.

La resolución de crisis, expresada en percepciones, cognoscitiva y conducta, es un concepto que se relaciona con los de estrés y crisis, pérdida y duelo, y sistemas de apoyo de la persona. La conducta de resolución dirigida a la adaptación y la salud y expresada en diferentes niveles consiste en modificar una situación estresante, sin definir nuevamente su importancia cuando hay un problema e intentar manejar el estrés que se está viviendo. Los profesionales de salud mental necesitan conocimientos sobre mecanismos específicos de resolución, a fin de diagnosticar trastornos en los damnificados y ayudarles en el logro de la adaptación y la evitación de trastornos emocionales.

Los cuatro conceptos claves presentados en este capítulo son el fundamento de los conocimientos que necesitan los trabajadores de salud mental a fin de comprender las reacciones de los damnificados y ayudarles en la superación de las consecuencias emocionales del desastre. Como se analizó, el estrés y crisis, pérdida y duelo, sistemas de apoyo social y emocional, y conducta de resolución y adaptación, son conceptos que se traslapan y suelen ser aplicables a la conducta de los damnificados.

Las personas que han sobrevivido a una inundación, huracán, terremoto o tornado experimentan el estrés que se deriva de la catástrofe misma y de sus consecuencias especiales, es decir, la muerte, pérdida de bienes materiales y reubicación. Estas tensiones pueden originar crisis en el damnificado, con consecuencias positivas o negativas en su conducta. La resolución de una crisis personal causada por un desastre depende en gran medida del grado de pérdida que sufra el individuo y de que disponga o no de apoyo social y emocional.

En el análisis de estos conceptos claves de uso común en la práctica de salud mental, los autores sugieren su aplicabilidad a las reacciones emocionales derivadas de desastres. Aunque son contadas las teorías que explican las consecuencias psicológicas de una catástrofe, además de que este tema continúa siendo controvertido en algunos círculos, es indispensable elaborar un marco de referencia conceptual para el análisis de estas conductas. En el capítulo presente se analizan cuatro conceptos relacionados entre sí que se consideran como conocimientos básicos para comprender este tema; en el capítulo siguiente se estudian los datos derivados de las investigaciones sobre desastres, a fin de profundizar en la gama de conocimientos aplicados en el área. Con

estos dos análisis, de conocimientos teóricos y aplicados, los autores presentan dos modelos de conducta de víctimas de desastres en el capítulo 3. Los profesionales de salud mental pueden emplear dicha información a fin de brindar servicios eficaces a los damnificados en sus comunidades.

---

## Conceptos aplicados en la comprensión de la conducta de damnificados

Cuando ocurre un desastre, los profesionales de salud mental tienen frente a sí diversas preguntas, como las siguientes “¿dónde puedo encontrar información acerca de los tipos de problemas que experimenta la gente después de una catástrofe?”, y: “¿quién me ayudará a comprender la forma en que suelen comportarse los sobrevivientes de un desastre?” En este capítulo se intenta responder a dicha pregunta y otras mediante el análisis de investigaciones sobre desastres en que se especifican los tipos de conductas observados en diversas condiciones, además de que se presentan dos modelos relacionados entre sí, ideados para explicar dichas reacciones.

No son muchas las investigaciones sobre las consecuencias emocionales de los desastres. En la mayor parte de la literatura existente se estudian las relaciones de conducta desde perspectivas diferentes, como la psicológica, intrapsíquica y sociológica. Para algunos autores, el concepto de cualquier respuesta psicológica grave a una catástrofe es tema de polémica considerable. Los investigadores en el área de salud mental no han dedicado atención suficiente a documentar estas respuestas, de modo que persiste la necesidad de investigaciones cuidadosas y continuas.

Muchas de las observaciones y estudios que se han hecho sobre los sobrevivientes de desastres señalan consecuencias emocionales específicas mediante el uso de un marco de referencia de fases de desastres. Estos elementos cronológicos consisten en las fases de preimpacto, impacto y posimpacto de una catástrofe natural. En otras palabras, la respuesta de la persona depende de las condiciones de la fase de que se trate. Este factor tiene gran importancia para los profesionales de salud mental que planean sus intervenciones terapéuticas.

Los autores tratan de integrar los conceptos básicos que se definen en el capítulo precedente con los diversos datos de las investigaciones que se estudian en este capítu-

lo mediante dos modelos de conducta de los damnificados. En estos modelos, se incorporan las fases cronológicas citadas y los conceptos de crisis y estrés, pérdida y duelo, sistemas de apoyo y resolución de crisis, junto con otros factores psicológicos y sociológicos. El objetivo de este intento de síntesis es que los profesionales de salud mental empiecen a plantear algunas teorías causales de las consecuencias emocionales de un desastre.

## CONDUCTA RELACIONADA CON DESASTRES

El tema de las consecuencias psicológicas de los desastres no ha sido un tema que atraiga mucho a los investigadores en salud mental. Gran parte de la literatura disponible al respecto se centra en variables sociológicas y hace énfasis en la organización de los servicios de emergencia, el impacto del desastre en la estructura social existente, los papeles de las víctimas y los trabajadores de los organismos asistenciales, y mejores formas de planear y organizar los programas de emergencia. Lo poco que se ha escrito acerca de la conducta de los damnificados no siempre ha sido sistemático ni comparable en cuanto a diseño, variables usadas o conclusiones generales. Algunos autores incluso afirman que un desastre natural tiene efectos psicológicos mínimos, si acaso, lo que les hace creer que el tema de las reacciones de conducta ante el desastre es, en el mejor de los casos, materia de controversia.

No obstante lo anterior, la literatura incluye datos que sustentan la opinión, común entre los profesionales de salud mental, de que un desastre sí origina efectos psicológicos graves. Lindemann fue uno de los primeros en explorar este tema, en su análisis de la conducta de las personas afectadas después del incendio del club nocturno Coconut Grove en Boston (Lindemann, 1944). Otros que han compartido su punto de vista son Lifton (1967), en su estudio sobre las víctimas de Hiroshima, desastre provocado por el hombre; Erikson (1976), con su trabajo después de la inundación de Buffalo Creek, y Cohen (1976), por un lado, y Ahearn y Rizo Castellón (1978), por el otro, en sus análisis sobre las hospitalizaciones psiquiátricas después del terremoto de Managua, Nicaragua. La pregunta que se plantea es: “¿Cómo reaccionan los individuos ante un evento que puede considerarse como cataclismo?”

Las consecuencias emocionales de un desastre dependen de muchos factores. Entre éstos se incluyen el tipo y duración del desastre mismo, de la fase de advertencia que le precede y de experiencias previas, así como la magnitud de la destrucción, el número de muertos y la forma en que los damnificados perciben e interpretan estos aspectos. Todos los factores citados pueden afectar la intensidad y magnitud de los efectos psicológicos (Fritz, 1967). La reacción inicial comúnmente observada es un estado temporal de choque, por lo que la gente puede experimentar confusión, aturdimiento y cierta desorientación, estado que puede persistir durante minutos u horas (Wallace, 1957).

En un estudio de las víctimas del huracán Audrey, se pidió que recordaran sus pensamientos durante el periodo de impacto. Muchos aparentemente habían superado el choque que les produjo la situación y la lucha por la supervivencia inmediata hasta el punto de que recordaron poco de lo que habían pensado durante tal periodo (Fogleman y Parenton, 1959). La reacción de choque puede considerarse como normal

en el contexto de pérdidas y destrucción considerables. Desde el punto de vista psicológico, los desastres tienen un efecto “narcótico”, que impide temporalmente que las personas asimilen el grado en que cambia su mundo y la posición que guardan en él (Moore, 1956).

Al momento de la catástrofe, cada individuo tiene frente a sí la dificultad de interpretar una realidad nueva y quizá aterrorizante. La tendencia común es relacionar los signos del desastre con eventos normales y familiares. Esta inclinación es particularmente común en desastres que ocurren sin previo aviso o en que se desconoce la causa desencadenante. En ocasiones, se da la advertencia de peligro inminente, pero es habitual que las personas hagan caso omiso de ella. Este problema de interpretación correcta de la realidad también se intensifica cuando el individuo no ha tenido otras experiencias en desastres (Kilpatrick, 1957; Fritz, 1961). Un ejemplo de esto se refleja en el siguiente estudio de caso:

Fue una pesadilla, la presa South Fork había estallado y el torrente de agua avanzó hacia el valle Conemaugh y la población de Johnstown. Se transmitió de inmediato la advertencia del peligro, por vía telegráfica. Tan pronto recibió el mensaje, la señora Ogle, jefe de la Western Union Office [oficina de telégrafos] salió para comunicar a los habitantes del pueblo las nuevas del peligro inminente, como lo había hecho muchas veces en el pasado. ¿Por qué los habitantes de dicho poblado hicieron caso omiso de su advertencia, lo que dio por resultado 2 200 muertes? Según el periódico *Harpers Weekly* del 15 de junio de 1889: “Miles de personas no dieron crédito a la alarma porque era como muchas otras falsas advertencias que habían escuchado antes” (Gelman y Jackson, 1976).

A continuación se da otro ejemplo más reciente:

El huracán David tenía mucha fuerza cuando se acercó a Miami en septiembre de 1979. Con sus vientos de 220 a 240 kph, es la tormenta tropical más intensa que haya habido en el Caribe durante el siglo. Miles de personas murieron en las islas de Dominica, Española (República Dominicana y Haití), Santa Lucía, Barbados y Martinica.

Cuando el National Hurricane Center [EE. UU.] dio la alarma de huracán en el condado de Dade, el personal gubernamental inició la evacuación de miles de ciudadanos. Unos 5 000 a 6 000 ancianos fueron llevados de South Miami Beach al refugio de la Cruz Roja. Otros 20 000 residentes buscaron refugio en otros centros, en espera de que pasara el huracán.

El huracán siguió un curso de norte a noreste, a unos 50 kilómetros al oriente de Miami. Se informó de algunas ráfagas de 115 kph en Miami Beach y la porción norte del condado de Dade, pero la región no se vio sometida a los efectos plenos del huracán.

Los funcionarios gubernamentales se sintieron complacidos al ver que David no se había dirigido hacia la región. También les agradó la eficacia de sus medidas de planeación y evacuación. Todo había transcurrido sin mayores problemas. Sin embargo, poco después un psicólogo indicó que el pequeño error había sido el escaso refuerzo psicológico para quienes habían escuchado la advertencia y aceptado la evacuación. Expresó su temor de que en futuros huracanes algunas personas hicieran caso omiso de la alarma considerándola poco seria.

Hubo quien empezó a preguntar qué efectos emocionales podría tener ese pequeño error. Nadie parece saberlo a ciencia cierta, pero se habla de que sí ocurre algo. La reacción más notable después de este huracán fue de ira. Un varón de 70 años de edad afirmó, tras pasar la noche en un refugio, en condiciones de apiñamiento y olores desagradables: “Me la pasé mejor en las trincheras de la Primera Guerra Mundial” (Dade County Civil Defense Division Report, 1980).

Durante una crisis, es probable que ciertos mitos influyan en las percepciones que tiene un individuo. Uno de ellos es el *mito de la invulnerabilidad personal*, que hace que la persona crea que, si bien la fuerza destructiva es real, no le causará daños en lo personal. Cuando ya no es posible sostener este mito, suele ser reemplazado con la *ilusión de posición central*, o sea la sensación de que la fuerza destructiva está dirigida de manera exclusiva a la persona (McGonagle, 1964). Ambos mitos deforman la realidad y son dañinos hasta el punto de que pueden impedir que el individuo enfrente la realidad misma y hacer que adopte una conducta inapropiada. Resulta interesante que estos mitos suelen continuar mucho tiempo después del impacto del desastre e influyan sobre la conducta de las personas durante semanas e incluso meses ulteriores.

Además de los problemas de percepción, hay factores psicofisiológicos que afectan la conducta personal poco después del desastre. Las respuestas emocionales varían de una persona a otra, pero parece haber consenso generalizado de que la emoción predominante que se expresa es el temor. Este suele manifestarse en la huida instintiva para salvarse a sí mismo y la familia, una sensación de seguridad al estar entre la muchedumbre y un estado de ánimo muy sugestionable. En casos más graves, la persona también experimenta petrificación por el miedo, alucinaciones y delirios (Fritz, 1961).

Los damnificados casi siempre tienen una actitud tranquila, comprensiva y considerada en su trato entre ellos y con los trabajadores que les ayudan (Wallace, 1957). Sin embargo, esta actitud dócil no debe equipararse con una de impotencia, irresponsabilidad y dependencia. Según Quarantelli (1960), esta "imagen de dependencia", en que se considera que los damnificados son impotentes e irresponsables, es una opinión errónea sobre su conducta.

La hostilidad e irritabilidad pocas veces se relacionan con la actitud tranquila y no exigente de muchas víctimas de desastres. Estas sensaciones, que se expresan inmediatamente después del cataclismo, suelen derivarse de un resentimiento generalizado que existía antes del desastre (Fritz y Williams, 1967). Debe agregarse que se trata de sensaciones que se vuelven más evidentes al cabo de semanas o meses, en especial si no se cumplen las promesas que hagan los trabajadores de los organismos que brindan asistencia a los damnificados.

Otra falsa idea de la conducta de los damnificados es la "imagen de pánico". La idea popular de que una catástrofe origina pánico por lo general se ha refutado en los estudios sobre la conducta de los damnificados. Cuando ocurre la reacción de huida, no se manifiesta en la forma que sugiere dicha imagen. El pánico, que es una forma relativamente infrecuente de conducta en el área de impacto de un desastre, ocurre sólo cuando la persona o el grupo se ven amenazados directamente por un peligro, o si el individuo considera que el escape es imposible en la situación. Una respuesta más frecuente al peligro es la de huir, que usualmente es la única elección razonable (Quarantelli y Dynes, 1970; Fritz, 1957).

Jack London, en su descripción como testigo presencial del terremoto de San Francisco, publicado el 5 de mayo de 1906 en el periódico *Collier's Weekly*, narra la ausencia de pánico como sigue:

Por increíble que parezca, la noche del miércoles, mientras la ciudad entera se derrumbaba estrepitosamente en ruinas, fue una noche serena. No hubo multitudes. Tampoco gritos ni

gemidos. No hubo histeria ni desorden. Pasé la noche del miércoles en el camino de las llamas que avanzaban, y en todas esas terribles horas no vi una sola mujer que llorara, un sólo hombre que estuviera alterado, ni una sola persona que tuviera el más leve signo de pánico.

En términos generales, la conducta humana parece ser adaptativa. Las personas actúan para protegerse a sí mismas y a los demás, en vez de enfrascarse en actos irracionales que tiendan a aumentar el peligro. Gran parte de las tareas de rescate inicial con frecuencia son obra de los damnificados mismos; la ayuda mutua y a la propia persona son comunes. Incluso entre las personas que están en el epicentro de un cataclismo, las formas de conducta centrada en objetivos son mucho más frecuentes que las de tipo irracional e incontrolada (Fritz, 1957; McGonagle, 1964).

La tendencia general suele ser hacia la conducta adaptativa, pero se dispone de poca información que explique los tipos de problemas psicológicos que experimentan algunas personas. Las estadísticas generales que describen la respuesta humana a los desastres indican que un 15 a 25% de la población afectada puede evaluar su situación y tomar medidas prontas, eficaces, sostenidas y que corresponden a la conducta adaptativa. El resto permanece en un estado de aturdimiento y asombro durante periodos variables. Al cabo de una hora poco más o menos después del impacto, la mayoría suele responder en forma apropiada, al tiempo que un 15% del total requiere uno o dos días para adoptar una conducta intencionada. Es en este último grupo que la desorientación, confusión, llanto, angustia paralizante e histeria hacen su aparición. Estas reacciones pueden persistir durante un período indeterminable (Fritz y Williams, 1957). El siguiente es un ejemplo de este tipo de personas:

La señora S. viuda de 45 años rescatada de un techo después de una inundación grave, había permanecido sola en la oscuridad durante cuatro horas, en espera de que la embarcación de rescate se acercara a su casa y la encontrara. Tenía en sus manos un pequeño perro, que pasó al bombero que le ayudó a entrar en la barca. El perro cayó en el agua, que todavía era un torrente, y desapareció. La señora S. trató de "ordenar" que la embarcación se diera la vuelta para buscar al perro y, cuando se le negó esta posibilidad, empezó a llorar en forma inconsolable e ininterrumpida durante el resto del viaje hasta el refugio. En éste, aceptó todas las órdenes y sugerencias con una actitud muy dócil pero caminó incesantemente de un lado a otro. Se rehusó a comer durante dos días y sólo hablaba acerca de la forma en que la habían rescatado. Después de permitirle que ventilara y compartiera sus sentimientos, empezó a planear los pasos necesarios para su reubicación.

Muchos estudios de la conducta relacionada con desastres se organizan con base en secuencias cronológicas. Aunque hay variantes, su forma general usualmente consiste en las fases de preimpacto, impacto y posimpacto. La primera fase, de preimpacto, incluye diversos factores importantes, como la duración de la advertencia sobre el desastre y la respuesta a ella, las experiencias anteriores de la persona con desastres y el grado de estrés presente en los sujetos antes de la catástrofe. La segunda fase, de impacto, abarca las respuestas de conducta inmediatas a los diversos tipos de desastres, al tiempo que la tercera, o de posimpacto, corresponde al grado de desorganización de la comunidad o la forma en que los damnificados continúan ajustándose. La comprensión de cada fase y su influencia en la conducta humana es importante para los profesionales de salud mental en cuanto a la planeación e intervención.

Son diversas las respuestas emocionales relacionadas con la fase de impacto que se señalaron ya en páginas previas. Estas reacciones, según muchos investigadores, continúan durante semanas y meses ulteriores, en el periodo de posimpacto. Los autores usualmente comentan la fase final del desastre como el periodo en que la víctima se enfrenta con la vida cotidiana en un ambiente que ha sufrido modificaciones radicales. La experiencia de peligro extremo y vulnerabilidad personal no pasa con el cataclismo, incluso para las personas que se han adaptado satisfactoriamente después de sobrevivir. Es algo que requiere tiempo para su asimilación. En el periodo que sigue a un desastre, los damnificados suelen estar afligidos por recuerdos atormentadores del evento y un temor intenso a que se repita (Wolfstein, 1957).

Según muchos expertos, la primera expresión emocional abierta ocurre durante el comienzo de la fase posimpacto, el así llamado "periodo de rebote". En dicho punto, la persona tiene necesidad de estar con otros y ventilar sus sentimientos relacionados con las sensaciones de pérdida que le causan conmoción o quizá de soledad (Tyhurst, 1951). Es usual que los damnificados sientan una gran necesidad de hablar y narrar sus experiencias relativas al desastre. Cuando se posterga la expresión emocional, los damnificados suelen manifestar hipoactividad, impotencia y un vagabundeo errático, apatía abrumadora o depresión. Una reacción extrema suele ser la respuesta de "choque", evidente cuando el individuo no puede comunicarse en forma normal (Healy, 1969). En este punto, tanto las características de sus respuestas y su tratamiento por el personal de socorro al parecer tienen importancia decisiva en los fenómenos psicológicos subsecuentes. Muchos expertos consideran que los servicios de salud mental profesionales en esta etapa facilitan la recuperación acelerada respecto de la desintegración temporal, además de ayudar a los damnificados afligidos (Tyhurst, 1951).

El periodo de rebote arriba descrito va seguido de lo que algunos denominan fase postraumática. Se ha planteado la hipótesis de que forma parte del periodo posimpacto y que puede continuar durante el resto de la vida de la persona. Las reacciones de esta fase abarcan la angustia fluctuante y transitoria, estado de fatiga, episodios psicóticos, pesadillas repetidas acerca de la catástrofe y reacciones depresivas. Las expresiones más graves y duraderas de estos síntomas han recibido los nombres de "síndrome traumático" o "neurosis postraumática" (Tyhurst, 1951).

Otro investigador, al describir esta fase, ha señalado que los damnificados suelen experimentar insomnio, molestias digestivas, nerviosidad y otros síntomas físicos. Algunas expresiones más graves de conducta podrían ser una reacción de depresión que se manifiesta por la falta aparente de emociones, una expresión ausente o inmovilidad. La respuesta de hiperactividad puede consistir en una actitud tendiente a discutir, habla rápida, pérdida del criterio, llanto inconsolable o vagabundear corriendo sin sentido aparente. También puede haber reacciones corporales como la náusea intensa, vómito e histeria de conversión (Healy, 1969).

El periodo de posimpacto o postraumático ha sido interpretado como una fase en que ocurren diversos problemas emocionales duraderos. Lifton, en su obra *Death in Life*, estudia los problemas psicológicos a largo plazo de los damnificados de un desastre causado por el hombre, el bombardeo de Hiroshima (Lifton, 1967). En su análisis, elabora cinco conceptos para comprender mejor la conducta de los sobrevivientes, a saber, huella de la muerte, sensación de culpabilidad relacionada con la muerte, atur-

diminuto, rechazo a la atención compensatoria, temor al contagio y definición de la propia persona.

La base de todos los conceptos acerca de los sobrevivientes es la “huella de la muerte”. Con la conciencia vívida de ésta, los damnificados pueden responder con una mayor vulnerabilidad o con una sensación de invulnerabilidad reforzada a causa de haber enfrentado la muerte y haberla vencido. La huella de la muerte se relaciona con “fascinación por la muerte”, que suele manifestarse en la forma de un gusto anormal por la escenas de muerte y más adelante, una imagen imborrable de encuentro con la muerte. Los síntomas iniciales de estas sensaciones se han descrito como características de pena aguda, que incluye preocupación por la muerte, sensación de culpabilidad, molestias corporales y conducta hostil.

La experiencia de sobrevivir usualmente se acompaña de una sensación intensa de culpabilidad. Esto puede ser resultado de sentir que se sobrevivió a expensas de otros. La defensa principal del damnificado contra la sensación de culpabilidad por la muerte es la interrupción de los sentimientos, o sea el aturdimiento psíquico. Este es un proceso que protege contra la impotencia total y contra una sensación de que una fuerza indomeñable ha invadido a la persona. Aunque el aturdimiento psíquico se inicia como un mecanismo de defensa, su fracaso suele abrumar al individuo con imágenes acerca de la muerte. Al quedar atrapado por “amenazas” o preocupación continua acerca de la muerte, el damnificado quizá sólo pueda expresar o disipar sus sentimientos por medios no verbales o con síntomas psiquiátricos adicionales.

El estado general del sobreviviente y sus relaciones personales pueden estar bajo la influencia de la sospecha de que se le brinda atención compensatoria y la percepción del temor que tienen otros al contagio. Esta sospecha puede hacer que la víctima sienta que todos abusan de ella, en particular quienes más ayuda le brindan. La angustia relacionada con el contagio suele fomentar una sensación de exclusividad entre los sobrevivientes, con base en sus experiencias compartidas y el “conocimiento de la muerte”.

En última instancia, cada uno de los sobrevivientes debe enfrascarse en un proceso de formulación al reestablecer, desde su interior, una definición de la propia persona con respecto a la “nueva realidad”. Esta es la manera en que el damnificado intenta recuperarse del trauma del desastre y poner en práctica la conducta de resolución de crisis necesaria para comenzar una nueva vida.\*

Diversos estudios de desastres contribuyen a nuestra comprensión sobre la etapa posimpacto. Uno es el fino análisis de Erikson sobre las consecuencias emocionales de la inundación de Buffalo Creek. El autor, al advertir la gama de problemas psiquiátricos presentes después de la catástrofe, llegó a la conclusión de que muchos eran resultado de la desorganización social causada por el cataclismo, si bien algunos eran resultado directo del desastre mismo. El proceso de reubicación, el hecho de vivir en un ambiente no familiar y la necesidad de iniciar de nuevo la vida sin los seres amados ni trabajo fueron estreses adicionales que originaron problemas psicológicos. El impacto de la desorganización social en el periodo ulterior al desastre ha sido denominado “el segundo desastre” (Erikson, 1976).

\*Evelyn J. Bromet y Charles Schulberg, investigadores de la University of Pittsburgh, han iniciado un estudio en Three Mile Island, acerca de las consecuencias psicológicas y aspectos sociales del accidente nuclear ocurrido en dicho sitio.

Datos más específicos sobre las respuestas emocionales forman parte de un estudio de hospitalizaciones psiquiátricas después del terremoto de Managua, Nicaragua (Ahearn y Rizo Castellón, 1978). Estos investigadores, al comparar los números de hospitalizaciones antes y después del desastre en la única institución psiquiátrica del país, advirtieron un aumento del 27% después de la catástrofe. Este estudio confirmó investigaciones precedentes en el sentido de que los síntomas neuróticos son comunes tras un cataclismo. En Managua, las hospitalizaciones ulteriores al desastre motivadas por neurosis aumentaron 46% durante el año, si bien el incremento fue del 209% en el primer trimestre después del terremoto. Resulta interesante que las formas de neurosis con mayores aumentos incluyeron la angustia, reacciones depresivas e histeria. Los pacientes que tenían estos problemas por lo general fueron madres jóvenes.

Otros resultados del estudio de Managua son instructivos. Por ejemplo, los nuevos casos de psicosis disminuyeron 17%, al tiempo que las rehospitalizaciones de un mismo paciente aumentaron 49% en el año ulterior al terremoto. Por alguna razón, los desastres naturales no originan psicosis, aunque es evidente que las personas con antecedentes de trastornos psiquiátricos graves son mucho más vulnerables al trauma del desastre y sus posefectos. Otro resultado concuerda con la teoría del "segundo desastre" planteada por Erikson. Las hospitalizaciones ulteriores al cataclismo por síndromes orgánicos cerebrales aumentaron 42.4%, y las relacionadas con retardo mental, 35.4%. Dado que los desastres no originan ninguno de estos dos trastornos, ¿podría ser que estas hospitalizaciones hayan aumentado como resultado de la desorganización social después del terremoto? En las condiciones de vivienda temporal prevalentes, ¿tuvieron las familias problemas especiales en la atención de uno de sus miembros porque tenían que vivir con parientes en una tienda de campaña o un campamento para refugiados? Además, es posible que la destrucción de otros recursos o servicios (como hospitales, farmacias y los servicios de médicos locales) haya hecho que las familias buscaran ayuda en la única fuente disponible y accesible, a saber, ¿el hospital psiquiátrico? Es indudable que esto podría ser cierto.

Por último, las hospitalizaciones por trastornos de la personalidad disminuyeron 34% durante el año ulterior a la catástrofe de Managua. La reducción en la conducta desviada se explicó con base en dos posibles factores: en primer término, se redujo la incidencia real de tales desviaciones, y en segundo lugar, las normas sociales se relajaron en el periodo ulterior al desastre hasta el punto de que las definiciones de desviación que se tenían previamente ya no eran funcionales.

La literatura sobre el tema es escasa y los estudios difieren en cuanto a su metodología y enfoque, pero parece haber datos cada vez más numerosos en el sentido de que los desastres causan problemas emocionales o influyen en la aparición de éstos. En esta sección se ha analizado la gama de conductas que suelen derivarse de los desastres. Los profesionales de salud mental deben familiarizarse con diversos tipos de respuestas o conductas posibles después de una catástrofe. También deben tener en mente que los problemas emocionales cambian con el tiempo y se relacionan con muchos otros fenómenos humanos, como los de crisis, estrés, resolución de crisis y sistemas de apoyo, analizados en el capítulo precedente.

## MODELOS DE CONDUCTA RELACIONADA CON DESASTRES

Los profesionales de salud mental usualmente afirman que los desastres naturales originan reacciones psicológicas en los damnificados o influyen en dichas reacciones, y los autores concuerdan con dicho planteamiento. No se han definido bien a bien las relaciones de causa a efecto, pero es frecuente que se empleen los conceptos de crisis y estrés, pérdida y duelo, recursos sociales y emocionales, y resolución de crisis y adaptación para explicar las consecuencias emocionales de los cataclismos naturales.

Los autores presentan a continuación dos modelos con base en los conceptos descritos en el capítulo 2 y las experiencias aplicadas que se relatan en la primera parte del capítulo presente. Estos modelos explican la fenomenología de la conducta relacionada con desastres y pretenden servir como guía para la intervención. Aunque hay traslape entre los dos modelos, proporcionan dos enfoques distintos al lector.

### Factores que influyen en la conducta relacionada con desastres

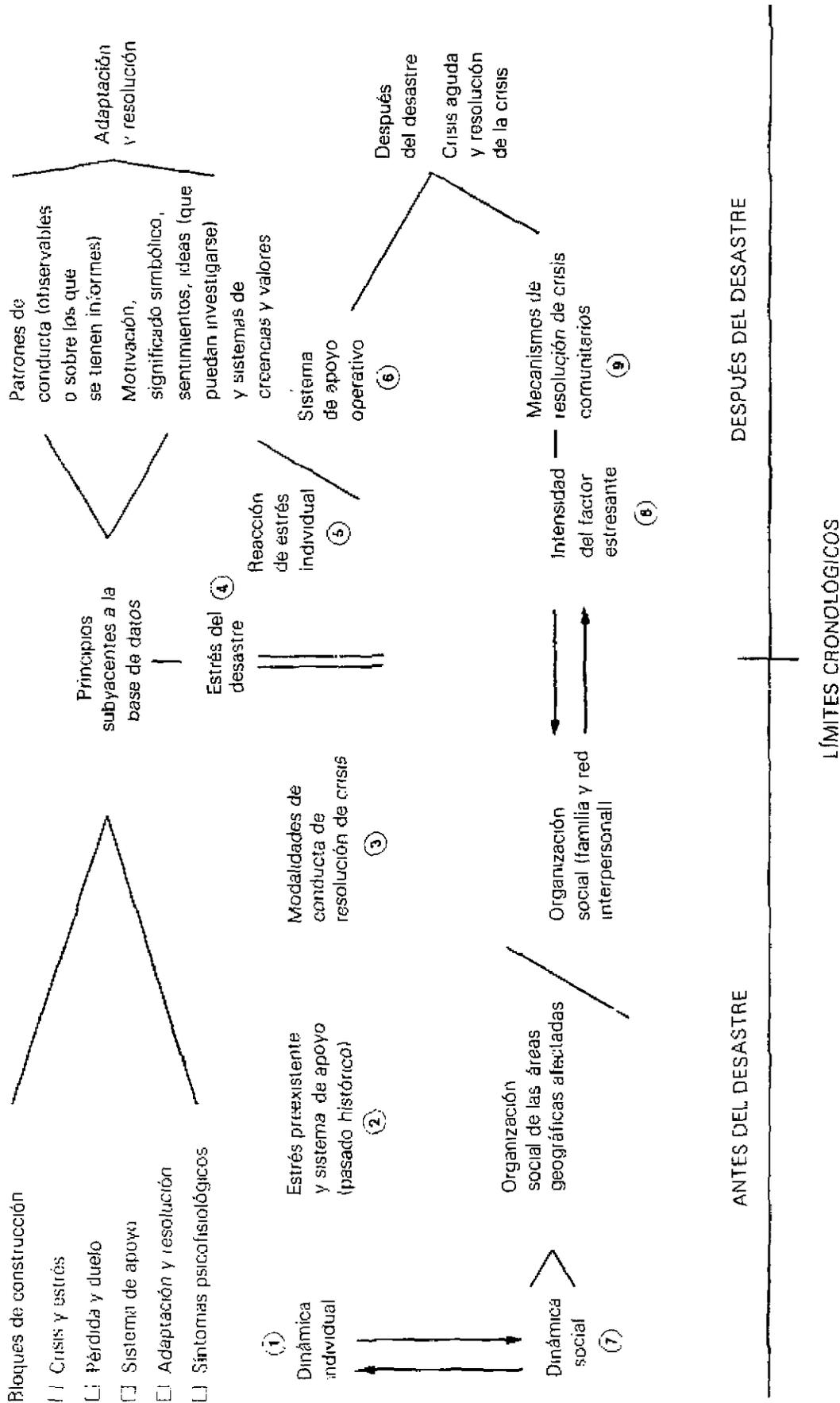
La figura 1 es un diagrama sobre cada uno de estos elementos conceptuales con que se intenta explicar las consecuencias de un desastre en la conducta. Se parte del principio de que una catástrofe natural, como un terremoto, es un evento crítico que tiene impacto en el equilibrio personal y origina estrés intenso. Al momento del desastre, la conducta del damnificado depende de numerosos factores antecedentes, además de la interpretación y definición que confiera a este evento amenazante. Con antelación al desastre, ciertas personas están expuestas a otras crisis o eventos, como el divorcio, nacimiento de un hijo o mudanza, que son indicativos de su vulnerabilidad especial a otra crisis. Otro factor es el hecho de que el individuo haya tenido o no experiencias previas y exitosas de resolución de crisis, así como experiencias con desastres. Quienes han tenido las primeras suelen poseer habilidades adicionales que les permiten resolver en mejor forma la crisis originada por el desastre, mientras que las personas que ya han sufrido catástrofes suelen ser capaces de interpretar los signos del desastre en forma más satisfactoria y manejar con mayor eficacia el estrés relacionado con el desastre mismo. En efecto, las experiencias previas y el estado físico y emocional anterior al desastre influyen sobre la forma en que los damnificados enfrentan un desastre natural y sus consecuencias.

El impacto inicial de un desastre como un evento crítico suele originar estrés muy intenso ( $S_1$  en la figura 2). El hecho de que la víctima tenga o no reacciones psicológicas depende de varios factores:

- El tipo y duración del desastre;
- El grado de pérdidas sufridas;
- El papel social, las habilidades de resolución de crisis y el sistema de apoyo del damnificado, y
- La percepción e interpretación que el sobreviviente da a la catástrofe.

Algunas calamidades naturales, como los terremotos, son repentinas y de corta duración, mientras que otras, como las inundaciones y huracanes, se desarrollan con lentitud y tienen duración relativamente prolongada. Este segundo grupo de catástro-

FIGURA 1. Paradigma de factores de influencia en la conducta relacionada con desastres.



fes naturales usualmente incluye advertencias, a las que comúnmente se reacciona con indiferencia o rechazo. Los individuos juzgan la gravedad del peligro según definan la naturaleza del desastre y sus posibles consecuencias para sí mismos y sus familias. Su conducta al momento del impacto y en en las primeras horas o días después del mismo también se relacionan con:

- El grado de pérdidas que han sufrido (muerte de seres amados, pérdida de su hogar o trabajo);
- Su papel social y la conducta que otros esperan de ellos;
- La presencia o ausencia de recursos emocionales y una red de relaciones sociales, y
- Su habilidad y capacidad para resolver el estrés causado por el desastre natural.

Algún tiempo después, la víctima enfrenta la nueva realidad social de tener que ajustarse y comenzar una nueva vida. Este periodo, al que se hizo referencia en páginas precedentes como el “segundo desastre”, origina estrés que se agrega al causado por la fase de impacto. En la figura 2, este estrés se indica con la  $S_2$ . Su origen es la crisis que emana del entorno destruido y la desorganización social resultante. Los damnificados ya no tienen el ambiente familiar de su barrio y quizá tengan que enfrentar las dificultades de la reubicación. También es factible que continúen lamentando la pérdida de un ser amado, o que hayan perdido sus redes de apoyo social o sus trabajos. Cada uno de estos factores origina cambios bruscos en los papeles sociales y dificultades en el reajuste, además de modificar radicalmente las interacciones sociales. El estrés que resulta del periodo ulterior al desastre ( $S_2$ ) también puede ser causa de síntomas psicofisiológicos.

Es igualmente concebible que algunos individuos, no afectados inicialmente por el desastre, se vean expuestos a las condiciones prevalecientes en la fase posterior al desastre y experimenten crisis y estrés intenso, que se denota como  $S_3$ . En desastres de gran magnitud, los habitantes de poblaciones vecinas suelen sentir los efectos de la reubicación de las víctimas cuando dan alojamiento a familiares o sus pueblos reciben cientos o miles de refugiados. Por añadidura, las personas no afectadas directamente por el desastre suelen sufrir la pérdida de su trabajo o reducción de sus ingresos si la economía de la región se ve afectada por el cataclismo. Además, las hay que han perdido seres amados y reaccionan con un proceso de pena tardía. Como se describe en la figura 2, estos individuos también suelen experimentar los efectos de crisis conforme el desastre los expone a estrés intenso.

## **Modelo conceptual para la intervención relacionada con desastres**

El modelo conceptual de la figura 2 consiste en la organización y creación de una base teórica de conocimientos a efecto de comprender la relaciones que hay entre las fuerzas dinámicas, los recursos de resolución y las crisis que caracterizan a la persona después del desastre. El modelo incluye el uso de estos conocimientos para elaborar procedimientos y métodos de orientación en crisis.

Este modelo explica, mediante el empleo de varios conceptos relacionados entre sí, las crisis individuales después de un desastre y las áreas apropiadas de intervención

psicológica. Los autores esperan que el modelo ponga de relieve la interacción dinámica de la catástrofe y sus efectos, las características de los damnificados y el ambiente en que ocurre el evento crítico. El modelo de referencia parte de las premisas siguientes:

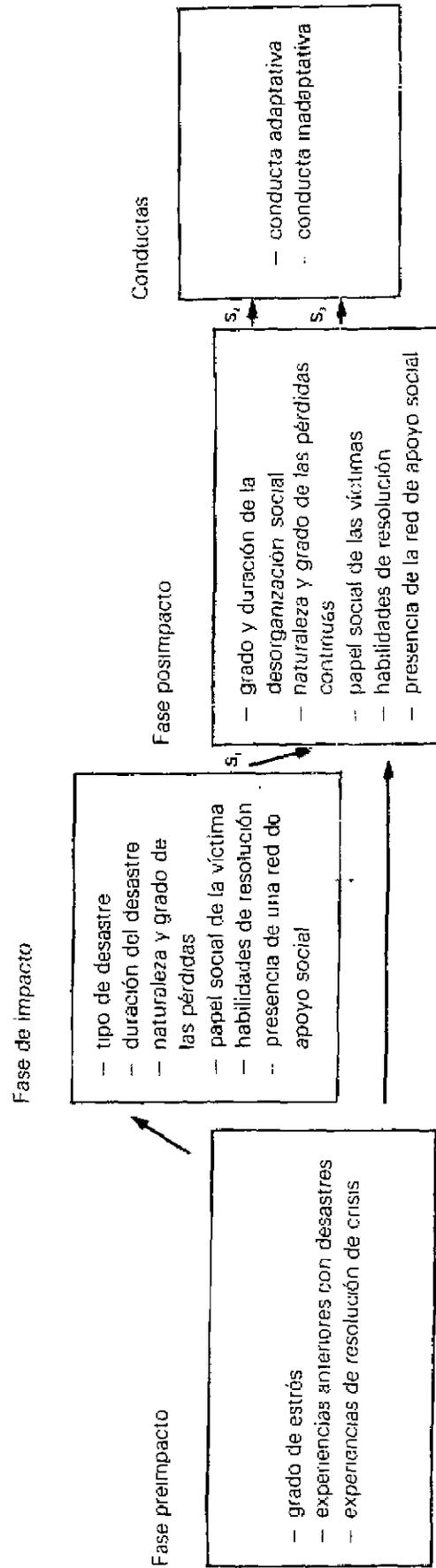
- Las reacciones de luto y pérdida ocurren después de desastres cuando éstos afectan al individuo mediante la pérdida de personas, bienes materiales o su entorno;
- Los individuos se adaptan de manera variable a las situaciones y ambientes nuevos;
- Los síntomas de crisis son a la vez causa y efecto de la desorganización social, psicológica y fisiológica, aspectos que pueden estudiarse como parte de un proceso interrelacionado;
- Los damnificados necesitan ayuda social, psicológica, fisiológica y económica, y
- Los posefectos de la resolución de crisis pueden ser de larga duración, además de ser moderados, mínimos o graves según ocurra la resolución adaptativa o inadaptable de las demandas a que se ve sujeta la persona como resultado del desastre.

Estos principios deben considerarse al enlazar los conceptos presentados en la figura 2. Se tiene un cuerpo básico de conocimientos a partir del cual pueden correlacionarse estos conceptos para tomar en cuenta las relaciones sistemáticas y efectos interdependientes que influyen en la conducta de las personas después de un desastre. Los damnificados manifiestan conductas que indican el nivel de adaptación que pueden lograr mediante acciones personales, sensaciones (como las de esperanza o impotencia) y niveles de energía. El resultado de todo esto puede comprenderse de mejor manera si se investigan las variables antecedentes que caracterizan la constitución social, psicológica y fisiológica de la persona. Los humanos enfrentamos los desastres con un conjunto de mecanismos de resolución y eventos históricos personales que han dejado en nosotros diversos mecanismos adaptativos psicofisiológicos. El grado de desorganización funcional en que están inmersos los damnificados después del evento y las actividades subsecuentes de recuperación y restitución, que influyen en sus vidas, guardan relación causal con el desastre. El concepto de los sistemas de apoyo, ponderado contra los resultados de la crisis, se manifiesta con claridad en esta situación. La intervención psicológica debe dirigirse a dos niveles, el individuo y la comunidad. El objetivo principal de las actividades de los profesionales de salud mental es fortalecer los mecanismos de adaptación en el nivel individual y ayudar al desarrollo de los sistemas de recuperación y apoyo después del desastre en la comunidad, en una forma tal que se adecúe a las necesidades personales y facilite el progreso de la satisfacción de éstas.

En la figura 2 se presentan ordenamientos teóricos de los conocimientos básicos y se organizan los datos para que sirvan de guía al profesional en la elaboración de procedimientos para satisfacer este objetivo.

Las personas cuyo modo de vida se ve alterado repentinamente por el cataclismo y a las que se ofrecen nuevas condiciones de vida tiene que desarrollar una conducta de resolución para adaptarse a la emergencia y la situación cambiante. Las técnicas de observación psicológica y entrevistas pueden usarse para comprender este conjunto de conductas, a fin de evaluar el grado de aflicción y brindar la asistencia y el apoyo necesarios. De esta manera, pueden recopilarse datos para identificar los aspectos

**FIGURA 2. Modelo conceptual para la intervención terapéutica en desastres.**



$S_1$ , estrés producido por el desastre mismo  
 $S_2$ , estrés causado por el desastre y por la desorganización comunitaria ulterior  
 $S_3$ , estrés resultante de la desorganización comunitaria

siguientes, enumerados de manera tal que correspondan al modelo conceptual de la conducta de las víctimas de desastres. Dichos aspectos son:

1. Características de personalidad;
2. El tipo de eventos históricos por los que la víctima ha logrado su nivel de desarrollo;
3. Los mecanismos de resolución usuales y métodos de que dispone la persona para enfrentar las crisis;
4. La historia del desastre y la forma en que afectó al individuo desde el punto de vista de este último;
5. La conducta reactiva y habilidades personales para adaptarse a la nueva situación, que surge después del desastre;
6. Los sistemas de apoyo sociales y comunitarios de que disponen las víctimas y el uso que hagan de estos recursos;
7. El nivel de apoyo disponible a través de la comunidad y los organismos de ayuda en desastres, a la luz del grado de desorganización social;
8. La intensidad de los factores estresantes y su relación con el equilibrio entre la gravedad del desastre y la disponibilidad de recursos de apoyo.
9. La naturaleza de este equilibrio, que estimula u obstaculiza la calidad de los recursos de resolución de la crisis.

La información derivada de cada paso aclara la conducta del damnificado, así como su vulnerabilidad al estrés como resultado del desastre y sus necesidades específicas para recuperar el equilibrio. Además, es útil para comprender el entorno social y económico del que proviene y el nuevo entorno en que está inmerso. Este conjunto de variables es importante en la planeación de una estrategia de resolución de crisis.

En teoría, el individuo usa características de su personalidad para adaptarse. Si no puede hacer frente a los eventos múltiples que origina la catástrofe, en el siguiente término recurre a las fuentes de apoyo y acepta la ayuda de los organismos encargados de brindarla. Cuando estos recursos no están disponibles o son inadecuados para satisfacer las necesidades vitales afectadas por el desastre, el individuo emplea sus creencias, valores y símbolos culturales. En la conducta ulterior al desastre, se observa que las personas aprovechan los recursos disponibles en forma simultánea y complementaria.

En cada uno de estos aspectos, el profesional de salud mental tiene la oportunidad de brindar ayuda al individuo en su matriz social. El profesional advierte, en algún punto de la resolución de la crisis, una coyuntura que puede llevar por un camino patológico u otro saludable. El profesional de salud mental debe poseer los conocimientos y habilidades necesarios para evaluar la situación y poner en práctica procedimientos de intervención terapéutica que apoyen y guíen al damnificado en el logro del mejor resultado posible a la luz de la situación generada por el desastre en su comunidad.

En resumen, los trabajadores de salud mental deben suponer que habrá problemas emocionales como resultado del impacto de un desastre, en la medida en que los damnificados experimentan temor, choque, aturdimiento psíquico, angustia, depresión y síntomas psicósomáticos. En el periodo inmediatamente ulterior al desastre y conforme transcurren las semanas y meses, algunas personas no pueden resolver sus problemas y continúan manifestando angustia, depresión, ira, pesadillas, insomnio

y dificultad en las relaciones personales. Además, en la fase posimpacto otras personas no afectadas directamente por el desastre quedan expuestas al estrés que origina éste y manifiestan problemas emocionales. Los parientes de damnificados, residentes de poblaciones vecinas y trabajadores de los organismos que brindan ayuda en el desastre son grupos vulnerables a las consecuencias del estrés relacionado con el desastre mismo. Por último, los modelos que se presentan en las figuras 1 y 2 sirven con el fin de ensamblar la conducta relacionada con los desastres para el propósito de la intervención psicológica, si es necesaria.

---

## Forma de planear y poner en práctica los servicios de salud mental después de un desastre

En este capítulo se describe un modelo para el desarrollo y puesta en práctica de los servicios de salud mental con el fin de ayudar a las personas que sufren las consecuencias psicológicas de un desastre. Los administradores de salud mental que enfrentan el caos del periodo inmediatamente ulterior a la catástrofe y necesitan conocimientos para actuar a la brevedad con frecuencia se sienten perplejos e inseguros en cuanto a las medidas necesarias. Las respuestas difieren de un desastre a otro, pero es posible elaborar una guía para el diseño y ejecución de la ayuda psicológica a los sobrevivientes de cataclismos. Los administradores pueden emplear esta guía, aplicándola en forma flexible, como medio de comprobación de las actividades necesarias para prestar servicios pronto y eficaces a quienes los necesitan.

Los líderes de los servicios de salud mental, mediante la comprensión clara y plena de las consecuencias emocionales de un desastre, deben responsabilizarse de llamar a filas al personal necesario, movilizar los recursos que se precisan y planear la ayuda a los damnificados. Tienen que conocer de qué manera los ha afectado, qué elementos entran en el diseño del plan, qué coordinación con otros servicios es necesaria y la forma eficaz de aportar los servicios de ayuda psicológica a los damnificados. Sin tales conocimientos, los administradores suelen perder tiempo valioso en decidir qué tareas se precisan y la forma de lograrlas.

A fin de que los administradores de servicios de salud mental elaboren y pongan en práctica un programa de dichos servicios después de un desastre, en este capítulo se analiza un modelo en que se postulan los elementos de la administración y planeación de este tipo de proyecto. De manera específica, en esta guía se consideran los requisitos de:

- Evaluación de necesidades;
- Definición de los objetivos de intervención;
- Consideración de posibles opciones;
- Diseño de un programa, y
- Puesta en práctica y ejecución de un proyecto de servicios de salud mental.

En este capítulo también se presentan estudios de casos con que se detallan, paso por paso, los elementos del diseño y mantenimiento del plan o programa. Los autores, mediante estos ejemplos prácticos, esperan ofrecer algunas sugerencias y recomendaciones útiles para el logro de las tareas recién enumeradas.

## GUÍA PARA LA PLANEACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La planeación en el ambiente que sigue a un desastre requiere conocimientos, paciencia y flexibilidad. Es esencial tener datos precisos acerca de lo que ha ocurrido y quiénes están sufriendo, pero lo más frecuente es que la información sea inadecuada o difícil de reunir. Después de un desastre, los líderes de servicios de salud mental deben dedicar largas horas a decidir qué hacer y la forma de hacerlo. En muchos casos, se topan con situaciones que son peculiares de su comunidad y requieren flexibilidad e innovación en su enfoque para ayudar a las víctimas. La guía siguiente se presenta con el fin de ayudar a estos administradores en sus actividades. Los planificadores pueden (y, de hecho, deben) trabajar simultáneamente en varios elementos, pero cabe señalar que los pasos del proceso están interrelacionados y se traslapan.

### Aprobación y apoyo

Antes de actuar, los administradores de servicios de salud mental necesitan legitimación y aprobación de sus acciones. En algunos casos, ellos mismos tienen la autoridad necesaria en virtud de su puesto o situación legal, mientras que en otros tienen que buscar activamente la aprobación a fin de iniciar los servicios de salud mental para los damnificados. En el nivel local, la persona que usualmente tiene la autoridad necesaria para aprobar el inicio de estos servicios es el director del centro público de servicio de salud mental u otra institución similar. Si se precisa autoridad adicional, los administradores pueden buscar la aprobación o apoyo del director o comisionado de salud mental en el nivel estatal. La falta de aprobación temprana crea una situación en que suelen aparecer conflictos y competencia, con lo que disminuyen las probabilidades de éxito. El ejemplo siguiente es ilustrativo:

La idea de un proyecto de servicio de salud mental después del terremoto de Managua, Nicaragua, vino independientemente a la mente de dos profesionales, un psicólogo y un psiquiatra. Sin conocimiento alguno sobre la simultaneidad de sus propósitos, ambos se pusieron en contacto con el International Desk of the National Institute of Mental Health (NIMH) para explorar las posibilidades del proyecto y lograr el apoyo de dicho organismo. Después de manifestar que dicho proyecto era interesante y valioso, un representante de NIMH viajó a Nicaragua con uno de estos profesionales para buscar la aprobación gubernamental de un

programa conjunto de ayuda a los damnificados. Se reunieron con funcionarios del gobierno, representantes de la asociación local de psiquiatras y trabajadores de salud mental, a fin de discutir el proyecto. Todos lo aprobaron en forma entusiasta. Cuando el grupo de profesionales de salud mental estadounidenses llegó a Nicaragua en abril de 1973, sus miembros continuaron el proceso de confirmar la aprobación del proyecto mediante reuniones adicionales con los grupos arriba mencionados. (Además, se reunieron con la esposa del presidente de Nicaragua, que dio su apoyo personal al proyecto.)

Cuando este grupo salió de Managua a fines de abril de 1973, uno de sus miembros declaró a la prensa local que el régimen gobernante no sólo era represivo sino que también lucraba con la ayuda enviada por otras naciones para los refugiados del terremoto. A la llegada del grupo a Estados Unidos, el periódico *New York Times* reprodujo tales comentarios. En virtud de la publicidad adversa tanto en Nicaragua como en Estados Unidos, las medidas tomadas contra este grupo de trabajadores de salud mental fueron predecibles y rápidas: se retiró la aprobación formal para la continuación del proyecto.

Un segundo grupo de estadounidenses llegó en mayo de 1973 a Nicaragua y tuvo que hacer frente a la pérdida de la aprobación formal. Sus miembros consideraron la terminación del proyecto y de todo esfuerzo para recuperar la aprobación plena a fin de continuar. Era evidente que la aprobación formal había disminuido pero ¿podría obtenerse apoyo informal suficiente para reactivar el proyecto? Los miembros del grupo no estaban muy seguros de ello. Sin embargo, sus esfuerzos, que duraron meses, resultaron fructíferos después de reunirse para discutir el asunto con los profesionales de salud mental (que valoraron la necesidad de estos servicios), líderes del campo de la psiquiatría y funcionarios gubernamentales interesados. Recibieron apoyo informal suficiente para continuar el proyecto, incluso sin la aprobación formal del gobierno nicaragüense.

El segundo grupo de profesionales norteamericanos dejó Managua en agosto de 1973, después de trabajar con sus colegas nicaragüenses en la creación de 10 centros de salud mental comunitarios para los 300 000 refugiados del terremoto. Cuando terminó el proyecto, seis meses después, más de 7 000 víctimas habían recibido algún tipo de servicio psiquiátrico de dichas clínicas gracias a los esfuerzos de 31 profesionales de salud mental nicaragüenses y sus colegas estadounidenses.

Los líderes de servicios de salud mental pueden tomar varias medidas inmediatas para obtener la aprobación. En primer término, los funcionarios locales o estatales de salud mental deben establecer comunicación telefónica para evaluar las consecuencias del desastre y la necesidad de actuar. Estas llamadas deben ir seguidas de reuniones, si es posible, para aclarar las cuestiones de aprobación y responsabilidades. Por ejemplo, los niveles de autoridad y el deslinde de responsabilidades deben estar claros para todos los participantes. Es frecuente que los funcionarios estatales y locales efectúen un recorrido en el área del desastre para evaluar lo ocurrido y decidir si debe iniciarse un programa. Por último, la aprobación debe quedar por escrito a fin de evitar confusiones o conflictos ulteriores.

Esta necesidad de aprobación se relaciona con la de apoyo formal e informal en todos los niveles. Los servicios de salud mental después de una catástrofe evidentemente no pueden operar en el vacío, sino que deben interrelacionarse con diversos servicios afines. Dado que se trata de servicios que se han incorporado sólo en fecha reciente a la ayuda que se brinda a los damnificados, es fundamental el apoyo de otros grupos y organismos. A fin de formar parte del sistema de ayuda, los servicios de salud mental requieren la aprobación y el apoyo de las autoridades, por ejemplo, los administradores de refugios, hoteles y organismos que tienen bajo su cargo los servicios de

emergencia en desastres. Además, conviene que los administradores de servicios de salud mental busquen el apoyo de organismos de servicios sanitarios y humanos, así como de sus trabajadores en el nivel local, a fin de tener los recursos humanos y económicos necesarios. Los convenios con otros organismos y profesionales pueden ser formales e informales, pero en ambos casos deben tener como objetivo lograr la cooperación requerida para ayudar a los damnificados y organizar el personal, equipo y recursos económicos que se precisan para actuar. Estos convenios por lo general se celebran por vía telefónica o en reuniones formales e informales. Es muy infrecuente que se pongan por escrito, en virtud de las limitaciones de tiempo, como lo ilustra el ejemplo siguiente:

En febrero de 1978, Massachusetts sufrió una ahora tristemente célebre ventisca que produjo inundaciones devastadoras a causa de marejadas en el litoral del estado. A causa de la magnitud de la destrucción de bienes materiales y el elevado número de personas que quedó sin hogar como consecuencia de este fenómeno, el presidente Carter declaró Massachusetts como área de desastre. Numerosos profesionales de salud mental respondieron con celeridad a la emergencia, con la esperanza de brindar ayuda psicológica a quienes la necesitaran. Sin embargo, pronto se toparon con la necesidad de legitimar su papel ante otros trabajadores que brindaban sus servicios a los damnificados.

Uno de los profesionales de salud mental que se ofreció como voluntario era una psiquiatra, directora de un centro de salud mental de una comunidad que había sufrido daños graves a causa del desastre. Cuando entró en el refugio principal del área, esta profesional observó representantes de la Cruz Roja y de diversos organismos gubernamentales que trataban de elaborar procedimientos de planeación coherentes y aclarar sus papeles. La escena era de confusión. Ella invitó a un pequeño grupo de estos trabajadores para que se reunieran en un cuarto adyacente y dedicó varios minutos a explicarles quién era ella y qué recursos podría aportar en la situación prevaleciente. Les mostró un ejemplar de los reglamentos del gobierno federal estadounidense sobre desastres, en que se estipula la intervención y orientación en crisis como parte de las actividades de ayuda a los damnificados, y pudo aclararles su papel y sus posibles contribuciones, con lo que recibió su apoyo y aceptación como miembro del grupo.

Esta psiquiatra continuó trabajando en el refugio durante varias semanas y recibió la colaboración abierta y positiva de los demás trabajadores. Sin la legitimación de su función y el apoyo de un reglamento federal, la psiquiatra habría sido un miembro aislado del grupo de ayuda.

Una forma de conservar el apoyo y la aprobación de los servicios de salud mental durante todo el periodo de ayuda después del desastre es crear, a la brevedad, un grupo de trabajo que ayude en la planeación y operación del proyecto. En la organización de un comité de este tipo hay que incluir profesionales de diversos niveles de los servicios de salud mental, servicios humanos y la comunidad en sentido amplio. Este grupo puede variar entre 12 y 25 miembros, y se sugiere que esté compuesto por 15 a 18. Debe incluir representantes de cuatro segmentos de la comunidad:

- **Expertos:** Profesionales de los servicios de salud mental y humanos que tienen conocimientos sobre las consecuencias emocionales de los desastres y la forma de brindar ayuda psicológica;

- Grupo de “poder”: Individuos que, en virtud de su puesto o posición en la comunidad, tienen influencia en ésta y pueden facilitar decisiones para la obtención de recursos o apoyo (los ejemplos abarcan políticos, empresarios o clérigos);
- Grupo de “sentimientos”: Miembros de la comunidad en sentido amplio, como los de grupos cívicos o sociales, que usualmente no inician acciones pero tienen el poder de obstaculizar aquéllas con las que no están de acuerdo. Estos grupos reflejan los valores, normas y sentimientos generales de la comunidad y podrían abarcar, por ejemplo, miembros de organizaciones feministas, clubes o sindicatos locales;
- Grupo de “necesidades”: Individuos que conocen el problema en forma directa, es decir, los damnificados (Burke, 1979).

Un grupo de trabajo como el delineado puede ayudar en el logro de la aprobación y el apoyo financiero para un proyecto de servicios de salud mental propuesto, además de interpretar necesidades, conformar los objetivos del programa y dar a conocer los servicios de éste a la comunidad en sentido amplio.

## Evaluación de necesidades

Todo plan para brindar ayuda psicológica debe responder a los problemas específicos de los damnificados. A tal efecto, los planeadores de salud mental deben:

- Conocer la definición que se da a los conceptos de salud y enfermedad en la comunidad;
- Indagar los problemas existentes a fin de determinar la naturaleza y magnitud de los mismos, así como los grupos afectados;
- Evaluar los recursos locales de que se dispone para combatir los problemas, y
- Emplear estos datos para elaborar los objetivos y estrategias del programa.

La forma en que se define un problema social es importante para la evaluación de necesidades. Este tipo de definiciones con frecuencia depende de la interacción de normas y valores, así como de la cultura y tradiciones, por lo que cada comunidad define los problemas en forma distinta. En el área de salud mental, es importante el punto de vista acerca de lo que constituye salud y enfermedad. La conducta aceptable en una comunidad puede considerarse desviada en otra. Por lo tanto, los planeadores de servicios de salud mental, en especial los que provienen de fuera de la comunidad, deben ser sensibles a estas definiciones cuando evalúen necesidades.

Los métodos para obtener información acerca de los problemas de las víctimas son variables pero usualmente combinan el estudio de las reacciones a otras catástrofes con el muestreo de los problemas existentes en la comunidad afectada. En una etapa muy temprana, los profesionales de salud mental deben leer las publicaciones sobre la conducta de damnificados a efecto de familiarizarse con los síntomas que suelen presentar. También son útiles los informes de otros proyectos de servicios de salud mental estructurados después de una catástrofe en que se detallan los tipos de reacciones de los damnificados. A manera de ejemplo, en Estados Unidos es usual que puedan

obtenerse tales informes mediante la unidad de desastres de NIMH\* o directamente de los centros de salud mental comunitarios en el área afectada.

Los profesionales de salud mental también deben hacer una evaluación de campo de los tipos de problemas más comunes que tienen los damnificados. Las estrategias para reunir esta información pueden ser formales o informales. Al establecer estaciones temporales de servicios de salud mental en los refugios, campamentos de refugiados y áreas afectadas, los profesionales pueden comprender, al cabo de un breve plazo, los problemas de los damnificados. Sin embargo, deben recordar que la naturaleza y necesidad de los mismos se modifican con el tiempo. Otra técnica útil es la revisión cuidadosa de los registros de casos en las clínicas y otras instituciones de salud mental, a fin de indagar los tipos de síntomas que expresan los individuos. Un enfoque todavía más informal es hablar con los trabajadores de salud mental y de otros organismos que ayudan a los damnificados, a fin de conocer y analizar sus observaciones sobre la conducta de éstos ante la catástrofe.

A manera de ejemplo, un enfoque rápido y práctico de evaluación de necesidades se empleó después del terremoto de Managua. Los voluntarios estadounidenses y nicaragüenses formaron grupos que se dispersaron en puntos claves de las áreas devastadas, como los campamentos de refugiados, hospitales, clínicas y centros operados por voluntarios y grupos religiosos. Cada grupo recopiló datos de los pacientes y transmitió dichas estadísticas a las oficinas centrales del proyecto. En éstas, se organizaron los datos según frecuencia, edad, sexo, tipo de problema y servicio necesario. Al cabo de una semana, este sistema de documentación indicó la evidencia clara de la necesidad creciente de servicios de salud mental que tenían los managuenses. También permitió calcular, de manera burda, el número total de personas con trastornos emocionales después del desastre.

En la evaluación de necesidades, los administradores y planeadores necesitan conocimientos de ciertos hechos específicos acerca de los damnificados y sus problemas. Una guía formal o informal, elaborada para investigar las necesidades, debe reunir la información siguiente, que resulta indispensable en la toma ulterior de decisiones relativas al programa:

- Antecedentes personales, como la edad, estado civil, nivel de estudios, número de hijos, dirección, etcétera;
- Síntomas principales (clasificados en categorías generales y amplias, a fin de evitar designaciones psiquiátricas);
- Grado de las pérdidas por el desastre, es decir, muerte de familiares o amigos, destrucción de su hogar u otros bienes materiales, o pérdida de la fuente de ingreso o trabajo;
- Estado de salud mental antes del desastre, es decir, intensidad del estrés, habilidades de resolución o antecedentes de tratamiento de trastornos mentales, y
- Sistemas de apoyo social y psicológico de la persona.

En la búsqueda de pacientes en el campo, los profesionales pocas veces tienen el tiempo suficiente para tomar una síntesis completa y elaborar un diagnóstico. Por lo gene-

---

\*El nombre completo y dirección de esta unidad son: Disaster Assistance and Emergency Mental Health Section, Division of Special Mental Health Programs, National Institutes of Mental Health, 5600 Fishers Lane, Rockville, Maryland, 20582.

ral se dispone sólo de un breve lapso, con frecuencia de minutos, para hacer una evaluación rápida y tomar nota de hechos sobresalientes. La guía recién enumerada puede servir al profesional en el uso eficaz de su tiempo para obtener datos útiles y relevantes.

El propósito principal de la evaluación de necesidades es conocer los problemas de los damnificados de modo que se puedan planear y prestar servicios adecuados a ellos. Una vez identificadas las consecuencias del desastre en lo referente a la conducta de los afectados, los planeadores deben tratar de extrapolar los datos a la población general y, de esta manera, determinar la magnitud de los problemas. Es indudable que se trata de una tarea difícil y muchas veces, cuando se carece de información suficiente, se calcula la población afectada como equivalente a 15% del total, porcentaje que se cita con frecuencia en la literatura sobre desastres.

Un segundo componente del proceso de evaluación es la investigación detallada de los recursos de que se dispone en la localidad. Los administradores y profesionales en salud mental necesitan saber qué fuentes de ayuda para los damnificados están disponibles y ser capaces de movilizar tales recursos en sus actividades terapéuticas. Estos recursos consisten en los servicios humanos y sanitarios disponibles, como serían los centros de salud públicos de la localidad, instituciones familiares y organismos públicos relacionados con el bienestar de la población. También se incluyen los servicios de ayuda a los damnificados en la obtención de alimento, vivienda, apoyo económico o reparación de su hogar. En el cuadro 1 se da un ejemplo de los tipos de servicios y organismos que brindan ayuda después de un desastre.

A manera de ejemplo, en Estados Unidos la Disaster Response and Recovery Division, de FEMA proporciona información sobre todos los servicios disponibles a las víctimas, además de operar centros de refugio temporal en que se concentran los diversos servicios (de los niveles, local, estatal y federal) disponibles para los damnificados. También es posible que algunos de estos servicios estén disponibles en refugios, hoteles, campamentos para casas rodantes u otros sitios en que se reúna a los refugiados.

En resumen, el inventario de los recursos en los niveles local, estatal y federal, cuando se compara con las necesidades existentes, pone de relieve las carencias. Estas listas, al permitir la identificación de los recursos disponibles para los damnificados y ayudar a los trabajadores de salud mental en la adquisición de conocimientos sobre el sistema de recursos que se tienen, también revisten importancia en la planeación y obtención de apoyo económico para nuevos servicios. En etapa ulterior, estos conocimientos adquieren importancia, cuando se plantea la cuestión de enlazar y coordinar los servicios.

## **Objetivos de los servicios de salud mental**

En la definición de objetivos específicos de los servicios de salud mental, los expertos en el área deben estudiar y analizar los resultados de la evaluación de necesidades y del inventario de recursos, a fin de completar su identificación de áreas problemáticas y su numeración de prioridades en cuanto a los servicios mismos. Los objetivos de éstos deben generarse a partir de la evaluación de los problemas e incluir la especificación de prioridades y de grupos blanco de tales servicios.

**TABLA 1.** Recursos administrativos para los servicios a víctimas de desastres

<i>Patrocinio organizativo:</i>	<i>Servicios brindados</i>					
	<i>Alimento</i>	<i>Vivienda</i>	<i>Ingresos</i>	<i>Salud</i>	<i>Información</i>	<i>Otros</i>
Voluntarios						
Cruz Roja	×	×	×	×	×	×
Ejército de Salvación	×	×				×
Organizaciones caritativas católicas	×	×	×			×
Menonitas		×				
Iglesias locales	×	×	×			
Sindicatos locales	×		×			×
Clubes cívicos y sociales	×		×			×
<i>Nivel local</i>						
Defensa civil					×	
Acción comunitaria	×	×	×		×	
Autoridades de salud				×		
Hospitales locales				×		
Servicios de salud mental				×		
Poder ejecutivo local					×	
<i>Nivel estatal</i>						
Autoridades sanitarias				×		
Autoridades de salud mental				×		
Poder ejecutivo estatal					×	
Guardia Nacional					×	×
Autoridades de desarrollo comunitarios		×				
Autoridades de empleo y seguridad			×			
<i>Nivel federal</i>						
Autoridades de salud, educación y bienestar social	×		×			
Autoridades laborales			×			
Autoridades agrícolas	×					
Autoridades de vivienda y desarrollo urbano		×			×	
Autoridades de fomento a la pequeña empresa			×		×	

En muchos casos, un grupo de planificación u otro de administradores y profesionales de salud mental establece objetivos del programa con énfasis en los servicios prioritarios. También suelen considerar el alcance y duración del proyecto, aunque es frecuente que esto dependa de otros factores, como los fondos económicos o personal disponibles.

Una vez que se han definido los objetivos generales, el administrador diseña otros específicos para satisfacer cada uno de aquéllos. La supervisión y evaluación del programa se facilita si se definen estos objetivos específicos en términos operativos.

## Enfoques alternativos del programa

Los objetivos son definiciones amplias de valores y prioridades que pueden traducirse en acciones mediante diversas estrategias del programa. Muchos proyectos de servicios de salud mental abarcan varios enfoques, pero es usual que se elijan uno o dos métodos de intervención. En este punto, los administradores deben seleccionar la mejor manera de lograr los objetivos, considerando la gama de opciones de que disponen. Por ejemplo:

En la semana subsecuente a la ventisca de Massachusetts, los líderes de los servicios de salud mental habían decidido emprender un programa de ayuda psicológica pero no estaban muy seguros en cuanto a la forma de ponerlo en práctica. En virtud de la destrucción considerable de bienes materiales, los refugiados estaban dispersos en un área amplia. Algunos estaban en refugios, otros en hoteles y los había que estaban viviendo con parientes. A la luz de su objetivo de proporcionar servicios de salud mental, los administradores consideraron seriamente un programa descentralizado, en vez de otro centralizado. Por una parte, había la necesidad de identificar a los sobrevivientes, definir los niveles de ayuda psicológica que requerían e identificar los procedimientos opcionales para brindarla. Por otra parte, estaba la cuestión de los costos, tiempo, logística y tipos de personal necesarios.

¿Qué enfoque sería el más adecuado? Cada estrategia tenía sus ventajas y desventajas. Los administradores decidieron reunirse y analizaron todos los datos disponibles, calcularon los recursos y costos de cada opción y, al final, decidieron optar por el programa descentralizado en los barrios afectados, al tiempo que mantuvieron un componente administrativo y fiscal centralizado.

Las alternativas de programas pueden depender de los métodos preferidos de tratamiento o de las diferentes estructuras administrativas y se eligen con el fin de lograr los objetivos generales y específicos del proyecto. La discusión de las formas alternativas de llevar a la práctica el programa debe llevar a la decisión y acuerdo pronto sobre una estrategia específica. Por ejemplo, un grupo podría considerar que un proyecto a corto plazo, centrado en los campamentos de refugiados y con énfasis en la orientación en crisis, es mejor que un programa a largo plazo en que se emplee la estrategia de terapia de grupo. También es factible que se considere un nuevo proyecto, independiente del sistema de salud mental existente, como una alternativa.

## Diseño del programa

Una vez que están claros los objetivos generales y específicos del programa, se han definido las prioridades y se conocen las diferencias en cuanto a las alternativas, los administradores de los servicios de salud mental están listos para elaborar los detalles del proyecto. En la creación de cualquier programa, es necesaria la comprensión de los elementos del proceso de planeación. Deben considerarse cuatro factores clave, a saber, los requisitos funcionales, tecnológicos, de eficiencia y sistemáticos (Perrow, 1967). Al centrarse en estos factores y considerar las consecuencias de cada uno, el administrador puede idear los pasos necesarios para diseñar un proyecto de ayuda psicológica a los damnificados. A efecto de facilitar la comprensión de estos factores, se definen en párrafos siguientes.

Los *requisitos funcionales* consisten en la identificación y enumeración de las actividades o servicios del programa, incluidos los enfoques específicos de intervención y de prestación de ayuda. Hay que detallar actividades como las de búsqueda activa de pacientes, identificación y diagnóstico de problemas, y modalidades terapéuticas.

En la puesta en práctica de las funciones del programa, los *requisitos tecnológicos* son reflejo de la necesidad de recursos económicos, materiales y humanos, por ejemplo, el tipo y número de personal; la necesidad de espacio e instalaciones, y los requisitos de equipo, materiales y mobiliario.

Un tercer considerando en la elaboración del programa es el imperativo de *eficacia*. Esto incluye la elaboración de un diseño del tipo de sistemas administrativo, contable, de flujo de información y de evaluación que se emplearán, además de la estrategia de integración de las unidades de servicio y la de supervisión. Por añadidura, hay que tomar decisiones sobre los aspectos siguientes:

- Financiamiento o patrocinio y administración del programa;
- Centralización o descentralización de los servicios;
- Presupuesto y costo del programa;
- Duración del proyecto;
- Jerarquías de responsabilidad, y
- Tipo de supervisión del programa.

El administrador de los servicios de salud mental, al enlazar los servicios propuestos con otros ya existentes en la comunidad, esto mediante convenios, representación en comités y contratos, toma en cuenta el último factor en el diseño del programa, los *requisitos sistemáticos*. El objetivo es maximizar la coordinación del proyecto con otros organismos. El elemento principal de estos requisitos son los convenios de cooperación con otros programas y servicios a fin de que sobreviva el programa, se evite la competencia y se brinden servicios de la calidad necesaria a los pacientes. En la elaboración de convenios de derivación de pacientes entre organismos, tareas de enseñanza al público y búsqueda de apoyo económico, material y moral, los administradores de servicios de salud mental deben enlazar el proyecto con los recursos disponibles en la comunidad. El siguiente es un ejemplo:

Poco después de la tormenta, el grupo de servicios de salud mental que estaba en Revere, Massachusetts buscó activamente afiliaciones y convenios con otros organismos. El primer nivel de convenios se logró en el campamento de refugiados con diversos organismos gubernamentales y privados, a fin de tener los vínculos de derivación colaborativa de pacientes y proporcionar consulta de casos. Más adelante, conforme las víctimas se dispersaron en viviendas temporales o en los hogares de parientes, el grupo se puso en contacto con el consejo coordinador de ayuda a los damnificados y la clínica de salud mental, ambos en el nivel local. Gracias a un conjunto de entrevistas personales con los funcionarios de estos organismos, se llegó a un convenio en que se especificaban procedimientos para compartir información, derivar pacientes e intercambiar recursos y ayuda técnica.

En la elaboración de un plan para ayuda a los damnificados, es importante recordar que cada paso en el proceso de planeación está relacionado con los demás. El diseño del plan, sujeto a la influencia de la evaluación de necesidades y la de los objetivos y prioridades establecidos del proyecto, tiene efectos sobre la etapa de puesta en

práctica del plan. Cada paso origina el siguiente e interactúa con éste y el que le antecede. Una vez elaborado, es usual que el plan sea aprobado por un comité, grupo de trabajo o administrador de salud mental.

## **PUESTA EN PRÁCTICA Y ADMINISTRACIÓN DE UN PROYECTO**

Durante la fase de puesta en práctica surgen diversas cuestiones. Estas abarcan el financiamiento del proyecto; la selección, orientación y adiestramiento del personal, y el diseño de las estructuras administrativa y de flujo de información. El administrador de los servicios de salud mental o director del proyecto, con la ayuda del grupo de trabajo, se encarga de cada uno de estos aspectos conforme progresa el proyecto.

### **Financiamiento**

El costo de un proyecto de servicios de salud mental a damnificados es reflejo del tipo y magnitud del programa planeado, pero su financiamiento depende de la capacidad para demostrar que hay una necesidad, la adecuación del proyecto propuesto y la capacidad para movilizar los recursos de la comunidad. En teoría puede obtenerse dinero de diversas fuentes para financiar un proyecto de servicios de salud mental para damnificados, pero el financiamiento real usualmente es menor que el esperado y de muy difícil obtención.

Son diversas las fuentes de financiamiento, lo que depende de la situación en que se esté. Al responder con celeridad a un desastre, pocas veces hay tiempo para lograr un apoyo económico garantizado. Por lo común, la respuesta inmediata del programa se realiza con voluntarios y, al cabo del tiempo, se solicita ayuda a los centros de salud mental u otras instituciones locales. Esta ayuda usualmente consiste en personal, equipo y espacio prestados. Tiempo después, los administradores del programa de salud mental pueden pedir ayuda económica a los organismos locales o estatales. Entre estas fuentes se incluirían las autoridades estatales de salud mental, organizaciones caritativas o familiares, asociaciones de profesionales de salud mental, fundaciones locales o grupos que hayan emprendido la tarea de recabar fondos para la ayuda a los damnificados.

En el caso de un desastre declarado como tal por el jefe de una nación, los líderes de los servicios de salud mental suelen tener otra fuente de financiamiento, por ejemplo, en Estados Unidos, la Disaster Assistance and Emergency Mental Health Section del NIMH. En la Section 413 de la Disaster Relief Act de 1974 (Public Law 93-288) de dicho país se estipula la asignación de fondos para la ayuda y orientación en crisis a los damnificados. En lo fundamental, el texto de dicha ley es el siguiente:

Sección 413. El Presidente está autorizado (a través del National Institute of Mental Health) para brindar servicios y orientación profesionales, incluida la ayuda económica a los organismos locales o estatales, así como organizaciones privadas de profesionales de salud mental, a fin de que proporcionen tales servicios o adiestren a los trabajadores encargados de ayudar a los damnificados de desastres importantes para aliviar los problemas de salud mental causados o agravados por tales desastres o sus consecuencias.

Los fondos para este programa en realidad provienen del FEMA, pero los administra la unidad de desastres del NIMH. Los administradores interesados deben ponerse en contacto con este organismo para indagar los detalles relativos a las solicitudes de fondos. Los reglamentos actuales permiten proyectos con duración de un semestre, aunque en casos especiales el FEMA y el NIMH suelen autorizar una prórroga de uno a tres meses. Por último, al solicitar la aprobación de fondos para un proyecto bajo la Section 413 de la ley citada, se requiere una minuciosa evaluación de necesidades en que se documente que éstas exceden la línea base de carga promedio de casos clínicos.

## Estructuras administrativas

En muchos casos, el plan de servicios de salud mental estipula el tipo de estructuras administrativas que se considera necesarias para prestar servicios a los damnificados. De no ser así, se vuelve necesario para poder definir las cuestiones de patrocinio o financiamiento del programa, los tipos y grados de autoridad, y si el programa será centralizado o descentralizado. Una vez tomadas tales decisiones, los administradores del proyecto deben centrar su atención en el reclutamiento de personal, la prestación misma de los servicios, la creación de un sistema de flujo de información, la instauración de los procedimientos presupuestarios y contables, y la aclaración de los métodos de evaluación y responsabilización del programa.

*Reclutamiento de personal.* El personal necesario para operar un proyecto de servicios de salud mental para damnificados es diverso y abarca trabajadores tanto profesionales como no profesionales, además de ayudantes de oficina. En el plan del programa debe detallarse el personal necesario para el proyecto, además de incluir una descripción de las tareas asignadas a cada miembro. Es útil definir estas tareas en descripciones de puestos.

En la contratación del director del proyecto, los administradores del mismo o miembros del grupo de trabajo deben buscar las características siguientes:

- Experiencia administrativa y capacidad para la toma de decisiones, manejo de presupuestos, redacción de informes y análisis de datos;
- Conocimiento expreso de la comunidad y sus recursos;
- Habilidad para movilizar los grupos y recursos comunitarios;
- Habilidad en el trabajo clínico, con capacidad para entrenar y supervisar personal, y
- Capacidad para relacionarse y comunicarse con diversos tipos de personas.

El director debe inspirar confianza a otros, convertirse en líder, estar bien organizado y tomar la iniciativa en la solución de problemas.

Los individuos que prestan servicios directos a los damnificados pueden ser profesionales o no, lo que depende de los recursos económicos y la disponibilidad de recursos humanos en la comunidad. En muchos casos, hay que buscar clínicos adiestrados y capacitados en la intervención en crisis, las modalidades de terapia de grupo y la búsqueda activa de pacientes, para que funjan como supervisores, directores de centros o instructores. En ocasiones, se reclutan voluntarios para que localicen a los damnificados que necesitan servicio y les proporcionen orientación de apoyo a corto plazo.

Los administradores deben intentar el reclutamiento de voluntarios en el área afectada y buscar las características siguientes tanto en el personal profesional como el que no lo es:

- Conocimiento estrecho de la comunidad y sus recursos;
- Capacidad para relacionarse adecuadamente con otros;
- Habilidad o potencial para brindar orientación a los damnificados, y
- Madurez, motivación y estabilidad comprobadas.

Estos trabajadores potenciales también deben ser reflejo de la composición étnica, socioeconómica y religiosa de la comunidad. El proceso de reclutamiento puede ser formal e informal. Los administradores suelen enviar comunicados a los periódicos, organismos e instituciones educativas de la localidad, además de ponerse en contacto con asociaciones profesionales, como parte de sus esfuerzos formales de reclutamiento. También es factible que hablen con los directores de organismos, líderes de la comunidad y diversos profesionales y laicos, a fin de darles a conocer las posibilidades de trabajo. Estos pasos suelen iniciarse al mismo tiempo que se busca financiamiento, en virtud del limitado tiempo para reclutar personal antes de poner en práctica el proyecto.

*Modelos de prestación de servicios.* La prestación de ayuda a los damnificados requiere claridad en la organización de dicha ayuda, la división del trabajo y la delegación de responsabilidades. Los programas descentralizados con frecuencia tienen centros en los barrios afectados y se asigna a un grupo la responsabilidad de dar servicio a dichas áreas. En estos casos, un miembro funge como administrador y supervisor de las actividades del grupo, además de informar sobre las mismas al director del proyecto. En otros programas con estructura más centralizada, suele haber un solo centro pero se asigna a diversos grupos la responsabilidad de la búsqueda activa de pacientes y la orientación en crisis en un área específica. Ambos tipos de programas deben solucionar la cuestión de quién debe hacer qué y quién es responsable ante quiénes. Es evidente que estas alternativas dependen de las aptitudes del personal, sus intereses y las necesidades del programa.

Por ejemplo, en Managua las oficinas centrales del grupo de servicios de salud mental se localizaron en una de las pocas casas no dañadas en los límites del área destruida. Los miembros del proyecto se reunían ahí cada mañana y establecían sus objetivos y estrategias de trabajo del día. Después de trabajar en diversas clínicas, regresaban a las oficinas centrales por la noche para compartir información y discutir problemas relacionados con la prestación de servicios. Estas discusiones originaron la modificación y el reforzamiento de las estructuras organizativas del proyecto. Además, es frecuente que participaran en ellas los representantes de otros organismos, lo que sirvió para orientarlos acerca del trabajo de los grupos y permitió disponer de oportunidades para discutir convenios de cooperación.

*Sistema de flujo de información.* Cada programa requiere un sistema para mantener registros y recopilar información. El director del proyecto debe administrar los fondos del mismo mediante el establecimiento de procedimientos contables y de teneduría de libros, a fin de tener registros exactos de los fondos destinados a espacio, equipo,

materiales, suministros y pago del personal. También se precisan registros para que los trabajadores adviertan el progreso de los pacientes; estos informes de casos deben llevarse de manera que se garantice el carácter confidencial de los datos. En ellos, se señalan las observaciones, acciones y progresos del trabajador en la ayuda a individuos y familias, y es frecuente que se usen en las reuniones con los supervisores. El proyecto también debe servir para recopilar información entre los pacientes y el tipo de servicios que se les proporcionan en un formato estadístico que incluya la información siguiente:

- Información demográfica de las víctimas, es decir, edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, ocupación, ingresos y número de dependientes;
- Datos relacionados con el desastre, como las pérdidas sufridas y los síntomas físicos y emocionales;
- Información histórica acerca de otros problemas, antecedentes de estado de salud mental y grado de estrés, y sistemas de apoyo, y
- Datos relativos al tratamiento, como el número de consultas, tipo de ayuda y resultado terapéutico.

Como parte de la puesta en práctica del programa, el director del proyecto debe diseñar la papelería necesaria para los presupuestos y registros contables, administración de casos y mantenimiento de la información estadística necesaria sobre el proyecto. A manera de ejemplo, el proyecto de servicios de salud mental a víctimas de desastre financiado con fondos federales estadounidenses en Massachusetts incluyó un complejo sistema de administración de información encaminado a mantener registros, detectar tendencias y presentar informes a fuentes internas y externas. Los aspectos claves del sistema consistieron en procedimientos estrictos para la seguridad, el carácter confidencial y el mantenimiento ordenado de los expedientes. A partir de los registros, que incluían una forma de caso-paciente, una bitácora de actividades del personal, informe de grupo y formas centralizadas de control de presupuesto y financiación, el proyecto generó informes para el NIMH, el Federal Coordinating Officer (FCO) y el State Coordinating Officer (SCO) del FEMA, además de informes internos preparados para el grupo de trabajo del proyecto y el Commissioner of Mental Health.

*Evaluación y responsabilidades.* Conforme avanza el proyecto, es necesario evaluar el rendimiento personal y colectivo, además de informar a las autoridades pertinentes sobre las actividades del programa. Mediante el análisis de las formas estadísticas, dichas autoridades conocen las actividades de cada trabajador, así como un punto de vista sobre los damnificados y sus problemas. Los datos pueden emplearse para modificar las asignaciones de trabajo y las estrategias del programa. Además, esta información puede acumularse con regularidad para que el grupo de trabajo, líderes de la comunidad y fuente de financiamientos tengan un informe sobre las actividades del proyecto. Dado que el organismo e institución patrocinadores con frecuencia requieren estos informes, los datos estadísticos sobre el proyecto pueden emplearse para satisfacer los requisitos de comprobación de responsabilidades.

En resumen, en este capítulo se presenta un modelo para la planeación y administración de un programa de servicios de salud mental a damnificados. La descrip-

ción del proceso de planeación abarca los pasos necesarios para obtener la aprobación del programa, evaluar necesidades, investigar recursos, definir objetivos, considerar alternativas y diseñar el programa mismo. Las cuestiones del financiamiento, estructuras administrativas, reclutamiento de personal, estrategias de prestación de servicios, sistemas de información, métodos de evaluación y responsabilidades también se señalan como dimensiones de la puesta en práctica y administración de un proyecto.

---

## Educación y consulta

Dos de los componentes principales de cualquier proyecto de ayuda a damnificados son la educación y consulta. Una vez planeado el proyecto, los administradores y profesionales deben centrar su atención en la solución de problemas cuando ellos mismos, la comunidad y otros organismos sufren carencias de conocimientos, habilidades y confianza en sí mismos. Gracias a las actividades de educación y consulta, los profesionales de salud mental diseminan información y habilidades de solución de problemas, además de crear un ambiente favorable para el apoyo al programa de ayuda a los damnificados.

Las actividades educativas por lo general abarcan dos elementos, la enseñanza al público y el adiestramiento y orientación a los trabajadores que prestan servicios a los damnificados. Los objetivos de estas actividades son la comunidad en sentido amplio; los grupos cívicos, sociales o políticos del área; los organismos de servicios humanos y ayuda a damnificados, y el personal del programa de salud mental. En el análisis subsecuente se parte del principio de que ha ocurrido un desastre, pero también es importante tener en mente la utilidad de estos elementos educativos como medio de orientación al público en general y los profesionales de salud mental en las comunidades propensas a desastres. La educación anticipada en el área de la salud mental es un aspecto importante de la preparación integral de una comunidad para un posible desastre.

La consulta, que es una actividad clave de la psiquiatría comunitaria, también lo es de cualquier proyecto de servicios de salud mental después de un desastre. Es la actividad profesional de un programa de este tipo ideada para fomentar la incorporación de los procedimientos de salud mental en los enfoques de la ayuda a los damnificados. En forma específica, su propósito es la identificación y uso pronto de

los recursos humanos para aliviar los efectos desastrosos de las experiencias traumáticas entre las personas afectadas. Como método de solución de problemas, la consulta por lo general atiende los problemas de cada caso y del programa, a fin de lograr dichos propósitos.

A fin de poner en práctica las actividades educativas y de consulta, los trabajadores de salud mental deben ser sensibles a diversas cuestiones. Entre éstas se incluyen la aprobación, relación, definición y límites del problema, y confianza en sí mismo como profesional. Estos trabajadores, como profesionales, deben tener un conocimiento estrecho de la comunidad y también contactos que les permitan entrar en ella. Con la identificación apropiada de quienes revisten importancia clave en la toma de decisiones, la aprobación se obtiene y conserva con facilidad. A falta de ella, las probabilidades de éxito son limitadas. Tanto la educación como la consulta dependen de la creación de relaciones en que se definan adecuadamente los límites del problema y la función de los profesionales de salud mental en los programas de ayuda a los damnificados. La confianza de los demás se logra escuchándolos cuando definen sus problemas, creando una atmósfera de trabajo colaborativo, demostrando capacidad y manteniendo en todo momento el carácter confidencial de los datos.

En este capítulo se presentan algunos aspectos de las actividades educativas y de consulta de un programa de servicios de salud mental para damnificados. El objetivo principal de estas actividades es proporcionar conocimientos, mejorar habilidades, inculcar confianza, fomentar la colaboración y generar el apoyo para un programa de servicios de salud mental después de una catástrofe natural.

## EDUCACIÓN

La puesta en práctica de las actividades educativas requiere que los especialistas en salud mental tengan habilidad en la organización de comunidades, comunicación (tanto verbal como escrita), intervenciones terapéuticas y supervisión. Quizá lo más necesario consista en ser un buen maestro, es decir, la capacidad de impartir conocimientos, además de tener métodos o confianza en sí mismo para comprender la conducta de los damnificados y técnicas para brindarles ayuda psicológica. En esta sección se analizan los requisitos en el área de relaciones públicas y a la orientación y adiestramiento de los trabajadores de desastres.

### Enseñanza al público

Los propósitos de una campaña de enseñanza al público relacionada con este tipo de proyecto son tres:

- Obtener apoyo generalizado para el programa;
- Dar a conocer los servicios disponibles, e
- Informar a la comunidad sobre las actividades y progreso del programa.

La aprobación y el apoyo de la comunidad son necesarios para la planeación y puesta en práctica eficaces de un proyecto de servicios de salud mental para damnificados; sin aquéllos, el programa suele experimentar dificultades por la falta del apo-

yo o porque pasa desapercibido. La información al público acerca de las actividades del proyecto y sitio en que tienen lugar las mismas es indispensable cuando se inicia el programa. Este tipo de información puede asumir diversas formas:

- Orientar al público sobre el hecho de que ciertos síntomas físicos y emocionales son reacciones normales ante el estrés después de una catástrofe;
- Señalar que, si una persona necesita ayuda, puede buscarla con los miembros del proyecto, presentándose a las oficinas del mismo, y
- Señalar que el público general tiene el derecho a conocer las actividades y el progreso del proyecto de servicios de salud mental.

Vaya el ejemplo siguiente:

El proyecto de servicios de salud mental estaba al borde del colapso a causa de la publicación de las críticas de un miembro del grupo hacia el gobierno nicaraguense, cuando llegó el segundo grupo estadounidense en mayo de 1973. Uno de los recién llegados, psicólogo experto en medios de comunicación, decidió realizar una campaña para salvar el proyecto. Esta persona, mediante su aparición en un programa popular de la televisión local y en artículos de los periódicos locales, en forma subsecuente, transmitió el mensaje de que era normal sentirse angustiado y triste cuando se experimenta una pérdida considerable a causa de un terremoto. El tema central consistió en que los managuenses eran, de hecho, héroes, tema que se repitió durante algún tiempo en los medios de comunicación.

El resultado de estos mensajes en los medios de comunicación fue: 1) dar a conocer la disponibilidad de servicios para quienes sintieran que necesitaban hablar con alguien; 2) transmitir el mensaje de que era aceptable sentir emociones intensas de pérdida, y 3) restablecer el apoyo para el proyecto. Este fue un punto de viraje para los miembros del grupo.

La enseñanza al público debe comenzar inmediatamente después del desastre y continuar hasta que termine el proyecto. El énfasis de tal enseñanza varía con el tiempo. Es usual que la prioridad inicial consista en obtener apoyo, vaya seguida de la enseñanza al público y, por último, de informes sobre el proyecto a la comunidad.

Todos los tipos de medios de comunicación pueden emplearse en estas campañas de relaciones públicas. Los periódicos locales usualmente publican información sobre los servicios disponibles en la localidad. Esto puede alentarse si se redactan boletines de prensa y se invita a los reporteros para que asistan a las reuniones o actividades del proyecto. Las estaciones locales de radio y televisión también suelen dedicar tiempo a programas de servicio social a la comunidad. Entre estos programas se incluyen entrevistas, reportajes o algunos de carácter especializado, como los de información sanitaria o temas comunitarios. Los arreglos necesarios para el uso de los medios de comunicación precisan ciertos conocimientos sobre los requisitos correspondientes y comunicar la información al reportero apropiado, director del programa u otra persona encargada.

El personal del proyecto también puede crear una oficina especial para la instrucción a ciertos grupos de la comunidad, como políticos, maestros, directores de organismos de servicios humanos y líderes religiosos, cívicos o sociales. Una presentación bien elaborada, con materiales de video, transparencias o gráficas, pone de relieve los objetivos de la enseñanza y, en algunos casos, alienta la colaboración entre los miembros de diversos organismos. Vaya el ejemplo siguiente:

El Project Concern, o sea el programa de servicios de salud mental en el desastre de Massachusetts, recibió muchas solicitudes de los medios de comunicación masivos y otros organismos de ayuda en desastres sobre información de las consecuencias psicológicas de la ventisca e inundación. El personal apareció en varios programas de radio y televisión, pero le fue imposible responder a las numerosísimas preguntas de grupos cívicos y sociales. En dicho punto, se sugirió una videocinta sobre la conducta humana en desastres y las técnicas de intervención en crisis. Con la participación de los trabajadores del grupo de salud mental, voluntarios de la Cruz Roja y una escuela superior de enfermería, el Project Concern y tres expertos en desastres prepararon una videocinta con duración de una hora. La rama local de la University of Massachusetts prestó instalaciones de video y especialistas para elaborar el filme.

Varias copias de esta película se distribuyeron ampliamente en las clínicas locales de salud mental, centro de la Cruz Roja, organismos federales de ayuda en desastres y universidades regionales. La colaboración de los diversos grupos en su elaboración, así como los cientos de personas que lo revivieron, contribuyeron a una mayor comprensión de la reacción ante desastres, la importancia del proyecto de salud mental y el apoyo prestado al programa.

## Orientación e instrucción al personal del proyecto

Se han establecido diversos objetivos para satisfacer las necesidades de conocimientos, habilidades y orientación del personal del proyecto y voluntarios. Es usual que los objetivos de instrucción abarquen los siguientes:

- Conocimientos sobre la conducta en desastres;
- Habilidades en el uso de las modalidades terapéuticas;
- Comprensión del sistema de ayuda a damnificados;
- Sentido de solidaridad, y
- Supervisión.

A fin de lograr estos objetivos de instrucción, los administradores de los servicios de salud mental deben diseñar programas a corto y largo plazo para profesionales y voluntarios. En el periodo inmediato después de una catástrofe, tanto los trabajadores de salud mental como otros necesitan orientación rápida y flexible. Pocas veces se dispone de tiempo suficiente para planear estas sesiones de adiestramiento, que por lo general se realizan tan pronto surge la necesidad de las mismas, sin pensarlo. Tiempo después, debe elaborarse un programa más planeado de apoyo e instrucción continua a los profesionales y voluntarios del proyecto. El contenido de la instrucción varía según la experiencia, necesidades específicas y antecedentes educativos de quienes la reciben.

*Conducta de los damnificados.* La necesidad primordial de instrucción abarca los conocimientos y comprensión de la forma en que se comportan los damnificados después del desastre. Al analizar las fases cronológicas del mismo (preimpacto, impacto y posimpacto), los participantes examinan los tipos de problemas físicos y emocionales que pueden surgir en los damnificados durante cada fase. El estudio de la conducta emocional de las personas afectadas por una catástrofe está en pañales, pero se tiene información y datos de investigaciones suficientes para orientar a los trabajadores.

En el estudio de los síntomas se incluyen conceptos relacionados con la comprensión y el diagnóstico de sus problemas. La instrucción sobre los conceptos de estrés

y crisis, pérdida y duelo, sistemas de apoyo social y emocional, y conducta de resolución y adaptación son decisivos para solucionar los problemas de salud mental que surgen como consecuencia de desastres.

*Habilidades terapéuticas.* Otro objetivo de la instrucción es mostrar la forma de ayudar a las víctimas afligidas. De conformidad con los conocimientos y habilidades que ya tengan los aprendices, es factible que los instructores deseen enfocarse en técnicas como las siguientes:

- Orientación en crisis;
- Terapia de grupo para adultos;
- Juegos de terapia para niños;
- Terapia de grupo familiar, y
- Terapia a corto plazo.

Los aprendices también necesitan conocer acerca de la búsqueda activa de pacientes, defensa de los mismos y organización comunitaria. Los damnificados pocas veces buscan los servicios de clínicas de salud mental, de modo que los trabajadores del proyecto deben poseer técnicas para entrar en la comunidad a la busca de pacientes. En un modelo para tal búsqueda, los trabajadores están fuera de las oficinas del proyecto y el tratamiento con frecuencia se presta en circunstancias no tradicionales. Las habilidades en la organización comunitaria preparan a los trabajadores del proyecto para lograr el apoyo ciudadano, trabajar con comunidades y organizar los recursos institucionales de modo que sean útiles a los damnificados y al proyecto.

*Sistema de ayuda a los damnificados.* Las personas que padecen problemas emocionales también tienen diversas necesidades reales que deben resolverse, como las de vivienda, cuidados médicos, reparaciones de su hogar y apoyo económico. De tal suerte, los trabajadores de salud mental deben tener conocimientos completos de los recursos de la comunidad. Estos varían de un sitio a otro, de modo que el aprendiz debe conocer el sistema local de servicios sanitarios y humanos, así como la gama de servicios de ayuda que proporcionan instituciones privadas y públicas en los niveles local, estatal y nacional. Los trabajadores de salud mental necesitan conocimientos sobre los servicios ofrecidos, los criterios para el acceso a ellos y los métodos de derivación de pacientes.

*Sentido de solidaridad.* El estado de ánimo adecuado del personal depende de la claridad de los objetivos del proyecto y la importancia de los mismos. Es indispensable para el funcionamiento eficaz del proyecto, de modo que otro propósito de la instrucción es lograr y conservar el sentido de la solidaridad del personal.

El desaliento en el personal resulta de diversos factores, como la falta de apoyo y de habilidades en la realización de un trabajo, así como las presiones en el trabajo mismo. Los trabajadores necesitan hablar acerca de sus problemas relacionados con las actividades laborales y recibir apoyo y tranquilización visibles de parte de las autoridades que tienen a su cargo el proyecto. El personal equipado de manera deficiente para ayudar a las víctimas reacciona con frustración, culpabilidad e ira. Es probable que uno de los problemas más graves de los trabajadores de salud mental en desastres

sea la sobrecarga de trabajo, que origina fatiga y retraimiento. Esto es especialmente grave en los primeros días después de la catástrofe, ya que laboran jornadas prolongadas en condiciones de estrés y caos. El resultado de estas condiciones con frecuencia es una sensación de “agotamiento” y deterioro del estado de ánimo.

Los programas de instrucción deben considerar directamente estos posibles problemas al dedicar tiempo, en las sesiones, a la discusión y ventilación de problemas y sentimientos. La práctica de actividades sociales de vez en cuando también sirve para mantener el sentido de solidaridad, disipar la frustración y originar mayor eficacia en el trabajo.

*Supervisión.* Las tareas de supervisión principales incluyen la orientación e instrucción continuas al personal, prestación eficaz de servicios a los damnificados, apoyo a los trabajadores del proyecto e integración global del mismo. El personal del programa debe continuar aprendiendo mediante la discusión, con el supervisor, de las áreas de conocimiento y técnicas útiles en la realización de su trabajo. Este componente educativo forma parte integral del proceso de supervisión.

Los trabajadores también necesitan consulta y ayuda en la solución de los problemas de sus pacientes. Este paso de la supervisión, aunque relacionado con el componente educativo, se centra en problemas, de modo que los miembros del personal puedan aplicar sus conocimientos y técnicas a la situación de cada damnificado. Es frecuente que el personal esté cansado, trabaje excesivamente y se sienta frustrado como resultado de las largas jornadas y la presión derivada de su trabajo mismo. Por lo tanto, la supervisión debe satisfacer la necesidad que tiene el personal de compartir sus experiencias, además de recibir tranquilización y apoyo. La conservación del estado de ánimo de los trabajadores se facilita si el supervisor toma cartas en el asunto e incluye el importante proceso de agradecer al personal su colaboración cuando termine el proyecto.

También es necesario que todos los miembros del proyecto acaten ciertos procedimientos establecidos. Los requisitos administrativos del programa, que incluyen normas de servicio, necesidad de información y contactos con otras instituciones, originan que el programa tenga un consistencia e integración globales. De tal suerte, el elemento administrativo también es un objetivo de supervisión.

Los supervisores emplean diversas técnicas en su trabajo. La más tradicional consiste en las sesiones periódicas con los trabajadores para analizar cuestiones educativas, de solución de problemas, de estado de ánimo y administrativas. Otros supervisores prefieren abarcar estos temas en pequeñas reuniones de grupo, basándose en la dinámica y las interacciones de los trabajadores para mejorar el proceso de supervisión. Es frecuente que se puedan combinar ambos enfoques para lograr un efecto óptimo.

*Herramientas de instrucción.* Es importante recordar varios aspectos al llevar a cabo las actividades de instrucción. La instrucción, incluida la supervisión de la misma, es un proceso que se inicia en el primer día del proyecto y termina con el proyecto mismo. Las actividades de instrucción durante este periodo deben planearse de modo que los objetivos de aprendizaje tengan secuencia y congruencia. El plan de instrucción y supervisión debe incluir un calendario de fechas y horas de las reuniones que esté en un lugar visible, de modo que todos los trabajadores lo vean. Un procedimiento

es definir la fecha para tales actividades y anunciar por anticipado los temas que se presentarán o discutirán. Los instructores y supervisores deben conjuntar todo tipo de materiales, incluidas las cintas, transparencias, películas y material de casos, para su uso durante las sesiones de instrucción. El formato de esta última puede abarcar presentaciones didácticas, discusiones, solución de problemas y el así llamado “ensayo de papeles”. Es común que se piense que las técnicas que hacen que la gente participe y comparta son herramientas eficaces en el aprendizaje. Los instructores elegidos pueden ser miembros del proyecto, consultores, personal de instituciones educativas o de otro tipo de la localidad, o ponentes con conocimientos específicos acerca de un servicio dado o de la conducta o intervenciones terapéuticas.

## CONSULTA

La consulta de salud mental es uno de los ingredientes fundamentales de un programa de intervención organizado después de un desastre. Los miembros del grupo que presta servicios de consulta en esta área deben elaborar un plan que tenga armonía con los demás elementos de otras instituciones de ayuda en desastre. La misión principal de éstas es apoyar y reorganizar de manera concreta la vida de los ciudadanos afectados. Un consultor en salud mental que presta servicios en un refugio temporal o zona de vivienda transitoria es algo más que un profesional independiente que únicamente responde a la necesidad de ayuda de los damnificados. También debe ayudar al personal de otras instituciones en el trato con individuos alterados mediante el uso de habilidades apropiadas para los trabajadores de salud mental. El consultor debe integrarse a la interacción dinámica de los factores del sistema social que están siendo modificados de manera continua por la situación en el área del desastre. Cada una de las instituciones que brinda ayuda tiene objetivos específicos y prioridades relativas, según las necesidades más apremiantes de la población y la disponibilidad de servicios y otros recursos. Todos estos factores deben coordinarse meticulosamente para servir al mayor número de damnificados en la forma más eficaz y eficiente posible, ya que las necesidades usualmente son mayores que los recursos.

Es necesario elaborar un conjunto apropiado de modelos conceptuales, a fin de que el personal de salud mental tenga las pautas y el lenguaje para elaborar un programa de consultas. La consulta es un método que puede utilizar el profesional de salud mental para facilitar el trabajo de otros profesionales que ayudan a la población afectada por el desastre. Los primeros pasos del proceso de consulta incluyen el logro de acercamiento y de una relación que permita la oportunidad de mostrar capacidad y disposición para ayudar, al mismo tiempo que se respeta el derecho que tienen otras instituciones para llevar a cabo sus tareas y funciones. Después de lograr este objetivo básico de brindar servicios colaborativos y multidisciplinarios a los damnificados, los trabajadores de salud mental deben tratar de conocer las operaciones de sus colegas de otros organismos y plantear formas en que pueden darles ayuda. Esto en ocasiones significa aceptar un “caso derivado” sin demoras ni preguntas acerca de si la persona necesita o no ayuda psicológica. Esta etapa va seguida del rápido desarrollo de una comunicación que abarca la identificación de los miembros clave de las redes asistenciales, que tienen acceso a grupos significativos de trabajadores, así como la jerarquía

de autoridades en el sitio del desastre. Los consultores de salud mental deben trabajar ulteriormente en la definición de los convenios de consulta, de modo que se les comuniquen las necesidades de las diversas instituciones asistenciales y ellos puedan responder con rapidez.

Son dos los tipos de obstáculos a la comunicación irrestricta entre el consultor y el personal de las instituciones asistenciales. El primer tipo emana de conflictos de intereses reales. Esto requiere llegar a un acuerdo sobre un lenguaje común para aclarar objetivos, pautas y tareas. El segundo tipo de obstáculo se deriva de las percepciones deformadas o expectativas ajenas a la realidad. De tal suerte, el personal de las instituciones puede ver al consultor como “omnisapiente” o “ignorante e impertinente”. Sea cual fuere el caso, estas dificultades deben resolverse antes de proceder a la consulta.

Los conflictos entre los consultores y el personal de las instituciones asistenciales pueden ocurrir con facilidad. Por ejemplo, sería posible que los miembros de la Cruz Roja hayan creado, a lo largo de los años, diversas técnicas para solucionar los problemas de los damnificados. Cada uno de estos trabajadores tiene su propio método de enfrentar un problema y puede sentir, con reacciones emocionales muy específicas, que un consultor en salud mental, quizás ignorante en cuestiones asistenciales, podría influir en el proceso y cambiar la metodología de sus actividades. De tal suerte, los métodos desarrollados a lo largo del tiempo por el trabajador de la Cruz Roja estarían en tela de juicio, si otros enfoques parecen más eficaces. Los trabajadores también pueden sentirse amenazados si alguien les ayuda a hacer mejor su trabajo; esto origina una reacción ambivalente de agradecimiento y de desconfianza o temor de que lo consideren inepto. A menos que el consultor averigüe qué está haciendo cada trabajador y defina cuidadosamente para sí mismo una función que no se traslape con la de aquél, además de que logre comunicar esto con claridad, otros trabajadores pueden oponerse abierta o encubiertamente a su entrada en el sistema. El consultor necesita analizar las tareas siguientes y encontrar formas rápidas de lograrlas:

- Solucionar las percepciones y expectativas deformadas que tengan los trabajadores de las instituciones, si acaso;
- Lograr confianza y respeto;
- Lograr una comunicación verbal y no verbal adecuada;
- Sentar las bases para la colaboración, y
- Diseñar etapas sucesivas de papeles o funciones según las fases del desastre.

El siguiente es un ejemplo de la elaboración de un modelo de consulta en la primera fase. El consultor en salud mental brindará servicios con un horario regular en el refugio, durante un cierto periodo. Este consultor puede corresponder a cualquiera de las disciplinas de salud mental, a saber, psiquiatría, psicología, trabajo social o enfermería psiquiátrica. Atenderá cualquier situación que el personal de las instituciones desee comentar con relación a los problemas de salud mental que sufren los damnificados. Por ejemplo, una de las personas que lo consultan quizá desee que se le aclaren los conocimientos sobre los síntomas que observó en un paciente. Este trabajador enfocaría el problema con base en la información o los comentarios que recibía del consultor. Sin embargo, éste no debe hacer sugerencias directas en cuanto a una opción o acción específicas. Si los trabajadores necesitan llegar a una decisión acerca de qué alternativa elegir, su supervisor debe guiarlos según las políticas acostumbradas de la institución que corresponda.

El contenido de todas las discusiones o reuniones con el consultor debe centrarse en la situación del paciente, no los sentimientos del trabajador ni sus experiencias personales. Se da por sentado que el trabajador tiene interés en aspectos confusos o no claros de la situación del damnificado, y la consulta se limita a dicha área. Los propios sentimientos del trabajador, por muy importantes que sean, no se consideran tema apropiado para la discusión. Tampoco se piensa que sea adecuado analizar cualquier posible razón de diferencias de opinión entre los trabajadores o entre éstos y los supervisores. Un trabajador que desee reunirse con el consultor debe solicitarlo a un supervisor o ponerse en contacto con el consultor en el área específica de orientación en crisis. El siguiente estudio de un caso es ilustrativo:

El director de la institución de apoyo comunitario, uno de los organismos de ayuda en desastres en un pueblo devastado por un tornado, pidió una reunión al consultor porque su personal empezaba a mostrar signos de tensión emocional y fatiga. Al momento de la solicitud, el área afectada por el tornado todavía estaba en ruinas: había destruido casas y había escombros por todas partes. La población afectada había sido reubicada en el dormitorio de una universidad, y el personal de las instituciones brindaba servicios a los damnificados en todos los aspectos de la vida cotidiana, vivienda, alimentación y necesidades de recreación. Habían estado trabajando las 24 horas del día durante una decena. La policía de la localidad, por orden del alcalde, no había mostrado flexibilidad para cambiar algunos de los procedimientos de manera que los trabajadores tuvieran descanso y mejores horarios. Uno de los trabajadores mismos solicitó al director de la institución que se reunieran en consulta para solucionar estos problemas.

El director y su personal se reunieron con el consultor y, en la primera reunión, delinearón los problemas como consistentes en disminución de la energía y aumento de la frustración del personal como resultado de la quejas continuas y crecientes de las víctimas. La queja principal era que las personas no tenían intimidad, todo estaba demasiado estructurado y nada funcionaba porque la ayuda personal o de grupo disponible era mínima. Este problema era más agudo en el trato con los adolescentes damnificados. Los esfuerzos para hacer que los padres se responsabilizaran de este problema (que abarcaba, por ejemplo, vandalismo en los bienes de la universidad) y los esfuerzos para encontrar soluciones no fueron eficaces.

Cuando el administrador pidió al consultor una posible solución, el segundo planteó la cuestión de que necesitaba datos específicos sobre la forma en que las familias estaban agrupadas en el dormitorio; cómo se organizaban las actividades cotidianas; de qué manera el personal enfrentaba los problemas y la forma en que los receptores de su ayuda percibían el esfuerzo. Se sugirió que el consultor podía recopilar algunos datos en pequeñas reuniones de grupo en el dormitorio, pero el consultor quería que también participara el personal. Esta última idea fue rechazada porque el personal sentía que el trabajo era ya de por sí excesivo, además de que tenía sentimientos ambivalentes acerca de modificar su propia conducta y procedimientos. Después de aclarar en forma adicional la importancia considerable que tenía la recopilación de datos para encontrar la forma de aliviar la carga de los trabajadores, algunos voluntarios se reunieron con el consultor. En esta reunión, fue evidente que muchos trabajadores estaban cansados y molestos por atender a personas que consideraban desagradadas, manipuladoras, egoístas y orgullosas. También les molestaba no saber cuánto tiempo permanecerían las familias en el dormitorio escolar antes de que fueran reubicadas en alguna vivienda temporal.

Se delinearón varias áreas para investigación adicional. En primer término, ¿cuáles eran las familias de trato más difícil? En segundo lugar, ¿qué pérdidas habían sufrido y qué tan capaces eran de planear su futuro? En tercer término, ¿qué tipo de cosas parecían originar la

irritación e ira en estas familias? En cuarto lugar, ¿qué podría hacerse para que los trabajadores se sintieran más relajados y capaces? El personal se hizo cargo de la tarea de indagar datos para responder estas preguntas. También se le solicitó que tomaran nota de todos los procedimientos que eran en especial eficaces para el manejo de los problemas que surgían en la ayuda a los damnificados. Se esperaba que esta información fuera de utilidad para discusiones ulteriores.

Dos días después, el personal presentó los resultados de su investigación y fue evidente que muchas actitudes de los trabajadores indicaban sus propias frustraciones. Como resultado de la base de datos reunida, surgieron diversas ideas respecto de cambios eficaces en las rutinas y técnicas de trabajo. Con el apoyo del consultor y la aprobación del administrador, se intentaron varias modificaciones en los horarios, procedimientos y tareas. Estos cambios reflejaron una forma de operación de la institución más adecuada a la realidad. Además, se estableció un vínculo más estrecho con voluntarios de la Cruz Roja y orientadores en crisis. Los voluntarios elaboraron planes de recreación para los adolescentes, al tiempo que los orientadores en crisis tuvieron pequeñas reuniones de grupo con los padres. Las discusiones se centraron sobre la forma en que la crisis había perturbado sus rutinas diarias y los había exasperado. De tal suerte, pudieron ventilar muchas emociones. Al mismo tiempo, se pidió a los damnificados que sugirieran formas de colaboración con el personal de la institución.

El consultor reunió todo este material y ayudó a que los trabajadores se dieran cuenta de sus reacciones estereotipadas hacia los damnificados y comprendieran, de manera más adecuada a la realidad, el dolor de éstos y sus reacciones ante las pérdidas que habían sufrido. Con la mejor comunicación entre los grupos, el programa de ayuda, que duró dos semanas más, se volvió una experiencia más satisfactoria y menos problemática para el personal de la institución.

## **Consulta de caso centrada en el damnificado**

La consulta de caso centrada en el damnificado es la de que con mayor frecuencia se necesita en un centro de atención a damnificados. Los trabajadores asistenciales en desastres con frecuencia tienen dificultades para hacer frente a los problemas de salud mental que sufren las personas afectadas y deben emplear la ayuda y el consejo de los especialistas en esta área. Es usual que dichos trabajadores presenten el problema al profesional de salud mental, aunque en ocasiones este último también examina al paciente, se forma una impresión diagnóstica y hace recomendaciones. Acto seguido, el trabajador de la institución asistencial traduce los aspectos pertinentes de las recomendaciones en un plan de acción que parezca factible en el refugio u otro sitio de ayuda a damnificados.

La función principal de este tipo de consulta es elaborar un plan para ayudar al damnificado. Cuando interviene el consultor en salud mental para ayudar a una persona, se supone que ésta tiene dificultades inusuales, presentes sólo en un número reducido de víctimas, o necesita un enfoque similar para resolverlas. En muchos casos, el consultor de salud mental indaga personalmente las necesidades del individuo. De esta manera, los trabajadores de las instituciones asistenciales adquieren mayor conciencia y conocimientos acerca de ciertos aspectos del caso, mediante las reuniones con el consultor. Los profesionales de salud mental tratan de obtener información precisa, específica y confiable del damnificado, después de lo cual llegan a una conclusión y brindan recomendaciones diagnósticas. Los planteamientos que hagan sobre el tratamiento y la derivación del caso deben ser claros, aceptables y

factibles para el trabajador de la institución, que será responsable de tomar las medidas apropiadas. Los casos y técnicas empleadas varían en las diversas fases de un programa de atención a damnificados. El siguiente es un ejemplo:

Una trabajadora de la Cruz Roja pidió consulta con relación al caso del señor S., un maestro damnificado que vivía en un cuarto de motel. Su conducta había sido anormal y se entrometía constantemente en los grupos que se formaban en las áreas de descanso del motel en que se había alojado a una parte de la población damnificada después de la inundación. En la reunión inicial, el profesional de salud mental advirtió cierta hostilidad cuando la trabajadora de la Cruz Roja describió la conducta del señor S. y su renuencia a aceptar cualquier medida de control. Dado que el consultor expresó su simpatía por el problema de controlar la conducta del señor S., la trabajadora de la Cruz Roja se sintió apoyada y pudo exponer los problemas del señor S. y su propia frustración. El consultor le pidió que indagara datos sobre la vida precedente del señor S. y los efectos del desastre en él. La trabajadora de la Cruz Roja comentó que se había reunido varias veces con el señor S. para analizar sus numerosos problemas, que incluían la pérdida de su trabajo como maestro en tres ocasiones a raíz de abuso ocasional de alcohol.

El consultor señaló a la trabajadora que tenía experiencia con problemas como los del señor S., con lo que indicaba de manera implícita que quizá la trabajadora de la Cruz Roja desearía compartir, como profesional, la responsabilidad de atender al señor S. También la tranquilizó en el sentido de que la conducta del paciente no se debía a falta de conocimientos profesionales de parte de ella. El consultor prometió reunirse con la trabajadora varias veces por semana después de entrevistar al señor S., de modo que ambos pudieran considerar la forma en que sus problemas emocionales se relacionaban con su conducta incontrolable. Después, decidirían conjuntamente la mejor forma de ayudar al señor S.

La entrevista con el señor S. reveló información útil. El paciente habló acerca de su vida solitaria como soltero de 47 años de edad con pocos amigos. Señaló que su familia vivía en otro estado y que había perdido su trabajo en una escuela cercana cuando ésta cerró después del desastre. En términos generales, era tímido, callado y preocupado acerca de lo que la gente decía de él. A fin de disminuir su angustia y aburrimiento, con frecuencia bebía en exceso y había sido despedido dos veces a causa de este hábito. Tener que dejar su departamento, vivir y dormir en un refugio sin intimidad, y después trasladarse a un motel sin posibilidad de dejarlo a causa de la inundación había originado una ira intensa e implacable en él y no podía controlar su irritabilidad. Tenía muy pocas aptitudes sociales para adaptarse a la vida en grupo.

El consultor se reunió de nuevo con la trabajadora de la Cruz Roja y puso en claro que la conducta agresiva y negativa del señor S. tenía una larga historia pero la había evitado en gran medida con su aislamiento y hábitos de trabajo. No obstante, en el motel este varón tenía pocas defensas para controlar sus sentimientos. El consultor sugirió a la trabajadora ciertas formas en que podía intervenir a modo de ayudar a que el señor S. estructurara sus actividades en forma más satisfactoria, lo que a su vez fortalecería sus defensas usuales y disminuiría su conducta negativa. La trabajadora sonrió y su cara se iluminó al tiempo que comentaba: "Cierto, éste es un momento difícil para todos nosotros".

## Consulta centrada en el programa

Otro tipo de consulta se centra en la orientación o modificación de las estructuras y procedimientos administrativos del programa con el fin de prevenir, diagnosticar y tratar en forma oportuna, y rehabilitar a las personas con trastornos mentales rela-

cionados con el desastre. La intervención en el área de salud mental después de una catástrofe natural es uno de los componentes del sistema de ayuda y apoyo a los damnificados. Otros programas, como los de la Cruz Roja, organismos familiares, autoridades de bienestar social, organizaciones religiosas y clínicas locales de salud mental, también podrían planear un servicio especializado para los refugiados de desastres.

Los líderes en áreas adyacentes que sufren el impacto de la catástrofe pueden converger en la creación de un proyecto de orientación e intervención en crisis para la población afectada. Sea cual fuere el caso, los profesionales de salud mental pueden brindar la consulta centrada en el diseño o modificación de programas a manera de ayudar psicológicamente a los damnificados como parte del programa global.

Los tipos de problemas que se plantean al consultor son variados, pero es probable que incluyan algunos de los siguientes:

- Planeación del programa;
- Estructuras administrativas apropiadas;
- Métodos de prestación de servicios;
- Definición de políticas;
- Reclutamiento, instrucción y utilización del personal, y
- Establecimiento de vínculos con otras instituciones de servicios humanos.

El receptor de la consulta puede ser un administrador, un grupo de directores de programas o un comité, como un grupo de trabajo o un consejo de dirección. El tema de la consulta puede ser el programa en cuestión: o la capacidad de quienes solicitan la consulta para solucionar los problemas de planeación y administración del proyecto.

Estos dos tipos de consulta, centrados en el paciente y en el programa, abarcan la interacción entre el experto en salud mental (consultor) y la persona que tiene frente a sí una tarea que le plantea dificultades. En cualquier caso, se supone que el consultor tiene los *conocimientos* necesarios para resolver el problema en el presente y el futuro, al tiempo que el receptor de la consulta se reserva en todo momento la *responsabilidad* del caso o programa. La función del consultor es examinar los objetivos, métodos y técnicas a fin de superar la falta de conocimientos, habilidades o confianza en sí mismo. En el uso de este método de solución de problemas, emplea muchas técnicas propias de su actividad, como las de enseñanza, análisis, planeación, coordinación, colaboración, negociación u orientación. En todos los casos, al consultor le interesa fomentar la incorporación de los servicios de salud mental en la atención a comunidades devastadas por una catástrofe. Dichos servicios deben estructurarse para ayudar a los damnificados en la reorganización de sus vidas y garantizar la detección temprana y el tratamiento oportuno de las consecuencias psicológicas del desastre.

---

# Intervención psicológica después de desastres

Los profesionales de salud mental por lo general comienzan su intervención directa, cara a cara, con poblaciones alojadas en refugios de emergencia. Un elevado número de individuos es reubicado después de que se dañan sus hogares y barrios. Los profesionales que trabajan en dichos centros tienen los conocimientos y habilidades necesarios para brindar ayuda psicológica a un grupo de personas reunido en dicho centro, que la necesitan.

En este capítulo se identifican y organizan diversos enfoques elaborados para ayudar a los damnificados en estas fases de crisis, resolución de problemas y adaptación. Un grupo de técnicas apropiadas para el periodo inicial después de desastres se describe bajo los encabezados de selección y primeros auxilios. En la medida en que los damnificados pasan por los cambios en su mundo físico y las fases psicofisiológicas de resolución de la crisis, están indicadas las intervenciones terapéuticas que se describen. En fases subsecuentes, las actividades del profesional se asemejan a muchos de los procedimientos y métodos de la orientación en crisis, el tratamiento a corto plazo, el apoyo comprensivo y el tratamiento a largo plazo, de los que utilizan muchos elementos.

## OBJETIVOS

Un objetivo importante de la intervención de salud mental en desastres es el uso adecuado de técnicas que: 1) restauran la capacidad de los damnificados para resolver las situaciones estresantes en que se encuentran, y 2) les ayudan a reordenar y organizar su mundo mediante la interacción social. Los trabajadores de salud mental brindan enseñanzas acerca de la interpretación de las emociones abrumadoras que experimentan los damnificados, a fin de que éstos comprendan la naturaleza reactiva

de sus emociones y recuperen la confianza en su propia capacidad y la esperanza. En pocas palabras, los conocimientos y habilidades del trabajador de salud mental se utilizan para brindar asistencia y apoyo a una población estresada.

Un segundo objetivo de la intervención de salud mental en desastres es la colaboración continua y activa con otros grupos que brindan atención y apoyo, así como los organismos que ayudan a los damnificados en lo particular y a la comunidad en lo general. La aceptación de los trabajadores de salud mental como colaboradores por parte de los grupos de asistencia en desastres es un fenómeno relativamente nuevo, con relación al cual se describen en páginas previas los procedimientos apropiados para lograr aceptación. Este capítulo trata exclusivamente de la intervención directa de los trabajadores de salud mental, pero éstos necesitan tener siempre en mente la conducta y objetivos del personal de los organismos que tienen bajo su cargo la atención en desastres. Estos propósitos y comportamiento influyen en la resolución de la crisis de los damnificados, que es el objetivo principal de la actividad de los trabajadores de salud mental.

## CONCEPTOS

A fin de lograr el objetivo de resolución de la crisis, los trabajadores de salud mental deben tener bien claros algunos conceptos, que forman parte de sus conocimientos profesionales, en las áreas que se describen a continuación.

### Función

El profesional debe aceptar su función como miembro de un equipo que participa de manera rápida y eficaz en la resolución de los problemas humanos que surgen. Debe tener en mente los factores principales que influyen en las condiciones de vida de los damnificados, cuya modificación en parámetros importantes está más allá de la capacidad del profesional, al tiempo que acepta la responsabilidad de indicar, enseñar, influir y, si se trata de un médico, prescribir medicamentos. Todos los esfuerzos deben dirigirse a ejercer una función útil para los damnificados y demás personal asistencial. Esto debe aunarse a una actitud conmisericordiosa y sensible ante los acontecimientos trágicos que acompañan al desastre.

### Técnicas

Las técnicas disponibles para que el profesional ayude en la resolución de crisis son diversas y pueden agruparse bajo el encabezado de "técnicas de auxilio al yo". Estas técnicas van dirigidas a la restauración del funcionamiento del yo y pueden servir para reintegrar y restaurar el equilibrio del sistema del yo completo.

Las técnicas que forman parte de este enfoque psicoterapéutico se definen como *toda interacción activa que tienda a suplementar, complementar, reforzar o fomentar los mecanismos del yo en el damnificado*. La farmacoterapia quizás esté indicada en la restauración de los mecanismos adaptativos, lo que depende de los conocimientos que se tengan sobre los efectos terapéuticos de los fármacos y sus usos indicados por categorías diagnósticas.

## Proceso

Los diversos tipos de procedimientos (conducta, acciones, exposiciones, diversos tipos de reuniones e interacción cara a cara) por lo que ocurre en el proceso depende de la situación con que se tope el profesional. La situación del damnificado, la manifestación de la crisis en signos y síntomas psicofisiológicos, y los recursos de que se dispone para ayudar a los individuos influyen en los procedimientos empleados por el profesional de salud mental para lograr los objetivos de la intervención. Esta es una razón primordial de que la asistencia psicológica en desastres difiera mucho de la que se brinda en una clínica u hospital. En estos últimos, el profesional controla muchas de las condiciones propias del mundo clínico, al tiempo que en los refugios u otras viviendas provisionales tales condiciones por lo general son complejas e impredecibles. Este cambio adicional en la función de los profesionales de salud mental aumenta la carga de brindar ayuda psicológica después de desastres.

## Nivel de responsabilidad

Esta es un área de la conducta profesional que se resalta en este punto sólo con fines de énfasis. Podría considerarse como parte de la definición de funciones, pero hay que ponerla de relieve como una contribución principal a las intervenciones terapéuticas de salud mental. El profesional puede optar de manera personal entre diversas opciones, en lo que se refiere a asumir responsabilidad y participar activamente en la asistencia a los damnificados. Estas opciones pueden ejemplificarse, en un extremo de la escala, por el profesional que se sube a un helicóptero de la Cruz Roja horas después de ocurrido el desastre, y en el otro extremo, por el que se sienta ante un escritorio en los refugios o espera en la clínica de salud mental a que aparezcan personas con signos de trastornos emocionales en busca de ayuda. Todas estas actividades pueden ser eficaces y útiles en grados variables y dependen de los principios profesionales, la disponibilidad de profesionales y las circunstancias del desastre.

## Objetivos terapéuticos

La intervención terapéutica en crisis abarca todas las actividades con que el profesional busca aliviar la aflicción y modificar la conducta del paciente por medios psicológicos. Incluye toda actividad de ayuda que se base en la comunicación, misma que ocurre principalmente, aunque no siempre, por medio del lenguaje. Muchas personas con traumatismos tienen una mezcla de desesperanza y desmoralización. Todas las formas de tratamiento utilizan ciertos enfoques para combatir y controlar este efecto doloroso. Las víctimas desmoralizadas tienen una conducta que refleja su sensación de incapacidad para resolver los múltiples problemas que ellas mismas y otros esperan que resuelvan. Este estado mental puede variar ampliamente en cuanto a su duración y gravedad, si bien las manifestaciones siguientes son comunes entre los damnificados:

- Expresan sentimientos de disminución de la confianza en sí mismos y no puede recordar su capacidad pasada para superar los episodios traumáticos. Se sienten abrumados por sus propios sentimientos y pensamientos confusos, que surgen como

reacción al mundo nuevo, desagradable y no familiar en que están inmersos, además de las circunstancias externas posteriores al desastre;

- La consecuencia es que creen que el fracaso será el resultado de todas sus decisiones y acciones, lo que sirve para fortalecer sus sentimientos de culpa y vergüenza como parte de la regresión adaptativa;
- Es característico que se sientan enajenados, deprimidos y aislados, como si estuvieran marcados, aunque ven que otros están “en el mismo barco”;
- También suelen tener resentimiento porque otras personas en quienes confiaban parecen no poder ayudarles o no estar dispuestas a hacerlo. La conducta de tales personas, a su vez, suele expresar en forma realista irritación, en virtud de sus expectativas inconscientes respecto del damnificado y de sus propias sensaciones en cuanto a lo de lo que tienen derecho, como parte de su propia fatiga y frustración. Esto con frecuencia origina un círculo vicioso entre los damnificados, sus familiares y los trabajadores de los organismos de auxilio en desastres;
- En virtud de su dependencia creciente respecto de otros, no hay una retroalimentación que mejore la autoestima del damnificado, con lo que se crea un distanciamiento cada vez mayor. En ocasiones, se pierde la fe en los valores de grupo y en opiniones que el damnificado sostenía y le habían dado una sensación de seguridad y significado en el mundo, además de que es necesario reordenar tal fe. Esto explica el saqueo que a veces se observa como conducta en dichas situaciones. Se trata de una conducta en especial evidente cuando el desastre ocurre en un centro urbano importante en que las autoridades y organismos gubernamentales están fragmentados y algunos grupos lucran con el desastre mediante el vandalismo y saqueo, a expensas de los damnificados.

Los puntos recién enumerados deben bastar para aclarar los objetivos subyacentes a las actividades del trabajador de salud mental. El propósito de tales actividades es intervenir a modo de originar un cambio en la capacidad de la persona para resolver problemas, misma que se ha debilitado a raíz de las condiciones derivadas del desastre. Los trabajadores de salud mental también pueden actuar de manera apropiada si colaboran directamente con los damnificados y el personal de los organismos de auxilio en desastres para tener la certeza de que los primeros ya no se consideren inmersos en una crisis de inutilidad y desesperanza.

Los objetivos principales de la atención psicológica a los damnificados son los siguientes:

- Ayudarles para que adquieran una sensación interna de orden y perspectiva, de modo que puedan organizar su propio ambiente conforme reciben ayuda para procesar las emociones dolorosas e intensas que acompañan al periodo ulterior al desastre, e
- Intervenir y ayudar para que los damnificados busquen, adquieran y asimilen los recursos que reciben de los organismos de asistencia en desastres dentro de su medio, de modo que deriven una ayuda real, en el reordenamiento de su mundo, del uso apropiado de tales recursos, y en el proceso se sientan agusto y adquieran sensaciones de seguridad y autoestima.

En resumen, los trabajadores de salud mental emplean los recursos disponibles para ayudar a que los damnificados recuperen su ambiente y aliviar los conflictos emocionales y molestias físicas. Por lo tanto, esta intervención abarca la planeación y medidas para que los damnificados tengan acceso a los recursos citados y los empleen.

## **PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN**

Los procedimientos de intervención se relacionan con la evaluación y resolución de problemas de salud mental y deben considerar las pautas siguientes, a fin de planear el tipo y nivel apropiados de actividad. Las intervenciones deben programarse con base en la posibilidad de que sean inmediatas o en la definición de objetivos de servicio, además de depender de la fase del desastre en que se esté y de las condiciones de vida de los damnificados.

### **Factores de riesgo**

El estado psicobiológico de los damnificados guarda relación con la vulnerabilidad de su personalidad y con su estado biológico. Por ejemplo, la angustia intensa, depresión, dolor cardíaco, hipertensión y disfunción gástrica son comunes en los damnificados. A fin de evaluar tales aspectos, los profesionales de salud mental deben investigar lo siguiente:

- La madurez o inmadurez en la personalidad del paciente;
- El estrés relacionado con funciones o expectativas sociales de conducta, según lo juzgan los damnificados mismos y otros que conviven con ellos;
- El estrés ambiental persistente, tanto en cuanto al entorno físico como el social, y
- Crisis que han vivido los damnificados, sea antes o después del desastre.

### **Ambiente social**

El entorno social en que se reubica a los damnificados es una variable importante que afecta la decisión relativa al tipo de intervención psicológica. Esta se basa en la experiencia de prestarles dichos servicios en las condiciones de apiñamiento de los refugios. La rapidez con que entran y salen damnificados de los refugios y el reducido número del personal adiestrado que permanece durante largos periodos moldea los tipos de intervención. La cuestión es: ¿qué tipo de intervención puede ser útil en el ambiente específico y con los recursos profesionales también específicos de que se dispone?

### **Uso de los recursos médicos y clínicos**

El diagnóstico de trastornos que ponen en riesgo considerable la vida requiere la intervención del personal médico y debe formar parte del proceso de evaluación. Las personas con antecedentes de abuso de fármacos o alcohol que sufren dificultades en su funcionamiento quizá precisen esfuerzos heroicos para su transportación segura al hospital más cercano.

## PRINCIPIOS EN QUE SE SUSTENTAN LAS PAUTAS

Es necesario preparar al individuo para este tipo de orientación en crisis e intervención psicológica después de desastres. El orientador en crisis lo logra al derivar la información necesaria para planear la intervención, demostrar su capacidad y credibilidad a los ojos de la persona, describir el plan de intervención y lograr la cooperación del paciente con el plan. Este debe analizar las actitudes y expectativas del individuo acerca de la intervención, para después pasar a una etapa de colaboración. Con base en este análisis, el orientador en crisis formula de manera tentativa el problema o el plan de acción, o ambas cosas.

Los orientadores en crisis deben estar familiarizados con diversos enfoques, dominar los que mejor se adecúen a su estilo personal y después elegir la combinación más apropiada según las características del problema. Los objetivos terapéuticos son aliviar la aflicción emocional o desorganización cognoscitiva, o ambas cosas, además de señalar experiencias e información correctivas al paciente. Los orientadores en crisis son los profesionales más importantes en el logro de este objetivo, pero su eficacia con frecuencia puede aumentar con la inclusión de otros en dicha tarea.

Los siguientes principios clave deben tenerse en mente:

- Los orientadores en crisis deben suponer que los damnificados son en potencia capaces de resolver sus propios problemas después de que se les ayuda a identificar las barreras para la solución o dirigir su conducta hacia la exploración de nuevas soluciones;
- Los orientadores deben desalentar la dependencia respecto de ellos, aunque es posible que la permitan inicialmente para que los damnificados deriven confianza de ellos mismos;
- Los consejos por lo general deben brindarse con cautela, aunque esto no impide que se informe a los damnificados sobre todo asunto pertinente respecto del cual no tengan información o ésta sea incorrecta. Dicho enfoque ayuda a mejorar la capacidad de resolución de problemas de las víctimas;
- La comunicación en la entrevista inicial suele ser difícil, ya que es frecuente que los damnificados manifiesten formas de comunicación deformadas a causa de su angustia intensa y desorganización cognoscitiva. También es frecuente que estén a la defensiva. El éxito del orientador en crisis para el logro de la comunicación irrestricta depende principalmente de su capacidad general para lograr la confianza del damnificado en el propio orientador y en sí mismo;
- La intervención en crisis se centra en los problemas vitales presentes. Los damnificados necesitan ayuda para resolver la crisis actual, provocada por el desastre. En otras palabras, necesitan hablar acerca del “aquí y ahora”. Alentarlos para que lo que hagan sirva en el establecimiento de la relación. Además, permite que el orientador brinde retroalimentación u opciones para la solución del problema, y ayuda a que el damnificado analice formas realistas de avanzar hacia la solución de los problemas;
- Ciertos análisis de los métodos de resolución de problemas empleados por el damnificado en ocasiones previas puede servir para comprender la forma en que enfrentará la situación actual. El significado y simbolismo, que incluyen las respuestas

psicofisiológicas de la persona a los acontecimientos presentes, dependen en gran parte de las experiencias pasadas. Por lo tanto, la rememoración parcial del pasado suele ser necesaria para comprender la manera en que el paciente percibe los problemas que enfrenta y las opciones que le resultan aceptables según su sistema de valores;

- La interpretación que enlaza emociones o conductas que el damnificado no relacionaba entre sí suele ser terapéutica. Esto permite que las personas encuentren un sentido a emociones que no estaban claras al ponerlas en perspectiva, y aumenta su sensación de dominio y control, y
- Es útil reforzar las acciones positivas y recordar a los damnificados sus aptitudes y habilidades en la resolución de problemas. El orientador debe tener en mente las habilidades personales que funcionan de manera satisfactoria y no centrarse sólo en los puntos débiles de la persona en cuanto a la solución de problemas. Esto debe hacerse siempre que sea posible interpretar de nuevo la conducta con base en los puntos fuertes, y no los débiles.

## TIPOS DE INTERVENCIÓN SEGÚN LAS FASES DESPUES DEL DESASTRE

### Primera fase

Desde el punto de vista fenomenológico, las emergencias psicológicas requieren evaluación inmediata de la conducta de la persona. Los datos de que se dispone para la toma de decisiones son mínimos, además de que el tiempo y la energía humana son limitados. Los conocimientos y habilidades para tratar múltiples problemas con relación a los cuales piden ayuda los funcionarios a cargo de un refugio pueden parecer abrumadores.

La situación de urgencia requiere una nueva función del trabajador de salud mental, además de que implica ciertos tipos de intervención que pueden clasificarse con el concepto de selección (*triage*). Las “operaciones de selección en desastres” son los procedimientos que usan los grupos asistenciales u otros trabajadores de salud mental para evaluar la conducta, calibrar el grado y nivel de crisis, y derivar información. Este conocimiento se transmite al personal asistencial, de modo que la planeación de la ayuda en desastres pueda aliviar la situación y reacciones psicofisiológicas inmediatas de los damnificados.

Los damnificados están desorganizados en los aspectos cognoscitivo y emocional durante un lapso transitorio, de modo que la intervención debe abarcar estas áreas. Hay que poner en práctica procedimientos que permitan aumentar la competencia profesional y mantener la conciencia de que la situación generada por el desastre exige, en el nivel personal, aumento de la movilización del yo para adaptarse a un ambiente traumatizado.

La desorganización cognoscitiva afecta, en la persona, la capacidad de atención y concentración de la misma, el nivel de interés y participación, la capacidad para dejar de quejarse y estar obsesionado acerca de la catástrofe, y la capacidad de aprendizaje para adquirir la información que suministra el personal asistencial y hacer uso de

los conocimientos y habilidades para solucionar problemas. Si se toman en cuenta estas características, el objetivo terapéutico debe ser ayudar a los damnificados para minimizar los efectos de tal desorganización y reforzar su dominio cognoscitivo. Las áreas siguientes de ayuda psicológica son útiles para enfrentar la desorganización cognoscitiva:

- Ayudar a los damnificados mediante el reforzamiento de su mundo físico, ejemplificado en lo referente a aspectos cronológicos, de espacio, horario de actividades y reconocimiento de sus condiciones reales de vida;
- Fortalecer la conciencia de que las reacciones sociales de la persona son apropiadas. Muchos damnificados piensan que “se están volviendo locos” porque advierten cambios en su conducta social, por lo que es útil informarles sobre la fenomenología del duelo;
- Ayudar a los damnificados para que integren los acontecimientos cotidianos a la realidad de las condiciones de vida en el refugio;
- Ayudar a los damnificados para que identifiquen relaciones causales realistas entre los acontecimientos y reacciones, y
- Ayudar a los damnificados para que ventilen sus temores referentes a que “su mente no funciona adecuadamente”.

Los procedimientos siguientes, útiles para enfrentar la desorganización emocional, guardan paralelismo con los tipos de intervención contra la desorganización cognoscitiva. El terapeuta debe tener capacidad para evaluar con rapidez el tipo y cualidades del efecto predominante, mediante la interacción social con los damnificados. Los efectos principales que se advierten en la fase inicial incluyen la tristeza, temor e ira. Se manifiestan en formas múltiples y con intensidad muy variable; algunas veces su expresión es intensa, mientras que en otras consiste en sumisión y actitudes defensivas.

Durante las etapas de selección y primeros auxilios, no debe intentarse la modificación de estas conductas defensivas. Constituyen una especie de cicatrización psicológica inicial, que conserva el funcionamiento de la personalidad durante la fase aguda. Aunque encubren de manera vulnerable las emociones, lo mejor es no alentar la expresión de las emociones encubiertas hasta que lleguen el momento y sitio adecuados, cuando los profesionales puedan permanecer con el paciente en la medida necesaria para garantizar el proceso de recuperación de cierta estabilidad emocional.

Los autores tienen poca experiencia en el uso de los procedimientos de selección y primeros auxilios durante las primeras horas de asistencia en desastres. Esto, aunado a su falta de conocimientos codificados de las reacciones, usualmente da por resultado que sea difícil decidir cuándo deben emplearse tales procedimientos.

Los objetivos de la intervención terapéutica en damnificados que viven en refugios abarcarían ayudarles en el logro de comodidad física, organización cognoscitiva creciente y una sensación de control emocional. Esto sirve para disminuir su sensación de impotencia, su conducta indecisa o regresiva y su creencia de que carecen de habilidades para resolver los problemas. Con ello, mejoran su creencia en su capacidad personal, su autoestima, su flexibilidad para considerar soluciones opcionales a los problemas y su capacidad para soportar la confusión y la información contradictoria que son características de esta primera fase de ayuda en desastres.

Durante los primeros dos o tres días, los trabajadores de salud mental deben centrarse en los procedimientos de auxilio con base en el diagnóstico de manifestaciones de crisis y síntomas en los damnificados. Hay que definir prioridades de acción, como sería ayudar a mejorar la orientación de los damnificados, reforzar su relación con la realidad, ayudarlos en el logro de apoyo y confianza en los demás, y satisfacer sus necesidades con recursos que puedan obtenerse de otros organismos. Además de que se creen sistemas de apoyo en derredor de los damnificados, deben surgir otros *de facto* en el grupo de damnificados que viven en refugios temporales.

La amplia gama de recursos disponibles debe organizarse a manera de satisfacer las necesidades específicas de los damnificados. Muchas son concretas, mientras que otras son de orden psicológico. Los trabajadores de salud mental pueden brindar ayuda psicológica apropiada si observan la manera en que el personal de otros organismos se comporta con los damnificados o el trato que dan a éstos. Tal objetivo requiere un tipo especial de técnica por la que los trabajadores de salud mental averigüen directa y personalmente con los damnificados, en su propia forma de comunicación, lo que perciben como necesidades inmediatas, a fin de interpretar este contenido y colaborar con otros organismos en la movilización de los recursos necesarios para que los damnificados se sientan atendidos y menos desesperanzados, impotentes y desvalidos. El objetivo primordial de la fase inicial es disminuir el estrés.

## Segunda fase

En la medida en que los damnificados pasan de los refugios de emergencia a viviendas temporales o regresen a sus hogares, que tal vez estén dañados pero sean habitables, surge una nueva fenomenología del duelo y la crisis. Esto precisa un repertorio creciente de actividades de intervención de salud mental, que abarca la orientación en crisis con el objetivo de lograr la resolución de la misma, así como procedimientos de búsqueda activa de pacientes. La intervención en crisis es una modalidad de atención psicológica que abarca diversos enfoques psicosociales. Todos estos procedimientos se pueden emplear en situaciones muy diversas y adaptar en la medida en que evolucionen los planes de reubicación de los organismos de asistencia en desastres y la situación de los damnificados. Los profesionales de salud mental por lo general disponen de una combinación de todas las actividades que se describen a continuación, o por lo menos algunas de ellas.

Los procedimientos de búsqueda activa de pacientes son actividades que realizan los profesionales que van a los sitios en que viven las personas reubicadas a fin de identificarlas, evaluar sus problemas y trabar relación con ellas. Se evalúa su nivel de necesidad y, si tal evaluación no indica descompensación alguna, se le transmite la información de que el personal está disponible en un número telefónico o dirección específicos por si acaso la persona tiene necesidades psicológicas o interés en el uso de los recursos puestos a su disposición.

Las actividades de búsqueda activa de pacientes pueden servir para lograr algunos de los objetivos siguientes en la ayuda a las víctimas de desastres:

- Aporte de enseñanzas e información sobre los recursos disponibles para que reorganicen sus vidas;

- Ayuda en la identificación de emociones o sentimientos ambivalentes, aceptación de necesidades, busca de ayuda y aceptación del apoyo de extraños;
- Ayuda en la interacción en el nivel cognoscitivo, con asignación de prioridades a las necesidades, aceptación de consejos sobre la forma de derivar recursos y aumento de la capacidad personal para resolver las prioridades específicas que se identifiquen;
- La oportunidad de participar y sentirse parte del grupo (la fenomenología observada en crisis indica que los damnificados tienen una mayor necesidad de sentirse solidarios y que también son más sugestionables por su entorno social), y
- Disponer de un método estructurado para percibir problemas específicos, observaciones que hagan los propios damnificados, patrones de conducta y emociones intensas mediante la ayuda para comprender, definir y ordenar los acontecimientos del mundo, considerado éste en sentido amplio.

Una vez que se logran estos objetivos, es posible separar cada problema y hacer sugerencias acerca de los pasos necesarios para resolverlo. Al mismo tiempo, se ponen en perspectiva diversas áreas de la realidad cognoscitiva, emocional, conductual y social, como una primera aproximación para comprender lo que está ocurriendo.

Todas estas actividades son preparatorias para otras ulteriores. Si la persona acepta la ayuda que le brinda el trabajador de salud mental, se encamina de manera natural a los métodos ahora aceptados de orientación y terapia en crisis. Estas actividades pueden realizarse en las viviendas mismas o en sitios cercanos y específicos, que elijan los grupos de trabajadores de salud mental.

Todo factor que cree barreras a la interacción con los damnificados, como las distancias, transporte, trámites y reglamentos burocráticos, procedimientos que no toman en cuenta los rasgos culturales o anomalías locales, disminuyen las probabilidades de logro de los objetivos del trabajador de salud mental.

Una vez que establece la relación de confianza con el damnificado, el trabajador puede proceder a la obtención de datos adicionales sobre las cuestiones que lo afectan. La evaluación diagnóstica debe incluir datos sobre las categorías siguientes:

- Características y datos vitales del paciente;
- Estado mental y crisis previas de importancia;
- Acontecimientos históricos durante el desastre;
- Efectos de desastre sobre sus propiedades o familiares;
- Preocupaciones principales e identificación de problemas prioritarios;
- Estructura de la personalidad y calidad de la relación con el trabajador de salud mental, y
- Tipo de habilidades que tiene la persona para desenvolverse en su medio.

Con esta información, por lo general muy incompleta, el trabajador procede a elaborar un “plan de acción asistencial”.

La ayuda en las áreas cognoscitiva, emocional y de conducta para la resolución de la crisis es una de las actividades de terapia en crisis más difíciles para los profesionales de salud mental. La resolución se manifiesta por la disminución de la tensión, la restauración de la organización cognoscitiva, el logro de control emocional relativo, el uso espontáneo de interacciones sociales apropiadas y la capacidad de enfrentar los aspectos negociables de la obtención de recursos disponibles para restaurar sus vidas normales.

### Tercera fase

Conforme se desarrollan las fases finales de las actividades de recuperación, llegan a la atención de los trabajadores de salud mental casos con trastornos muy diversos. Estos casos presentan necesidades diferentes en las áreas de la vulnerabilidad y descompensación del yo. Muchos damnificados en que la estructura del yo es adecuada y tienen sistemas de apoyo satisfactorios se descompensan cuando ocurren otras crisis importantes, como muerte, divorcio o desempleo, en un lapso breve ulterior al desastre. Otros con defensas vulnerables, que soportan la situación durante varias semanas, empiezan a mostrar signos de agotamiento. Entran en una espiral descendente y muestran incapacidad para resolver los problemas y falta de criterio en la toma de decisiones; esto origina inadecuación en la resolución de problemas, dependencia creciente y conducta iracunda. Reaparecen los síntomas psicofisiológicos, además de que aumentan los problemas sociales y legales. A esta fenomenología se auna el hecho de que los sistemas de apoyo después del desastre, que comienzan con fuerza, entusiasmo y recursos abundantes, tienden a desaparecer y muchos individuos se pierden en la matriz humana que les ayudaba al:

- Proporcionarles figuras auxiliares del yo y ayudarles a “probar” la realidad;
- Absorber la expresión de emociones y sentimientos negativos;
- Ayudarles, guiarles y regular sus esfuerzos de adaptación, y
- Apoyar su capacidad para soportar la ansiedad, con lo que prevenía su cierre inicial a la recepción de información indispensable para la toma de decisiones. Este apoyo mejora su juicio y reduce la toma impulsiva de decisiones.

La continuación de las actividades de intervención en crisis corresponde a una curva en que la mayoría de los casos promedian ocho a doce sesiones, seguidas de varios puntos máximos de actividades de intervención a lo largo de un año.

La asistencia psicológica a damnificados es una de las actividades profesionales más difíciles y estresantes. Exige una amplia gama de conocimientos y habilidades para satisfacer necesidades, además de que la intensidad del ambiente emocional en el sitio del desastre obliga a que el trabajador dirija en forma continua su atención y actividades a la mitigación y control de todos los tipos de expresiones dolorosas causadas por el estrés.

La situación de crisis genera un ambiente de caos, desorganización, cambios y uso de métodos de ensayo y error. Los damnificados hablan casi con cualquier persona para aliviar la presión emocional de los incidentes y acontecimientos que han experimentado. Todas sus narraciones se ven teñidas de tristeza, ira, confusión y desesperación. El humor negro brota en las conversaciones, y el sarcasmo es común en las narraciones. El trabajador tiene frente a sí la tarea de apoyar a los damnificados y ayudarles en la solución de problemas, además de luchar contra la realidad de las dificultades burocráticas y de múltiples preguntas sin respuesta. Las actitudes de ayudar a los damnificados y tenderles la mano exigen una resolución pronta que con frecuencia entra en conflicto con las respuestas burocráticas usuales.

La frustración es una emoción que se transmite con facilidad y se intensifica en el ambiente en que están los damnificados y quienes les auxilian. Es necesario ayudar

a los trabajadores en el logro de un sistema interno de advertencia que les indique cuándo están empezando a sufrir el síndrome de “agotamiento”. La fatiga, irritabilidad, impaciencia, sentimientos ambivalentes hacia la atención de un damnificado más o la sensación de estar abrumado son los primeros signos de advertencia. Un sistema de apoyo de profesionales que no estén enfrascados en la orientación en crisis ayuda en esta última y prolonga la estancia del personal encargado de tal orientación. También pueden tomarse otras medidas, incluidos el cambio de horario o a las actividades de “retaguardia”.

En resumen, en este capítulo se presenta una gama selecta de enfoques y procedimientos para la intervención psicológica. Se analiza cada uno con relación a las diversas fases de la ayuda en desastres, además de plantear métodos y técnicas específicos para su uso.

---

## Fase 1: Las primeras horas y días

En este capítulo y los dos siguientes se presentan experiencias y conceptos clave que evolucionan de manera secuencial durante la asistencia en desastres. En cada fase, los profesionales de salud mental tienen frente a sí ambientes diferentes y sus consecuencias psicológicas, también distintas, por lo que deben esforzarse continuamente en adaptar sus funciones y emplear habilidades distintas. Por lo tanto, en estos capítulos se describen las intervenciones en salud mental durante el proceso de atención en desastres, con énfasis especial en el conocimiento del entorno o ambiente social de los damnificados, las funciones de salud mental y, por último, las técnicas de intervención.

### CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES SOCIALES

Es importante que los trabajadores de salud mental comprendan de manera completa las condiciones sociales preexistentes en el lugar de desastre. Además, deben considerar la alteración de tales condiciones teniendo en mente las características específicas del desastre. A fin de que se organicen de manera eficaz y apropiada los servicios de salud mental, los trabajadores deben conocer:

- El tipo e intensidad del desastre;
- La duración del desastre y del periodo de advertencia correspondiente;
- El número de personas afectadas;
- La magnitud de los daños en propiedades;
- Los tipos y números de víctimas, y
- Los tipos de recursos personales que los individuos afectados tenían a su disposición para contrarrestar las adversidades relacionadas con el desastre.

El trabajador de salud mental también debe tomar en cuenta problemas específicos con los que probablemente se topará en la asistencia a la población después del desastre. Estos problemas varían según el tipo de desastre y el tamaño de la comunidad afectada. Por ejemplo, desastres como los terremotos, tornados e inundaciones por lo general ejercen su efecto de manera repentina y breve, con un periodo de advertencia muy corto o incluso sin éste. Los huracanes y las inundaciones lentas tienden a ejercer un impacto de mayor duración, con un periodo de advertencia por lo menos breve. Si el desastre afecta un gran centro urbano, lo usual es que abarque diversos servicios y medios de comunicación, como las líneas telefónicas y los servicios de transporte, con lo que tiene mayor impacto en la situación.

Durante el terremoto de Managua en 1972, quedaron destruidos todos los hospitales de dicha ciudad, de 400 000 habitantes, con lo que no pudo darse en ellos la atención a sus propios pacientes y las personas heridas por tal desastre. La necesidad de establecer sistemas de hospitalización completa con hospitales de campaña militares donados por otros países mostró una de las necesidades principales de reconstrucción en el corazón de esta ciudad.

En un medio urbano por lo general se dispone de ayuda inmediata, no obstante alteraciones graves, gracias al número relativamente elevado de personal adiestrado en un área geográfica circunscrita. A la inversa, cuando el desastre afecta un área rural, es probable que resulten dañados menos servicios, pero también son proporcionalmente menores los servicios disponibles con prontitud, y en ocasiones no los hay.

Estas variantes afectan el tipo e intensidad de los problemas humanos subsecuentes que llaman la atención de los profesionales de la salud mental. La movilización del número y tipos apropiados de personal de salud mental depende de que se tenga información relacionada con las necesidades de las personas dispersas en el área específica afectada. Un componente importante de esta evaluación es la que realiza el personal de planeación de salud mental acerca de las medidas que ya han tomado los damnificados mismos y los organismos de ayuda en situaciones de desastre. Se requiere información acerca de los servicios específicos que ya se han proporcionado y los organismos, como la Cruz Roja, que ya realizan sus actividades en el sitio del desastre. Esta evaluación permite que los trabajadores de salud mental se movilicen con rapidez y se enlacen con la Cruz Roja y otros organismos apropiados en los niveles local, estatal o nacional, para su colaboración en los primeros auxilios.

Es necesario conocer el tipo y amplitud de daños físicos (por ejemplo, qué zonas o edificios han quedado destruidos en el área de desastre) a fin de determinar dónde deben ubicarse los grupos de trabajadores de salud mental y la forma de su movilización (automóviles, camionetas, lanchas o helicópteros) en los diversos sitios geográficos en que ocurrieron los daños. De tal suerte, los trabajadores deben saber si los damnificados han sido reubicados como grupo en refugios temporales o si hay personas que continúan atrapadas en sus hogares. Los tipos y ubicación de los grupos de ayuda de organismos públicos marcan la diferencia en cuanto al grado en que los grupos de salud mental se ven limitados físicamente para proceder en forma conjunta con el plan global. Por ejemplo, ¿es necesario que los miembros del grupo de salud mental asistan a reuniones de planeación y proporcionen servicios en diferentes partes de la ciudad o que se congreguen en un puesto de control central? Toda esta información es preparatoria para la planeación y asignación de los recursos de salud mental, que

son finitos y no pueden satisfacer de manera proporcionada las necesidades de todos los damnificados. Por lo tanto, la asignación minuciosa de los recursos es necesaria para que se empleen los mismos donde más se necesitan, y es precisamente en estas áreas de mayor necesidad que los trabajadores de salud mental requieren un mayor enlace con las actividades de otros grupos de rescate y asistencia.

## CARACTERÍSTICAS DEL REFUGIO

Cuando los miembros del grupo de salud mental entran en un refugio, es imperativo que evalúen con rapidez el agrupamiento y ordenamiento del sistema social vigente para determinar dónde se necesita más ayuda y dónde deben establecerse los puntos de enlace con otros grupos asistenciales para lograr eficacia organizativa máxima. Es usual que el grupo de salud mental brinde más ayuda si se enlaza con quienes prestan servicios en los centros médicos de urgencia. Estos últimos abarcan los de la Cruz Roja y otros de carácter local, estatal o nacional, dedicados a satisfacer múltiples necesidades humanas de los damnificados.

En este punto, podría ser útil mencionar las actividades del grupo de salud mental que participó en las operaciones durante el segundo día de la ventisca de 1978 en Massachusetts en uno de los refugios. Después de que los miembros del grupo de salud mental identificaron a los líderes del sistema asistencial, incluidos los de la Cruz Roja y varios representantes del gobierno municipal, uno de los miembros de aquél solicitó que se efectuara una reunión inmediata para analizar la organización de los programas de asistencia y elaborar un plan de colaboración. Se introdujo el concepto de orientación en crisis y se plantearon procedimientos de comunicación de enlace. Este tipo de acción era necesario para la organización preliminar de los servicios.

Cuando se presenta un plan de acción claro y útil en un ambiente de confusión general a un grupo de trabajadores relativamente inexpertos, son muy altas las probabilidades de que lo acepten y utilicen. La información sobre el agrupamiento y el sistema social en el refugio, así como la colaboración y enlace con la Guardia Nacional y otros organismos de asistencia civil, debe procesarse en forma continua y sistemática dado el acelerado ritmo con que ocurren los acontecimientos durante la fase ulterior al desastre. Esto permite la mejor comprensión de los objetivos de los diversos organismos públicos y origina la coordinación de sus actividades con los del grupo de salud mental. Con esta información, puede elaborarse un plan de participación de este último grupo para preservar la continuidad entre los diversos organismos y realizar los cambios en las operaciones de planeación de las actividades de rescate.

Este tipo de enfoque sistemático es necesario si se pretende lograr organización en la desorganización inicial que prevalece en los refugios temporales. El relato siguiente, de las percepciones y reacciones personales de un supervisor de la Cruz Roja que entró en un refugio después de la ventisca de Massachusetts, ilustra la confusión señalada.

Durante las últimas partes de esto, Alan ya había llegado y trataba de encontrar algún sentido a la gritería que escuchaba. Yo había acorralado al señor D. para tratar de averiguar qué pasaba con la preparatoria y si podríamos usar o no unos cuantos salones para nuestros servicios, cuando se acercó el doctor. C. Perdí de nueva cuenta al señor D., ya que como jefe del refugio siempre tenía por lo menos tres personas esperando hablar con él.

Nos presentamos mutuamente y señalamos alguna información general sobre lo que estábamos haciendo cada uno, pero la cabeza me da vueltas con toda esta basura política; no necesito saber si hay una ley que dice que la salud mental es parte de la asistencia en desastres. Es evidente que resulta necesaria pero no puedo actuar de inmediato, y eso también es necesario.

Muchas personas entran y salen de los salones. Han estado en el refugio, pero pronto les va a pesar si no pueden cuidar de sí mismos, lo que incluye ponerse su propia ropa o ropa nueva.

De esta manera, mi atención se centraba en saber dónde estaba el señor M. y quién más podría abrir algunos de estos numerosos salones y autorizarme su uso durante algunos días.

Mi atención se concentró de nuevo cuando me di cuenta de que la doctora C no estaba intentando meramente informarnos de su presencia y de que participaría de alguna manera. Quería colaborar con nosotros y que nos coordináramos de modo que se pudieran brindar servicios de la mayor calidad a los damnificados. En mi cabeza, eso se traducía en otra cosa que debía hacerse de inmediato y no me parecía que fuera a terminar pronto lo que yo estaba haciendo en ese momento. Sin embargo, Alan se dio cuenta inmediata de lo que podría significar este enlace y empezó a trabajar en ello. Terminaron intercambiando números telefónicos, y no fue hasta que regresábamos a Boston, mucho después, que me di cuenta de que Alan tenía algunas ideas muy definidas para reunirse con la doctora C a fin de aclarar algunos detalles.

Esto ocurrió finalmente después de que nos reunimos con el alcalde y aclaramos, a él y otras personas, que un refugio temporal es una vivienda para 10 a 15 días, no seis meses o un año, como pensaban. Esto disminuyó significativamente los enfrentamientos políticos. El alcalde pensaba que la ciudad tenía la responsabilidad de pagar las construcciones, mobiliario y todos los sistemas de apoyo necesarios para que funcionara la asistencia a los damnificados. De esta manera, se me quitó un gran peso de encima y algunos más empezaron a entender lo que iba a ocurrir. Sin embargo, todavía no tengo medios para iniciar la atención de casos mañana, y ya han transcurrido cinco días después de la ventisca.

Conocer las categorías de planeación de actividades de rescate necesarias es útil para asignar el tiempo y energía disponibles a los diversos niveles de operación. Estas categorías son:

- La planeación organizativa de los servicios con los líderes y otros organismos asistenciales;
- La consulta con otros profesionales y enseñanza a los mismos sobre aspectos de salud mental que deben agregarse a los servicios de ayuda;
- Hacer conciencia en otros sobre las funciones especializadas de los profesionales de salud mental que pueden ser útiles en la ayuda a los damnificados. En operaciones pasadas de atención en desastres, los organismos encargados de las brigadas de ayuda por lo general no han tenido a su disposición los servicios especializados de los profesionales de salud mental; por lo tanto, los miembros de estos organismos no tienen la experiencia ni los conocimientos sobre la forma de conceptualizar y hacer uso operativo de las habilidades de los profesionales de salud mental, y
- La intervención directa y ayuda a las víctimas mediante un plan de primeros auxilios.

Los esfuerzos para mantenerse al ritmo operativo de otros profesionales requieren mantener abiertos canales de comunicación continua y centrar la atención en las.

tareas inmediatas. Este marco de referencia debe tenerse claro conforme evolucionan los procedimientos.

Una vez que se ha determinado dónde estará el centro de control o planeación de operaciones y los trabajadores de salud mental, los objetivos de estos últimos son más claros para otros trabajadores. Se trata de una información útil para evaluar la forma en que cada grupo que trabaja en el sitio de desastre puede usar los servicios de los demás. También es indispensable para que se establezca una relación de trabajo adecuada con los profesionales que no forman parte de los grupos de salud mental y que se logre la movilización eficaz del personal de salud mental para ayudar a los damnificados. Por ejemplo, es necesario saber la forma en que operan los trabajadores de la Cruz Roja en los refugios, además de conocer la manera en que se organizan los individuos en dicho grupo.

El personal de la Cruz Roja está organizado, en la mayor parte de las comunidades, como una mezcla de voluntarios con personal que viaja desde otras regiones en forma específica para organizar la ayuda en desastres. Por lo general, este personal es demasiado escaso para que comprenda con rapidez la forma de establecer el enlace con los profesionales de la salud mental y usar los conocimientos de éstos. En diversas ocasiones, durante las operaciones de ayuda en la ventisca de 1978 en Massachusetts, los miembros de la Cruz Roja se “sorprendieron” por lo útil que era la participación de los profesionales de salud mental. Se sintieron apoyados en la medida en que adquirieron conciencia sobre el potencial de ayuda y la flexibilidad de enfoque de dichos profesionales, que podían ayudar en la resolución de los problemas psicológicos de las víctimas. Los miembros de la Guardia Nacional, la defensa civil y los sistemas de atención médica sintieron lo mismo. Se tienen pautas amplias sobre la forma en que se supone que deben operar estos grupos, si bien se han advertido diferencias idiosincráticas e individuales en el enfoque los miembros de los diversos organismos.

Un ejemplo del tipo de problemas organizativos que pueden ocurrir con los miembros de un organismo colaborador ocurrió con un supervisor de la Cruz Roja en Massachusetts, cuando uno de los profesionales de salud mental empezó a diseñar los procedimientos que servirían de guía en la participación colaborativa. En cuanto el trabajador de la Cruz Roja identificaba a una persona con problemas emocionales o psicológicos, llamaba al trabajador de salud mental y le pedía su ayuda. La causa del bloqueo que se advirtió pronto en la relación de ambos trabajadores fue la forma en que el de la Cruz Roja identificaba y presentaba al profesional de salud mental con la víctima. El trabajador de la Cruz Roja reconoció que no sabía qué palabras emplear ni cómo introducir el concepto de ayuda psiquiátrica para solucionar los problemas del damnificado sin sentirse “culpable” por despertar la sospecha de que éste necesitaba un psiquiatra. Se llegó a un arreglo, consistente en que el profesional de salud mental se presentara como un orientador en crisis que participaba en un programa federal para ayuda en desastres.

## AGRUPAMIENTO DE LAS PERSONAS DESPLAZADAS

En términos generales, es cierto que los grupos de tamaños variables, consistentes en familias o personas aisladas desplazadas, se agrupan alrededor de las áreas de refugio designadas por las autoridades. Es importante que los trabajadores de salud mental identifiquen las características étnicas y socioeconómicas de estos grupos. Las necesidades inmediatas de los grupos mismos se satisfacen en mejor forma si los trabajadores comprenden con claridad las costumbres y antecedentes culturales tradicionales de las personas que reciben su ayuda. Esto les sirve de guía en sus actividades de auxilio, de tal manera que sean aceptados y dichas actividades se ajusten a las necesidades de los damnificados, ya que las características especiales de los grupos son el factor del que dependen sus patrones de conducta durante el periodo de crisis inicial.

El concepto de la sensibilidad cultural puede ejemplificarse con la historia del caso de una víctima en un refugio:

Un barbero italiano de 50 años de edad estaba sentado, con una actitud más bien desalentada, sobre el catre que se le había asignado. El trabajador de la salud mental se acercó a él y le preguntó cómo se sentía. El barbero empezó a relatar la forma en que la tormenta había inundado su hogar y había destruido la mayor parte de la planta baja del mismo, donde tenía un refrigerador que acababa de llenar con alimentos. Había gastado cientos de dólares en comprar estos alimentos, en especial carne, para su familia. Continuó diciendo que había salido adelante del problema, si bien había tenido la aterradoramente experiencia de tener que esperar a que los recogiera una lancha mientras él y su familia se sentaban y veían el ir y venir de las aguas de la planta baja de su casa. Lo que finalmente le había originado estrés insoportable y conmoción fue pasar frente a su barbería en la lancha. Vio que había sido presa de los vándalos y era algo que no podía aceptar. Se soltó a llorar y gemir, al tiempo que expresaba su desaliento por el hecho de que hubiera gente que le hacía esto. Había intentado “controlar el llanto, como debe hacerlo un hombre”, pero perdió el control al ver que habían robado su peluquería.

## CONFIGURACIÓN DE FUNCIONES

A continuación se presenta un esbozo detallado de la función de los trabajadores de salud mental durante las primeras 48 horas después de ocurrido un desastre. Sus funciones específicas durante esta fase se analizan como parte de los procedimientos de asistencia psicológica y de otros servicios más específicos después de desastres, como la obtención de recursos para ayudar a las víctimas en colaboración con otros organismos, como la Cruz Roja y diversos programas de ayuda a damnificados en los niveles local, estatal y nacional.

La función del profesional de salud mental que colabora con el personal de otros organismos y con funcionarios públicos que participan en las operaciones de control en la atención a desastres es todavía ambigua, aunque también forma parte integral de tales operaciones. La evolución de estas funciones alternas, según se practica en las situaciones de crisis de las nuevas comunidades, tiene efectos en las funciones clínicas tradicionales de salud mental. Las expectativas que tienen otras personas y los profesionales de salud mental respecto de estos últimos originan ciertas dificultades y problemas en el grado de adecuación que sienten dichos trabajadores en sus funciones de ayuda en desastres. Por ejemplo,

en un punto dado de las actividades después de la ventisca de Massachusetts, el personal de la Cruz Roja hizo observaciones sobre la forma en que percibían la actividad de los trabajadores de salud mental. En su opinión, estos trabajadores no tenían un enfoque claro y presentaban conducta confusa. No había dudas acerca de su interés genuino en ayudar a las víctimas y resultar útiles, pero los profesionales de salud mental parecían estar desconcertados, inseguros en cuanto a lo que deberían hacer y sin claridad acerca de la modalidad de su participación en las actividades en el refugio.

Los conceptos tradicionales de los trabajadores de salud mental como personas que tienen muy claras sus funciones y deberes en la actividad clínica y que conocen la conducta esperada (según lo perciben sus colegas) se ven alterados en el entorno de la ayuda después de desastres. Parece ser que la conducta tradicional debe adaptarse en forma adecuada para satisfacer los diversos tipos de necesidades que exigen acción oportuna después de desastres. Estas necesidades incluyen la capacidad de los trabajadores de salud mental, que tienen acceso a datos mínimos, para colaborar en forma rápida y flexible con otros profesionales. En su trabajo con la Cruz Roja, voluntarios y trabajadores de defensa civil, surgen problemas en lo relativo a la confianza, estilo de comunicación y familiaridad con las tareas mutuas, además de que es factible que no se identifiquen ni elaboren con claridad soluciones de colaboración. Hay problemas relacionados con tradiciones, con la colaboración a causa de diferencias profesionales en los sistemas culturales y de valores, y conflictos ideológicos sobre la forma de ayudar a los damnificados. También pueden surgir problemas por las expectativas de funciones, estado y conducta; éstos se aunan a las diferencias en las expectativas que se tienen en las diversas disciplinas de salud mental (médicos, trabajadores sociales, enfermeros y otras) que componen el grupo.

El ejemplo siguiente ilustra los problemas de la definición de funciones y expectativas (“¿qué se supone que debo hacer?”, y “¿qué están haciendo los demás o se supone que deben hacer?”). La narración es la percepción de un supervisor de la Cruz Roja después de entrar por primera vez a un refugio temporal:

Durante los dos días siguientes empezamos a brindar la asistencia inmediata en la preparatoria. Creo que fue en el primero de los dos días cuando un hombre joven apareció y se identificó como psiquiatra. No estaba seguro de lo que se suponía que debía hacer, al igual que nosotros. Aunque la cantidad de casos era relativamente pequeña tal día (me parece que unos 45), era nuestro primer día y estábamos: 1) sopesando qué podía hacer cada uno de nuestros colaboradores; 2) intentando establecer el ambiente físico más eficaz para dar la mayor intimidad posible en la atención a cada caso; 3) tratando de indagar con el jefe del refugio qué había ocurrido hasta dicho punto, además de averiguar quién era quién en la comunidad y cómo podrían ayudar o dificultar el proceso asistencial, y 4) tratando de enfrentar la confusión y ansiedad generales producidas por la situación, sacando gente del refugio y colocándola en hoteles (¿cómo íbamos a encontrarla después si no nos buscaba?).

John estuvo algún tiempo con el psiquiatra pero estaba enfrascado en la solución de una u otra crisis, de modo que dediqué algún tiempo a describirle qué hacía la Cruz Roja en la atención de desastres, señalarle algunos problemas que tendría la gente y especulando sobre la forma en que nuestros trabajadores derivarían los pacientes hacia él. Dado que no había problemas evidentes en dicho momento, creo que le sugerí que estuviera en la sala de espera y, si advertía que alguien estaba en especial ansioso o deprimido, hablara con él. Creo que lo ví una vez en la sala de espera después de dicha ocasión pero, cuando tuvimos en nuestras

manos una persona que evidentemente podría emplear su ayuda, ya se había ido. (Recuerdo vagamente que se acercó a mí y me dijo que tenía un caso que atender en su clínica y que se iba.) Esto fue desalentador, ya que era de noche y muchos de nosotros estábamos también muy angustiados.

Creo que lo que ocurrió los primeros días es que a horas tempranas del día, cuando estábamos descansados (al igual que los damnificados), nos sentíamos inclinados a manejar las situaciones, incluidos los problemas emocionales de los damnificados, como parte normal de nuestro proceso de atención de casos. Teníamos paciencia y estábamos mentalmente alertas, de modo que podíamos brindar apoyo emocional junto con el proceso de asistencia material. Si eso ocurría, las personas que iban a proporcionar servicios de salud mental pensarían que no eran necesarias, perderían el interés y tenderían a regresar a sus trabajos normales, donde sabían que sí las necesitaban. Eso equivale a que ya se habían ido cuando nuestra energía se agotaba y ya no podíamos manejar el estrés de los pacientes, aunado al de nosotros mismos.

Después de unos cuantos días más nos formamos una idea más clara de los límites entre nuestro procedimiento de ayuda material directa y el de intervención en crisis, de modo que tuvimos mayor capacidad para transferir las situaciones problemáticas, incluso cuando podíamos intervenir.

La función de los trabajadores de salud mental no puede elaborarse meramente por interconexiones con los miembros de otros organismos de asistencia en desastres que ayuden a legitimar tal función. Es cierto que estas interconexiones son útiles como base y guía en la elaboración de los objetivos de salud mental. No obstante, la conciencia constante que tienen los trabajadores de salud mental de sus funciones les ayuda a comprender éstas, lo que a su vez les permite realizarlas con mayor eficacia.

Esta nueva definición de funciones tiene que elaborarse en forma inmediata, enérgica y sistemática para que la reconozcan y acepten otros profesionales de salud mental y los trabajadores de los organismos asistenciales en desastres. Conforme se desarrollan grupos y tienden a enlazarse los miembros de los organismos, hay que compartir la aclaración continua de funciones. Esto se logra mediante convenios, negociaciones y acuerdos verbales con que se dan respuestas congruentes a las preguntas que surgen como resultado de las explicaciones derivadas de los intentos de solución de problemas. Preguntar: "¿qué puedo hacer ahora?" y "¿cómo puedo ser útil?" al mismo tiempo que se pregunta "¿qué puedes hacer tú?" y "¿de qué manera puedes ser útil en la ayuda a los damnificados?" es una forma de brindar respuestas congruentes a la miríada de situaciones que surgen.

Este método de división de trabajo entre los diferentes grupos para facilitar y organizar la asistencia es evidente en el ejemplo siguiente, que muestra la forma en que se dividieron y asignaron las responsabilidades entre un grupo de ciudadanos y profesionales de Managua y otro grupo de profesionales de Estados Unidos, que trabajaron conjuntamente después del terremoto de 1972. Un elevado porcentaje de ciudadanos recibieron vivienda temporal en el campamento "América" (una hilera de casas de madera construidas por la Agency for International Development), donde los trabajadores iban de puerta en puerta en búsqueda de ciudadanos con problemas o dificultades. Cuando identificaban alguien que en su opinión necesitaba ayuda, lo derivaban a un grupo especial alojado en una de las pequeñas casas temporales de madera del campamento donde se había reubicado a todos los ciudadanos. En dicha casa, había psicólogos del grupo estadounidense que tomaban las anamnesis y realizaban

exámenes del estado mental con la ayuda de un grupo de estudiantes de la Universidad de Managua. Cuando un caso grave con síntomas de crisis aguda ameritaba intervención psiquiátrica o psicológica ulterior, la persona era derivada a un grupo psiquiátrico de apoyo que operaba en una de las clínicas de consulta externa que permanecían en pie. Este grupo de profesionales, paraprofesionales y voluntarios se reunía al final de día e intercambiaba rápidamente información o recibía instrucciones sobre la forma de ayudar a los damnificados; de esta manera, las habilidades e interés de todos se fomentaban al máximo.

En virtud de los cambios constantes por los procedimientos de reubicación también incesantes, deben elaborarse pautas de conducta normalizadas y ponerlas en práctica para facilitar la solución de problemas eficaz e informada entre todos los profesionales organizados de ayuda en desastres, que continúan modificando sus actividades conforme pasa el tiempo. Los convenios armoniosos y minimización de conflictos deben lograrse de manera que los grupos de ayuda estén listos para trabajar y tengan energía suficiente para apoyar y guiar la vida y el mundo dolorosamente desorganizados de los damnificados.

## HABILIDADES

Tras evaluar la situación social que rodea la conducta de los damnificados después del desastre, llega el momento de analizar los métodos de intervención. Hay que tomar decisiones sobre la forma en que los trabajadores de salud mental deben intervenir como un grupo de primeros auxilios y los procedimientos que han de instituirse para ayudar a que los damnificados enfrenten la crisis mediante la adquisición de una sensación de control sobre su ambiente cambiante, no familiar y estresante. En primer término, es necesario que los trabajadores de salud mental practiquen las técnicas básicas de elaboración y puesta en práctica de la relación con personas que presentan conducta afligida. Esta técnica es conocida para los profesionales que atienden personas en crisis. En segundo lugar, es necesario que los trabajadores de salud mental se familiaricen con las reacciones individuales esperadas a la experiencia de sobrevivir a un desastre. El diálogo siguiente, entre un damnificado y el trabajador de salud mental, muestra la reacción emocional a un desastre:

*Trabajador de salud mental:* “Me interesa saber ¿cómo se siente? ¿Qué experiencias ha tenido?”

*Víctima:* “Fue muy deprimente. Trataba de pensar qué podía hacer, pero no podía encontrar ninguna respuesta acerca de lo que iba a hacer. Llegué más o menos al punto de escuchar a los demás y dejar que se encargaran. Sabía que iba a necesitar mucho tiempo para salir adelante. No importa quién lo ayude a uno, no puede reponer, no puede uno hacer que las cosas vuelvan a ser como eran. Ya todo había cambiado. Lo que había se había ido, y esto es cierto. A pesar de toda la ayuda que uno reciba, que se agradece, no es posible reponer, no es posible hacer que las cosas vuelvan a ser como eran. Las personas ni siquiera sabían qué daños habían sufrido. Estaban en el refugio, habían dejado todas sus cosas, y no sabían qué iban a encontrar cuando regresaran. Todo estaba en el aire en este punto.”

Esta víctima está expresando su sensación de pérdida y tratando de explicarse a sí misma qué ha ocurrido.

El repertorio de habilidades de intervención de salud mental y los objetivos de dicha intervención durante la primera fase después de un desastre pueden conceptualizarse, como procedimiento, en términos de un esfuerzo de “primeros auxilios”. Esta ayuda psicológica consiste en una intervención cara a cara con los damnificados. Este es el primer paso en su reorientación y adaptación a la nueva realidad transitoria, el paso inicial para la resolución de su crisis. Los damnificados necesitan ayuda para enfrentar la realidad y evaluar lo que ha ocurrido, lo que ocurre y lo que ocurrirá. Hay que tener mucha cautela para no obstaculizar los mecanismos de defensa que emplean con el fin de conservar el control. Un ejemplo del manejo de emociones por mecanismos de negación se muestra en el diálogo con una víctima rescatada:

*Pregunta:* “¿Cómo se siente por el hecho de que la evacuación de personas haya tardado tanto antes de que llegaran hasta usted? O simplemente se dijo: ¿qué puedo hacer?”

*Respuesta:* “Un poco molesto, pero tengo que ponerme en su lugar. ¿Qué tanto pueden hacer? ¿Cuántos son? ¿Qué equipo tienen? Verá, hay que tener el equipo, y ese es el primer problema aquí. Hay que tener el equipo. También hay que tener unas 300 personas, y sólo tienen unas 20. Si solo se tiene una barca, ¿para qué sirve tener 300 personas?”

El orientador en crisis acepta la realidad de los hechos. Apoya la sensibilidad y adaptación del damnificado a esta primera experiencia traumática y real y no trata de estimular la ira contenida y limitada. En la situación inmediata del damnificado, conservar el control es el objetivo principal de la orientación.

El trabajador de salud mental debe acoplar las técnicas empleadas para ayudar y apoyar a los damnificados en la reacción al estrés que produce directamente el desastre mediante técnicas apropiadas según las reacciones emocionales y sensaciones características de las personas que forman parte de un grupo alojado en un refugio público. Además, es necesario alimentar de manera continua la relación entre orientadores y damnificados. Los trabajadores deben expresar su conmiseración sin mostrarse omnipotentes ni tener “fantasías de rescate”. Es imperativo que evalúen con rapidez el estado mental (funciones cognoscitivas y defensivas, así como niveles de angustia, depresión, temor o ira) y las relacionen en forma apropiada para ayudar a los damnificados. Deben combinar las expresiones respetuosas de apoyo con el uso óptimo del tiempo, técnica cuya adquisición reviste importancia durante esta etapa. Hay que lograr el equilibrio entre la expresión de conmiseración y el refuerzo y la recompensa al “papel de víctima”. El trabajador también debe advertir las partes saludables de la personalidad del damnificado y emplearlas para aumentar su capacidad de resistencia por el momento. Una técnica útil es prometerle, si es factible, que se le atenderá durante un periodo breve en el mismo día o el siguiente.

Una viuda de edad madura pedía ayuda a un trabajador de la Cruz Roja, haciéndole una pregunta después de otra en forma incesante: ¿Dónde los iban a reubicar?, ¿iban a recibir la ayuda que necesitaban?, ¿tendría dinero para arreglar su hogar?, ¿cuándo podría regresar a su casa para encontrar a una de sus mascotas? Se llamó al orientador y éste procedió a identificar la angustia intensa como parte de una personalidad iracunda y compulsiva. Después de permitir que la mujer expresara sus problemas y temores acerca de vivir en cercanía tan estrecha con otros, el orientador obtuvo datos acerca de las medidas que se iban a tomar y prometió que informaría a la viuda sobre ellas, al día siguiente. Se acordó una consulta de diez minutos cada mañana y la paciente se convirtió en una participante activa en el grupo

del refugio. Su angustia disminuyó y ayudó a una de las enfermeras en la programación de la atención a otras personas.

Al tiempo que los trabajadores de salud mental elaboran y adaptan sus funciones de planeadores, consultores, colaboradores y orientadores, es preciso que tengan en mente de manera constante sus propias limitaciones de fuerza, la contagiosidad de los temores e ira de los damnificados y su propia susceptibilidad a ellas. También deben protegerse contra las fantasías omnipotentes y muy seductoras de rescatar a los damnificados. La experiencia es muy personal y de carácter también muy emocional. La atención a personas afectadas por desastres se acompaña de altibajos emocionales, de modo que los trabajadores de rescate que no tengan muy claros sus recursos de enfrentamiento de crisis y los exceden sufren dificultades durante los primeros días después del desastre para mantener una conciencia equilibrada de la realidad.

En resumen, en los primeros dos o tres días los trabajadores de salud mental basan los procedimientos de ayuda en el diagnóstico de la conducta de crisis de los damnificados. Definen las prioridades de intervención, como la ayuda a quienes pierden el sentido de orientación, el refuerzo de la realidad, el logro de confianza de los damnificados en sí mismos y en quienes les ayudan, y la satisfacción de sus necesidades por medio de otros organismos. Además de crear sistemas de apoyo en derredor de los damnificados, hay que crear un sistema en el grupo de personas afectadas que están en los refugios temporales. La gran diversidad de recursos disponibles debe estar apoyada y organizada para satisfacer las necesidades específicas de los damnificados. Muchas de estas necesidades son materiales, si bien algunas son psicológicas. El trabajador de salud mental, al aceptar esto, puede movilizar la ayuda psicológica apropiada mediante la observación de la forma en que otros organismos o grupos atienden a dichas personas, así como las consultas para lograr la asignación apropiada de recursos los propios damnificados. Esto requiere una técnica especial que permita a los trabajadores de salud mental indagar, directa y personalmente de los damnificados y en las palabras de estos mismos, lo que perciben como necesidades inmediatas, a fin de interpretarlas. Después, el trabajador colabora con otros organismos y moviliza los recursos de éstos, de modo que las víctimas se sientan ayudadas, y no impotentes, desesperanzadas y privadas. La disminución del estrés es el objetivo primordial de esta fase.

---

## Fase 2: Las primeras dos semanas

### CONOCIMIENTOS

La creación de una infraestructura temporal compuesta por estructuras humanas que forman enlaces colaborativos entre los trabajadores de salud mental y otros organismos sirve de base para la elaboración de programas en la segunda fase de la atención en un desastre. Los objetivos y actividades ulteriores de los trabajadores de salud mental se identifican en forma progresiva, conforme dichos trabajadores se unen a sistemas más amplios de operaciones de ayuda, que empiezan a crecer y adquirir patrones y estructuras más claros en los días ulteriores al desastre. Es necesario tener en cuenta que ciertos organismos de ayuda en emergencias, como la Cruz Roja, tienen sus propios objetivos, métodos y procedimientos, además de que sus operaciones forman parte de un sistema mucho más amplio en el nivel nacional, del que son “estaciones de campo” en el sitio de desastres.

Procedimientos similares a los empleados en los refugios pueden elaborarse como guía para los profesionales de salud mental en la solución conjunta de problemas con los representantes del gobierno u otros miembros de organismos de ayuda en desastres, que son extensiones de organizaciones mucho más grandes y complejas. Hay variantes sobre la manera en que se formalizan los enlaces administrativos con los grupos de salud mental y la forma en que los individuos acepten la introducción progresiva de los conceptos y métodos de salud mental en sus propios sistemas.

Un ejemplo de la dificultad en el establecimiento de enlaces de comunicación en la intervención de ayuda en desastres surgió en Massachusetts en 1978, cuando gran parte de los datos personales que los trabajadores de la Cruz Roja obtuvieron de los damnificados no estuvieron disponibles para los trabajadores de salud mental en vir-

tud de requisitos de confidencialidad. El personal de la Cruz Roja no había negociado la autorización previa para comunicar nombres y descripciones de episodios personales a los trabajadores de salud mental, que estaban interesados en el seguimiento y las visitas subsecuentes a los hogares de las personas para brindarles orientación en crisis a un plazo más largo que el de la atención en los refugios temporales, que se cerrarían después de varias semanas. Fue imposible que tuvieran acceso a tales datos en virtud de reglamentos regionales o nacionales.

En esta situación, se celebraron actividades y reuniones con el personal distrital y regional de la Cruz Roja para continuar la elaboración de una relación profesional colaborativa y planear la posibilidad de intercambiar información de casos en el futuro. Estas actividades aclararon de manera adicional las complejidades de la legitimación y autorización dentro de los modelos de servicios colaborativos. Este procedimiento puede variar dependiendo de que la atención de salud mental se origine en una clínica satélite cercana, una sola persona que brinda tales servicios, trabajadores de centros o clínicas de salud mental, o representantes oficiales de organismos centrales y regionales de salud mental.

Para los trabajadores de salud mental, la comprensión de los diversos enfoques relacionados con la autorización, poder y número de recursos de salud mental (personal, tiempo, etc.) es importante en la elaboración de un plan utilizable. Esto reviste importancia decisiva, en particular si se considera que los sistemas de salud mental todavía están en las fases iniciales de definición de papeles y funciones, así como de recepción y aceptación de responsabilidades después de desastres. Los sistemas gubernamentales de salud mental tendrán que hacer esfuerzos de importancia para participar, elaborar procedimientos y definir relaciones con los organismos de ayuda en desastres, tanto de manera formal como informal, a fin de prestar servicios profesionales de utilidad en la ayuda en desastres. Las variables importantes para el éxito de dicho esfuerzo al parecer se basan en la premisa de que el personal gubernamental de salud mental tome decisiones con rapidez; debe ser eficaz, con desperdicio mínimo del tiempo de los trabajadores de otros organismos, y aceptar tareas en forma independiente, basándose de manera mínima en la orientación y el apoyo de otros representantes, que están abrumados con sus propias tareas. Las necesidades de todo tipo de ayuda que tienen los damnificados y la falta general de familiaridad con la mayor parte de quienes les brindan ayuda forman la contraparte de dichas variables. Los grupos de trabajadores de salud mental participantes deben hacer frente a dichas variables conforme continúan brindando ayuda en las primeras semanas después de un desastre.

El caso siguiente pone de relieve algunas de estas cuestiones:

Los profesionales de salud mental que colaboraban con un grupo de la Cruz Roja en un centro federal establecido en un pueblo devastado habían establecido un método por el que, cuando los trabajadores de la Cruz Roja veían a un individuo que manifestaba aflicción psicológica, invitaban a los profesionales de salud mental para que participaran en la entrevista. Los trabajadores de la Cruz Roja solicitaron la ayuda en el caso de una mujer caucásica y soltera de 40 años que estaba confundida, perturbada e iracunda ante el hecho de que se le había reubicado, de un refugio en una preparatoria, a una casa con una familia. En ésta, rentaba un cuarto pero no tenía acceso a diversos servicios de la casa, incluido un aparato televisor. Había perdido el departamento que estaba rentando en forma previa, ya que la construcción resultó dañada, además de que su carro fue arrastrado por la inundación. Trabajaba

como ayudante de contador, pero estaba tan afligida que no había podido regresar a su trabajo. Lo que solicitaba era ayuda de la Cruz Roja para instalarse en un motel y obtener un préstamo a fin de reparar su automóvil.

A causa de su aflicción psicológica, esta mujer no podía expresar sus necesidades, por lo que el trabajador de la Cruz Roja solicitó la ayuda del profesional de salud mental a fin de indagarlas. Después de obtener algunos antecedentes necesarios, el resto de la entrevista se dedicó de manera principal a que la mujer ventilara su ira y sensación de pérdida de su ambiente familiar, simbolizado por el hecho de no emplear el televisor a su conveniencia en la habitación rentada. Cuando su ira disminuyó y se sintió apoyada, pudo pensar en forma más organizada y definir con mayor claridad lo que deseaba. Era evidente que sería casi imposible reubicarla en un motel, pero sí podía pasar de la habitación rentada a un departamento. Cuando se le planteó esta posibilidad, de nuevo regresó a su posición infantil de dependencia, diciendo que no sabía cómo encontrar un departamento, que no tenía automóvil y que quería que alguien la transportara. Esto precipitó de nueva cuenta otro círculo vicioso de preguntas, negación de necesidades, solicitud de ayuda y renuencia a participar de manera colaborativa en pensar cómo buscar un departamento. Al continuar apoyándola no obstante su ira y desesperación, empezó a hablar de manera concreta sobre la forma en que, mediante lectura del periódico y posiblemente la ayuda de un amigo que la transportara, podría encontrar una vivienda adecuada. Después, la mujer y el trabajador de salud mental hablaron con el personal de diversos organismos dedicados a proporcionar los recursos apropiados.

Este caso muestra la complejidad de la intervención de los trabajadores de salud mental, que deben ayudar a la movilización de los recursos saludables y el enfrentamiento de crisis de las personas traumadas, para que éstas puedan funcionar de manera adecuada en el amplio sistema burocrático establecido para ayudar a cientos de personas al mismo tiempo. Los damnificados con frecuencia se sienten frustrados por el papeleo necesario y quizá se molesten por tener que hacer largas colas esperando su turno para que se les asignen recursos que satisfagan sus necesidades específicas. Los profesionales de salud mental tienen que buscar activamente ayuda en otros organismos y sistemas de apoyo, a fin de elaborar un "plan de acción" que movilice a los damnificados en la búsqueda de la restauración de su modo de vida habitual.

## **FUNCIONES**

Los trabajadores de salud mental deben observar y aprender la forma en que los organismos locales, estatales y nacionales, como la Cruz Roja, autoridades sanitarias y organismos de defensa civil, distribuyen y organizan su personal. Esta comprensión deben adquirirla en el entorno físico establecido para ayudar a los damnificados. En este punto, los enlaces que establezca el grupo de trabajadores de salud mental deben continuar mejorando la colaboración y coordinación sistemática de servicios iniciada durante las primeras semanas. Surgen nuevas relaciones dinámicas de grupo entre el personal asistencial y se aclaran algunas dificultades personales o conflictos entre organismos. En este punto, también se necesitan conocimientos actualizados sobre cualesquiera reglamentos de autoridades superiores de los sistemas u organismos de ayuda en desastres, mismos que tienen efectos en la asignación de recursos en el nivel local. Estos conocimientos son importantes para que los trabajadores de salud mental puedan movilizarse y ampliar los recursos auxiliares para beneficiar a los damnificados.

En los servicios de salud mental después de un desastre, es improductivo emplear sólo técnicas psicológicas o considerar éstas como un procedimiento que se practica independientemente de todos los demás fenómenos que ocurren en el espacio vital de los damnificados y su entorno. Hay que conocer y movilizar todos los recursos de ayuda disponibles, con inclusión de la interacción psicológica y la ayuda concreta disponible de la Cruz Roja y otros organismos de ayuda en desastres. Los damnificados esperan algo más que la mera interacción personal: necesitan vivienda, alimentos, dinero, ropa y transporte, aspectos de la ayuda que deben estar integrados.

Las necesidades vitales primordiales, así como las expectativas que tienen los damnificados en cuanto a ayuda concreta, hacen que la interacción psicológica por sí sola no revista significado para ellos. *El conocimiento sobre la forma y el sitio en que se obtienen recursos completos, aunada a la técnica psicológica apropiada para ayudar y brindar los recursos a los damnificados como parte de las actividades de ayuda integrales, define y diferencia la ayuda psicológica en desastres de los servicios de salud mental tradicionales que se prestan en clínicas y hospitales.*

La diferenciación entre los grados de actividades de asistencia en desastres, en las redes local o nacional, también es necesaria. La pregunta que hacen una y otra vez los trabajadores es si la persona ha sufrido pérdidas mínimas o importantes. Al parecer, una norma general entre el personal experimentado de diversos organismos es que las personas que han sufrido pérdidas totales necesitan más de todo en las primeras etapas de las operaciones de ayuda. Al plantearse esta cuestión, se empiezan a definir las dos categorías. El extracto siguiente, de una conversación grabada entre un damnificado y un trabajador de salud mental, ilustra con claridad los sentimientos de pérdida, confusión e impotencia del damnificado cuando intenta hacer los arreglos para recibir ayuda en un refugio temporal con el fin de reorganizar su mundo:

Un día, abrieron la iglesia. . . era martes. Fuimos a dicho sitio,, pero nos trataron como si no supiéramos la forma de hacer las cosas. Hicimos cola, recibimos números y ni siquiera nos ofrecieron una taza de café: fue algo espantoso. Después, estábamos totalmente confundidos. No sabíamos a dónde ir primero. Nos daban un número: va usted a este lugar, va usted a este otro lugar. . . tantos lugares y tantas cosas que hacer. . .

Todavía no quería regresar a la casa. ¿Sabía usted eso? No pudieron hacer que me acercara a la casa durante seis semanas. Cada vez que anduve cerca, me quedaba sentado en el carro y no me acercaba a la casa. No quería regresar a ella porque era la segunda vez que nos tocaba una tormenta. La tercera voy a morir allí.

Me dijeron que fuera al escritorio de vivienda. Supuse que encontrarían vivienda temporal. . . Me dijeron que fuera al HUD, que es la oficina encargada de la vivienda. No sabía que eso tuviera que ver con una oficina tan grande del gobierno; hasta donde yo sabía, se trataba simplemente de una vivienda. Me dijeron que me iban a ayudar a encontrar una casa. Me tomó 20 años construir mi hogar y sólo bastó media hora para destruirlo. Ya no podía llorar. No tenía más lágrimas. Y me dijeron que nos iban a ayudar con la casa. Después, continuaron preguntándonos si queríamos rentar una casa. No lo recuerdo, la verdad que no lo recuerdo.

Lo siguiente que recuerdo es que mi hijita estaba muy enferma. Pensé que ya no podía resistir más. En ese momento ya no resistíamos mucho; en realidad nos había afectado mentalmente. Ví a mi pobre hija, que tampoco podía acercarse a la casa. También estaba atemorizada. Yo estoy atemorizado. ¿Dónde vamos a ir? No tengo un centavo. Todo nuestro dinero está en la casa.

Continuamos regresando al mismo lugar. Qué van a hacer por nosotros? Cada vez que miraba a la gente, alguien tenía lágrimas. Era como una pesadilla. Recuerdo a mi amigo que estaba sentado: su madre tiene 90 años y la pobre viejita no podía estar donde estaba. Se puso muy grave. . . Tuvo que irse a vivir a la casa de su hijo, y todo el tiempo lloraba. La pobre mujer no sabía qué iba a hacer. Su hogar estaba inundado.

Todos estábamos en la misma situación en la preparatoria, sentados y sintiéndonos desatendidos, sin saber qué iba a ocurrir con nosotros. Si uno preguntaba, nadie sabía nada. Era algo desesperante. Era como si estuviera uno a merced de los demás. No sabíamos a dónde íbamos a ir y no nos importaba. Lo único que nos importaba era no regresar a nuestra casa inundada. No sabíamos nada. No supimos a dónde íbamos a ir hasta la noche del último sábado, cuando llenamos algunas formas y nos dijeron por primera vez que nos iban a llevar al Ramada Inn. Pero después no nos llevaron, y tuvimos que ir a otro motel. Permanecimos en él una noche, y después nos trasladaron con Howard Johnson. No supimos nada hasta el último momento; nadie nos decía nada. Si uno preguntaba cualquier cosa, ellos decían: "No sabemos nada al respecto". Supongo que a lo mejor no lo sabían. . . ¿Entiende lo que le quiero decir?

La función del trabajador de salud mental continúa definiéndose con base en las diversas expectativas, actividades y conducta en evolución que tienen lugar en la cambiante situación de los arreglos de vivienda y refugio temporal, conforme transcurren los días. Estas función se desarrolla de manera ulterior conforme los trabajadores advierten el tipo de ayuda que pueden brindar en coordinación con otra y como complemento de ésta. Los profesionales también interactúan con los grupos de planeación de los programas de ayuda a damnificados y quienes apoyan la expectativa de agregar componentes de salud mental en el diseño y puesta en práctica de tales programas. En el pasado, dichos planes evolucionaban sin incluir conceptos de salud mental. Hoy, los objetivos de salud mental pueden formar parte de los planes globales y procedimientos de ayuda que se organizan y llevan a la práctica. Otros organismos empiezan a esperar que los profesionales de salud mental realicen actividades diagnósticas de problemas de conducta y expresiones emocionales; se espera que dichos profesionales brinden tratamiento y prescripciones a los individuos con problemas, incluido en esto el diagnóstico de abuso de fármacos y alcohol. También consideran al trabajador de salud mental como consultor y colaborador. Se espera que el psiquiatra ejerza a la vez la función de médico, en virtud de capacidad de diagnosticar y prescribir medicamentos. Los profesionales de salud mental serán considerados cada vez más como miembros del grupo de ayuda en desastres en la medida en que se confíe en ellos y se les asignen responsabilidades, participen en la difícil asignación de recursos de los programas y asistan a las reuniones de solución de problemas en todos los niveles de planeación de los organismos correspondientes.

La conducta colaborativa en la asistencia de desastres puede considerarse como la ayuda activa que el profesional de salud mental da a los trabajadores de otros organismos y su asunción de la parte de la responsabilidad que le corresponde en la atención de los problemas individuales o de grupo. Este tipo de conducta permite que los profesionales de salud mental, además de analizar y aconsejar, participen en la puesta en práctica de un plan de atención a los damnificados. Comparten la responsabilidad de resolver situaciones problemáticas en la medida en que ellos y los trabajadores de los diversos organismos actúan de manera conjunta y apropiada según sus funciones y adiestramiento profesional respectivos. Los profesionales de salud mental pueden

visitar a las familias con los trabajadores de los diversos organismos, a fin de obtener informes sobre daños y pérdidas. También pueden participar en las discusiones de grupo de un damnificado con dos o tres representantes de organismos. De igual manera, es factible que visiten las familias por sí solos y después se reúnan con representantes de organismos para analizar la situación y plantear recomendaciones. En las situaciones de colaboración, tanto los trabajadores de salud mental como los de otros organismos tienen contacto directo y continuo con los damnificados y sus familias, y ambas partes contribuyen al programa de apoyo a los damnificados.

La coordinación incluye las actividades que los profesionales de salud mental realizan cuando sirven de enlace entre los individuos u organismos que participan en la asignación de recursos y el programa de apoyo a los damnificados. Es necesario programar el momento para que esto ocurra. Tiene que haber oportunidades para las reuniones y decisiones de grupo, así como para la discusión entre los diversos trabajadores asistenciales sobre la posibilidad de compartir responsabilidades, si se pretende que haya una colaboración como parte de la intervención después de desastres. Está siempre presente el riesgo de que, a causa de la intensidad y enormidad de las actividades de ayuda, éstas se fragmenten y no se adecúen a la satisfacción de las necesidades múltiples de los damnificados. De tal suerte, se crea una red discontinua de servicios. Los profesionales de salud mental sensibles al diseño de sistemas pueden prevenir algunas experiencias frustrantes con que se topan los damnificados, que se pierden en la maraña burocrática de actividades de ayuda en desastres, maraña en que todos los trabajadores intentan su mejor esfuerzo dentro de sistemas logísticos de difícil control.

A fin de desarrollar esta función y asimilarla, los profesionales de salud mental deben agregar dos nuevos y valiosos objetivos a su repertorio de habilidades en el trabajo de intervención. El primer objetivo consiste en ayudar, con un enfoque terapéutico “colegiado”, a los miembros de otros organismos que proporcionan recursos concretos a los damnificados. El trabajador de salud mental debe ayudar primeramente a que éstos expresen sus necesidades inmediatas. Dado que los damnificados están afligidos, lo cual es comprensible, con frecuencia no pueden expresar sus necesidades en forma adecuada y, de tal suerte, quizá no reciban ayuda suficiente de los diversos organismos. La narración siguiente ejemplifica un doble nivel de intervenciones en que un trabajador de la Cruz Roja, junto con otro de salud mental, pudo observar una intervención y actuar a manera de brindar apoyo al damnificado:

El trabajador de la Cruz Roja vio a una mujer que parecía perturbada y deprimida, y pidió a un trabajador de salud mental que la ayudara. Se trataba de una mujer caucásica, casada y de 35 años de una población que había sido destruida por la inundación, misma que relataba que su esposo había sido hospitalizado con dolor torácico intenso al día siguiente al desastre. Su hija había tenido que irse a vivir con otro vecino porque no había vivienda temporal para la familia completa, al tiempo que un hijo vivía con un amigo y dos hombres maduros en un departamento. A la mujer finalmente le habían asignado un departamento en una población cercana, y lo había aceptado. Cuando pidió a su hijo que se mudara con ella, él se rehusó y mostró una actitud beligerante y hostil. Era evidente que las relaciones en la familia eran ambivalentes incluso antes del desastre, pero los acontecimientos subsecuentes a éste habían roto los vínculos familiares.

El trabajador de salud mental apoyó a la mujer y la ayudó a expresar su dolor, alentándola para que llorara y narrara sus sentimientos. Acto seguido, llamó al supervisor de escue-

las, que estaba en el refugio, para que ayudara a elaborar un plan de acción junto con la mujer. En dicho plan se usaría la experiencia del orientador de la escuela a la que asistía su hijo, a fin de explorar más a fondo los problemas. La mujer pudo controlarse, su llanto disminuyó finalmente, su expresión facial empezó a ser más vivaracha y hubo signos de esperanza cuando aceptó, por escrito, el nombre y número telefónico del orientador en crisis con el que iba a continuar trabajando. Acto seguido, se dirigió al trabajador de la Cruz Roja y pudo expresar claramente las cosas que necesitaba para su reubicación.

El segundo objetivo importante consiste en que el trabajador de salud mental aprenda la forma de brindar ayuda rápida, eficaz y eficiente según las reacciones psicológicas y fisiológicas de los damnificados, además de colaborar con el personal de otros organismos para auxiliarlos física y psicológicamente. El método rápido de intervención puede ejemplificarse con el caso siguiente:

Una mujer caucásica de 40 años estaba desanimada y perturbada porque su esposo estaba pasando por un episodio de síntomas de abstinencia de alcohol. Él se rehusaba a que lo llevaran a centro de desintoxicación y su esposa estaba muy perturbada para convencerlo influyendo en alguna manera para que modificara su posición. Al tiempo que lo atendía un médico, un profesional de salud mental habló con ella y pudo averiguar antecedentes de sufrimiento y dificultades en las relaciones maritales que databan de antiguo, previos al desastre. Hubo varias ocasiones en que se separaron y después se reconciliaron, siempre con la promesa del esposo en el sentido de que dejaría de beber, pero era evidente que la relación se caracterizaba por un lazo masoquista, en que la esposa permitía pasivamente que la relación se deteriorara hasta el punto en que ya no podía soportarla y después se separaba como única forma de ejercer influencia en la conducta de su marido. También fue evidente que la mujer no podía permanecer en el refugio mientras su esposo estaba en el hospital, a menos que los trabajadores de salud mental les permitieran reunirse e hicieran los arreglos para que la transportaran de manera que pudiera verlo al día siguiente. Finalmente, ella aceptó y tomó la decisión de acatar el consejo del médico, misma que una vez puesta en práctica originó un cambio notable en ella, con disminución de sus síntomas de desánimo y tensión por crisis.

La posición que guardan de los profesionales de salud mental empieza a definirse conforme se aclaran todas estas funciones y las mismas son valoradas por los damnificados y otros trabajadores de ayuda en desastres.

## HABILIDADES

Las habilidades de intervenciones en salud mental durante los primeros días que siguen a un desastre deben continuar aumentando y proceder según pautas establecidas, empezando por el enfoque de selección antes analizado, aunado a esto la adición de otros tipos de intervenciones terapéuticas breves. Deben establecerse objetivos para indagar con rapidez la estructura de personalidad, estado mental, necesidades y fuentes de problemas de los damnificados, conforme continúa la vida de éstos y reciben un nuevo hogar. A los factores estresantes después de desastres ya señalados, se aunan muchos problemas nuevos que surgen conforme los grupos de personas deben someterse a programas y procedimientos organizados, que se establecen para satisfacer sus necesidades de vivienda, recursos, cupones de alimentos, etc. Lo que realmente nece-

sitan los damnificados durante esta etapa es participar de manera activa en una parte de esta planeación e interrelacionarse con el sistema de autoridad en forma tal que sus acciones revistan significado para ellas. La respuesta a la pérdida de objetos materiales, estilos de vida habituales y rutinas diarias empieza a surgir conforme los damnificados entran en el sistema burocrático formal de la ayuda después de desastres. Esto subraya de manera adicional las dificultades que enfrentan los damnificados en la adaptación a su nueva vida, que continúa modificándose en forma casi diaria. La pérdida del espacio familiar produce una confusión de “esquema” que obstaculiza los modos acostumbrados y rituales de conducta diaria, lo que a su vez perturba las acciones de planeación y anticipatorias.

Cada una de las habilidades necesarias en los trabajadores de salud mental para que ayuden a las víctimas está sujeta a la influencia de la incertidumbre. La carencia de familiaridad con el entorno físico y los nuevos patrones de relación en el trabajo origina estrés e incertidumbre en los trabajadores de salud mental. Es evidente que la conducta del profesional en un medio que no le es familiar debe reflejar la nueva realidad y adaptarse a ésta. Los nuevos enfoques resultantes ponen de relieve la colaboración con otros organismos de ayuda en desastres para prestar atención psicológica a las víctimas.

A continuación se da un ejemplo. Tras de que un grupo de profesionales de salud mental obtuvo financiamiento para un programa de ayuda de un semestre después de un desastre, les fue necesario establecer enlaces con otros organismos de ayuda en desastres y grupos locales que habían estado apoyando a los ciudadanos durante meses en la reconstrucción de sus hogares y vidas. Un sistema de derivación a los trabajadores del proyecto se formó, y las reuniones se celebraron con regularidad. Este grupo continuó trabajando con los organismos de ayuda, de modo que todos los trabajadores participantes supieron cuál era el programa de servicios, qué solicitaban los damnificados y qué orientación en crisis podían ofrecerles. Se compartió información cuando terminaron las actividades de ayuda en el refugio temporal.

A fin de realizar las operaciones de ayuda de emergencia en las viviendas temporales dispersas, los trabajadores deben continuar la colaboración con los voluntarios de la Cruz Roja, personal médico y cualesquiera otras personas que participan directamente en la ayuda a los damnificados, sin importar dónde estén ubicadas. Cuando los damnificados precisan ayuda rápida, los aspectos logísticos de la comunicación pueden ser uno de los problemas más difíciles y el uso de los adelantos tecnológicos revisa importancia decisiva.

Las actividades de los trabajadores de salud mental abarcan el diagnóstico de situaciones sociales, emocionales y fisiológicas, así como la determinación de los métodos y procedimientos que deben emplearse en la ayuda a las personas afectadas para que éstas recuperen una conducta funcional e integrada en el marco de su vivienda temporal o de sus propios hogares dañados. Entre los procedimientos a corto plazo que deben emprenderse están los siguientes:

- Ampliar y reforzar los sistemas de apoyo de los damnificados (familiares o de organismos);
- Crear enlaces de los damnificados con los servicios de ayuda;
- Coordinar los recursos disponibles para los damnificados;

- Emplear procedimientos psicoterapéuticos, y
- Administrar sedantes leves u obtener medicamentos, después de la hospitalización, para los pacientes con trastornos mentales.

Es importante recordar que los objetivos de colaboración en las viviendas temporales siempre son a corto plazo. Estos refugios no son el sitio para iniciar el tratamiento de crisis o a corto plazo, ya que los cambios casi siempre ocurren de un momento a otro. Sólo puede tratarse de una operación breve, y un centro de orientación en crisis que funcione en un ambiente artificial y temporal sirve de base para establecer procedimientos que permitan saber que la persona necesita apoyo, se facilite su expresión de emociones y se la orienta hasta que el inicio de la planeación ulterior para su reubicación a largo plazo. Durante este periodo, hay que indagar dónde vivirá cada víctima en etapas ulteriores, a fin de poder brindarle de manera ulterior la atención psicológica a largo plazo.

---

## Fase 3: Los primeros meses

### CONOCIMIENTO DEL ENTORNO SOCIAL DE LA VICTIMA

La ira y frustración intensas que experimentan los damnificados durante los primeros meses después de un desastre se intensifican a causa de diversas reacciones psicodinámicas a los cambios necesarios en las condiciones de vivienda. Otros factores que contribuyen a la frustración son la mayor conciencia de lo perdido, dificultad para entender la forma de lograr ayuda económica y material, fatiga física, estrés emocional y cambios constantes en el grado de comodidad personal. Por lo general, los refugios para grandes grupos se cierran al cabo de un periodo breve. En lo sucesivo, los damnificados reciben alojamiento en viviendas temporales, casas móviles, casas de madera (como en Managua), hoteles y moteles. Algunas se mudan con parientes o amigos, mientras que otras regresan a sus casas dañadas y empiezan a repararlas.

El mundo cambiante de los damnificados en los meses que siguen al desastre origina nuevos tipos de estrés, además de los generados por la crisis inicial. La ayuda que ofrecen organismos, parientes o amigos a los damnificados provoca diferentes problemas logísticos y de desarrollo de recursos para los profesionales de salud mental, que deben emprender activamente la búsqueda y localización de pacientes dispersos. Una ventaja es que se topan con que éstos desarrollan nuevos ambientes que les brindan mayor comodidad e intimidad personales, además de cierta libertad para organizar su vida según sus propios deseos y estilo personal. El entorno físico más reducido y con mayor intimidad en que se celebran las conversaciones permite la interacción del trabajador de salud mental con los damnificados. La situación se enfoca de manera más precisa en los miembros de la familia, de modo que las técnicas y habilidades necesarias de intervención empiezan a guardar mayor similitud con las técnicas tradicio-

nales conocidas de intervención de los profesionales de salud mental.

En la medida en que tiene lugar esta reubicación temporal, termina una actividad de salud mental. Éstos, que quizás apenas hayan iniciado la organización de los servicios que los trabajadores de salud mental empiezan a comprender la forma en que funciona esta situación, los objetivos y actividades de representantes de otros organismos en dicha situación y el tipo de personal que asigna el gobierno, se cierran dichos refugios temporales. Continúan cambiando los documentos específicos de los organismos que se precisan para obtener ayuda o recursos adicionales, así como los reglamentos oficiales y las condiciones limitantes a que están sujetos los trabajadores de salud mental. Estos, que quizás apenas hayan iniciado la organización de los servicios, deben modificarla y continuar su trabajo. Es imperativa la creación de un modelo de asignación dispersa de recursos, si bien el grupo de organismos que deben continuar la colaboración estrecha varía de una comunidad a otra.

Es indispensable que el líder del grupo de salud mental identifique estos cambios a tiempo para hacer planes pertinentes según las modificaciones de los programas de otros organismos. Tiene que entender la forma en que funcionan los nuevos planes y trabar relaciones con los nuevos líderes de los organismos locales, estatales y nacionales, en niveles múltiples, así como organismos privados especiales de la comunidad.

Los esfuerzos de reconstrucción a largo plazo y las actividades de planeación de salud mental deben determinar si ocurre o no la colaboración continua. A su vez, esto sirve de base para que los organismos colaboradores participen en actividades ulteriores y determinen la forma en que se organizarán sistemáticamente los recursos de intervención en salud mental para los damnificados en los meses subsecuentes.

El proceso de desarrollo evolutivo inicia durante las primeras horas después del desastre entre los grupos de damnificados entra en una nueva etapa, con problemas también nuevos, incluidos los de comunicación. Emerge un nuevo complejo de límites en las actividades de los diversos organismos y trabajadores, conflictos en la estructura de poder entre dichos organismos, modificación de sus objetivos y niveles diversos de habilidades y conocimientos de los profesionales y voluntarios, lo que se añade a las múltiples dificultades en el intercambio de información adecuada. Es necesario revisar los convenios verbales celebrados entre los trabajadores y recordar dichos convenios al personal apropiado de las fases secuenciales de reubicación. Esto se vuelve en especial necesario a causa de la saturación de las líneas telefónicas y los mensajes deformados que transmiten los damnificados, además de los diversos profesionales que empiezan a aparecer en el sitio de los hechos, como valuadores de bienes raíces, plomeros, carpinteros, y así sucesivamente.

El impacto y las características del desastre continúan cambiando conforme empiezan a disminuir la intensidad, desorganización y nivel de confusión en general, entre los damnificados y quienes los ayudan. Las etapas de desarrollo de la adaptación a la realidad, la resolución de crisis y el entorno psicológico de los damnificados se modifican en forma paralela. Los damnificados empiezan a mostrar sus características personales y específicas relacionadas con diferentes niveles de adaptación, que fluctúan en el tiempo. Quienes tarde o temprano son más vulnerables a descompensaciones fisiológicas o psicológicas leves o moderadas empiezan a mostrar signos de estrés psicofisiológico como parte de la respuesta a la crisis. Asimismo, comienzan la búsqueda y aceptación de ayuda en forma cada vez más numerosa, en los centros de orien-

tación. A manera de ejemplo, el caso siguiente ilustra la forma en que se ayudó a un damnificado mediante los esfuerzos concertados del trabajador de salud mental y los de otros organismos que tradicionalmente brindan ayuda en desastres:

Una viuda de 56 años siempre había vivido en la playa de una población afectada por un huracán. Esta mujer pidió orientación a través de algunos amigos. Se quejaba de debilidad, había disminuido unos siete kilogramos de peso y estaba muy nerviosa. Se veía agitada y lloraba con suma facilidad. Su esposo había muerto cinco años antes y vivía sola. Hablaba en forma casi constante y espontánea, y le preocupaba la demora en la obtención de los fondos prometidos por el organismo de ayuda federal y el hecho de que no había podido obtener el reembolso del pago que había efectuado a los trabajadores que arreglaron su casa. Quería contratar a sus propios trabajadores, en vez de los que enviaba el organismo de ayuda. Este insistía en que enviaría a sus propios trabajadores, pero ella no tenía confianza en ellos y no esperó, por lo que contrató a gente de su confianza. Ahora, les debía dinero y había recibido una factura por trabajos hechos en forma independiente de las "normas gubernamentales". Todavía eran considerables las tareas de reparación pendientes y sentía que lo que habían hecho los trabajadores como parte de las reparaciones mínimas no era suficiente. Sus síntomas de estrés parecían relacionarse con su falta de satisfacción por el hecho de que los empleados gubernamentales no parecían responder a sus cartas y llamadas telefónicas. Además, había recibido las formas incorrectas cuando pidió un subsidio y un préstamo, y le habían negado la ayuda fiscal relativa al mobiliario que había perdido, por lo que dicha pérdida no estaba bien documentada.

La mujer se quejó de las grandes dificultades que tenía en su vida diaria y en el trato con los organismos porque, según sus propias palabras: "No tengo un hombre". Era evidente que, si bien había varios problemas reales originados por el desastre, sus necesidades de dependencia la abrumaban. Todavía era de duelo su actitud, y sólo había expresado de manera parcial sus sentimientos al respecto. Sus mecanismos de defensa, debilitados por el estrés resultante del desastre y los acontecimientos ulteriores, no eran suficientes para contener sus conflictos en el marco de una estructura de personalidad rígida y obsesiva, que no le permitía enfrentar la ira.

Esta mujer sentía que no sabía cómo tratar con un mundo "masculino". El trabajador de salud mental pudo guiarla en todo el complejo mundo del trato con los organismos gubernamentales, para lograr que recibiera apoyo más apropiado. También la ayudó a ponerse en contacto con un sistema de apoyo adecuado que no había utilizado: su familia, que vivía cerca, y muchos buenos amigos. Por añadidura, el orientador la ayudó a recordar las ocasiones en que ella y su esposo habían enfrentado ciertas dificultades, y esto aumentó la conciencia de sus habilidades personales.

Después de seis o siete visitas, la paciente parecía estar mucho mejor. Sin embargo, poco después llamó de nuevo al orientador y, cuando éste la visitó, parecía agitada y agotada, mostrando signos de la presión a que estaba sometida en su forma de hablar, además de insomnio. Su problema, en sus propias palabras, era que: "No he podido pagar lo que debo y la gente espera recibir dinero que no tengo". Parecía ser que el cheque para el pago de algunas facturas se había perdido y estaba retrasada en algunos de los pagos. El trabajador de salud mental se puso en contacto con las personas apropiadas y empezó a solucionar el problema, después de lo cual dijo a la mujer que lo llamara en dos días si él no lo hacía antes. Ella llamó uno o dos días después y dijo: "No podía esperar más, de modo que fui al organismo del gobierno y pude solucionar el problema de comunicación". Después de eso, ella fue capaz de manejar sus emociones y soportar la ansiedad de la espera.

Un episodio más ocurrió cuando hubo una confusión acerca de una factura no pagada y la mujer se presentó a las oficinas del gobierno con su hermana y habló en un tono más

bien iracundo a un empleado del organismo gubernamental. Después de eso, llamó por teléfono al trabajador y se sintió muy culpable por haberlo “insultado”, además de temerosa de que se hubiera puesto en su contra y no recibiera el dinero. Cuando recibió el dinero, una semana después, se sintió mejor y al parecer recuperó el control sobre su conducta, se relacionó más adecuadamente con el trabajador al que había “insultado” y señaló que todos sus síntomas habían desaparecido. Esta mujer necesitaba que su mundo “concreto” guardara semejanza con el previo. Esto ocurrió cuando pudo pagar todas las facturas.

## **FUNCIÓN DEL TRABAJADOR DE SALUD MENTAL**

La función del trabajador de salud mental experimenta otro cambio importante cuando las actividades se dividen en dos niveles, a saber, los refugios temporales centrados en familias y las oficinas centralizadas de organismos gubernamentales para la distribución de recursos y la ayuda en salud mental. Las expectativas de funciones que surgen en los refugios temporales acerca de la ayuda de los trabajadores de salud mental reaparece en esta fase. La función de dichos trabajadores puede sufrir alteraciones y tornarse vaga o confusa para los miembros de otros organismos que, en su mayor parte, han regresado a sus oficinas. Los damnificados experimentan una confusión similar y suelen preguntarse qué pueden hacer los trabajadores de salud mental por ellas en esta etapa de reconstrucción de sus hogares y sus vidas.

A manera de ejemplo, si una persona tiene dificultades para obtener dinero u otros recursos que le permitan reparar su hogar dañado, quizá sienta que es mínima o nula la utilidad de “simplemente hablar con el trabajador de salud mental”, aunque sufra insomnio, molestias intensas con sentimientos agresivos, o periodos de llanto. De nueva cuenta, es necesario que el trabajador de salud mental elabore un concepto interno de intervención psicológica y participe en las actividades relacionadas con la adquisición de recursos materiales. La ayuda terapéutica en esta área puede brindarse después de orientar a las personas y crear expectativas apropiadas sobre la contribución que pueden hacer los trabajadores de salud mental a otros, como los miembros de los diversos organismos gubernamentales y los damnificados mismos. Con base en sus actividades y el repertorio de conductas que muestren, los trabajadores de salud mental pueden reforzar la importancia de su función, de reciente aparición, en la ayuda en desastres durante la tercera etapa.

Las funciones iniciadas en los refugios temporales puede usarse como fundamento para crear una relación de colaboración profesional. Por ejemplo, la relación con los líderes de los grupos de la Cruz Roja, que son los mismos en los refugios temporales y las viviendas transitorias, suele continuar sobre una base de colaboración y responsabilidades compartidas, aunque la relación cambie en cuanto a las estrategias y responsabilidades. En la medida en que los representantes de los organismos se conocen entre sí, es posible hacer mejores arreglos y modificar la forma en que funcionan los trabajadores de salud mental, así como las técnicas relativas que son útiles para otros profesionales. De tal suerte, pueden hacerse las mejoras que procedan y es posible realizar cambios en los procedimientos interactivos a manera de prueba. Esta área de colaboración es tan nueva que son pocas las pautas disponibles al respecto.

El mismo tipo de negociaciones tienen que celebrarse con el líder, por lo general un administrador federal, de la oficina central de organismos del tipo de FEMA. Es

común que dicha persona tenga poca experiencia en la orientación en crisis o el trabajo de salud mental centrado en una población dada. Es útil enlazarse con él a fin de reforzar la posición de que todas las actividades de salud mental son parte de un programa nacional de ayuda a una población después de un desastre.

El enfoque de la intervención del personal para ayuda a los damnificados se adecúa al modelo de tratamiento de casos en el enfrentamiento del estrés que experimenta una persona en su situación vital. El objetivo es conjuntar recursos que apoyen y ayuden a la persona en su capacidad de adaptación y resolución de problemas. Dentro de esta función de administración, el trabajador de salud mental debe incorporar las funciones de planeador, enlace y obtención de recursos, al tiempo que participa en operaciones de intervención sanitaria y ayuda en desastres que, a estas alturas, se han modificado en cuanto a su ubicación, objetivos, recursos disponibles y personal.

Los recursos estatales y nacionales que se movilizan en la ayuda para la reconstrucción de hogares y barrios continúan teniendo importancia decisiva en la atención de los problemas de salud mental de los damnificados. Hay que establecer enlaces importantes entre los líderes de los grupos de salud mental y los planeadores, administradores y miembros de los niveles administrativos más altos de los organismos públicos y privados. Muchos enfoques de solución de problemas dependen de la cantidad de recursos y ayuda disponibles para los damnificados.

Los problemas de comunicación importantes, representaciones incorrectas y demoras entre los recursos ofrecidos y los servicios prestados a los damnificados son otra parte importante de aflicción recurrente en las crisis después de desastres. La colaboración activa y sistemática entre representantes gubernamentales de todos los niveles de los trabajadores de la salud mental fomenta el uso eficaz y eficiente de los sistemas de apoyo a los damnificados. La necesidad continua de documentación y comunicación entre los miembros de los diversos organismos refuerza la función del personal de salud mental como interventores y miembros auxiliares del grupo general de ayuda en desastres. Es frecuente que surjan dificultades en la colaboración, coordinación e interpretación del lenguaje de documentos, problemas que son factores estresantes simbólicos para los damnificados y que obstaculizan de manera adicional la resolución de sus crisis. Estas dificultades deben analizarse a fin de idear nuevos procedimientos con que se les dé solución. Esto se facilita si se investigan cuestiones relacionadas con el carácter confidencial de los datos y se establecen reglamentos que obliguen al intercambio de información. Las discusiones del intercambio colaborativo en ciertas áreas y la aceptación del mismo ayudan a que los trabajadores de salud mental creen sistemas de apoyo comunitarios para la población afectada. Estos intercambios con frecuencia están limitados por factores sociales o legales, que dificultan los esfuerzos cooperativos.

## **TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**

El repertorio necesario de técnicas de intervención en salud mental aumenta conforme se identifican los diferentes objetivos y niveles psicológicos de intervención. Dado que el ritmo de las actividades de servicios en desastres se modifica tarde o temprano, por lo común después de varias semanas, pueden ocurrir nuevas actividades de planeación. Que esto se refleje en las opciones de acción y la elección de las

mismas cuando se tiene más tiempo para las intervenciones fomenta el uso de modalidades terapéuticas conocidas. Los cambios en el entorno físico y social, estado emocional de los damnificados y organización de las estructuras de los organismos de ayuda en desastres desde las primeras horas en los refugios, incluye la elección de los diferentes enfoques en la intervención de la salud mental. La estabilidad de los arreglos que se hacen para las condiciones de vida de la población afectada en los diversos refugios continúa cambiando, al tiempo que el ritmo de su solicitud de ayuda se desacelera y se vuelve irregular. Cada familia parece tener necesidades específicas y problemas diferentes. Estos cambios particulares y fluctuantes se manifiestan como variantes de la conducta y fenomenología de la crisis. En esta etapa, los trabajadores de salud mental atienden a familias de manera específica y ajustan sus servicios según el tipo y cantidad de ayuda adicional ya otorgada y el nivel de recursos psicológicos de que dispone el grupo de trabajadores de salud mental.

El ejemplo siguiente pone de relieve estas cuestiones. Se trata del caso de una familia de cuatro miembros en que el padre se puso en contacto con el orientador en crisis:

El padre era un mecánico automovilístico de 59 años sin trabajo. Había vivido con su esposa de 55 años y dos hijas de casi 20 años. Durante la tormenta, su hogar quedó inundado y fueron evacuados. En el principio, los ubicaron en una escuela designada como refugio. Esto fue seguido de su mudanza a un motel, en el que vivieron seis semanas, después de lo cual tuvieron que vivir con algunos parientes hasta que se reparó su casa.

El contacto inicial con el orientador en crisis se estableció cuando el padre lo visitó en la oficina que el orientador tenía en el área del refugio. Fue el miembro clave de la familia, que inició y continuó el contacto, y que también manifestó los síntomas de tensión, suspicacia, ira y pérdida ocasional del control de impulsos. Los demás miembros de la familia aquejaban fatiga, depresión, problemas de sueño y dificultades en sus actividades cotidianas. Estos patrones de conducta parecían relacionarse con su sensación de frustración y de impaciencia acerca de la reparación de su hogar.

Durante la ayuda a los miembros de la familia en el llenado de formas oficiales, el trabajador de salud mental empezó a indagar sobre las experiencias que la familia había tenido desde la inundación y les hizo preguntas relativas a la evacuación y situación actual. Los cuatro miembros de la familia se tornaron visiblemente agitados y tensos cuando intentaron recordar y relatar lo que había ocurrido. El padre tuvo que ausentarse por breve lapso para calmarse. La esposa comentó al trabajador de salud mental que su cónyuge tenía antecedentes de hipertensión y parecía perder el control con facilidad y reaccionar con ira, quedando inmovilizado por su estado físico y emocional. Ella creía que los problemas originados por los daños a su casa, la evacuación y la forma en que tenían que vivir había agravado la enfermedad. El marido perdió la "calma" cuando acompañó a un inspector para verificar los daños de la casa antes de iniciar los trabajos necesarios para que la pudieran habitar sin riesgo.

El trabajador de salud mental pudo determinar que el marido necesitaba orientación en crisis inmediata. También brindó apoyo a los demás miembros de la familia pero se concentró en la satisfacción de las necesidades del marido. Procedió a brindarle ayuda en algunos de los procedimientos burocráticos para la obtención de los recursos apropiados y también inició un tratamiento de resolución de crisis a corto plazo con el propio marido. Después de cinco semanas, esta actividad empezó a disminuir, conforme ocurrió lo mismo con los síntomas psicológicos de la crisis. El sujeto admitió sentirse mucho mejor y las reuniones se programaron al ritmo de una mensual.

Un día, el marido se presentó en la oficina y comentó sus problemas relativos a una solicitud de préstamo para la reparación de su hogar. Al brindarle ayuda técnica de nuevo, resultó evidente que este acontecimiento había despertado una vez más la reacción iracunda del paciente. En virtud de la intensidad de las reacciones emocionales que experimentaba ante la situación que enfrentaba, el trabajador de salud mental ató cabos sueltos de la orientación precedente y estableció con rapidez una alianza terapéutica para la solución de este problema. Sin embargo, el vínculo terapéutico en ocasiones entró en conflicto con la necesidad que tenía el paciente, de tomar decisiones y actuar en forma independiente. Esta necesidad fue satisfecha al brindarle opciones para definir objetivos y resultados esperados específicos dentro de un marco cronológico. El paciente consideró útil este enfoque y recuperó su sentido de orientación y capacidad.

De nueva cuenta, en la medida en que disminuyeron las proporciones de crisis percibida del nuevo acontecimiento, el trabajador de salud mental disminuyó su actividad con la familia. Las consultas periódicas mostraron que las cosas funcionaban en forma relativamente satisfactoria y que el marido tenía cierta iniciativa para mantener en equilibrio relativo los asuntos familiares. Finalmente se mudaron de nuevo a su hogar, y en la última consulta parecían haber recuperado su funcionamiento usual.

En esta última fase, con la mayor movilización, la posibilidad de orientar a grandes números de voluntarios y profesionales en salud mental para que continúen brindando ayuda debe tenerse en cuenta. El reducido grupo de salud mental por lo general empieza su trabajo en un refugio y aumenta el número de sus miembros con la participación activa de otros profesionales de salud mental, que muestran su interés y disponibilidad para dedicar tiempo a las operaciones de ayuda. La posibilidad del tratamiento a corto plazo, la ayuda a parejas y familias y el inicio de la terapia de grupo se torna real. Al mismo tiempo, continúan la intervención en crisis, orientación y derivación a los servicios de apoyo en las clínicas de salud mental u hospitales. Las técnicas que se ponen en práctica para establecer los enlaces y colaboraciones con otros organismos empiezan a disminuir como actividad primaria. La necesidad de administrar los recursos y colaborar con otros organismos persiste, si bien las características psicodinámicas de los casos que persisten en la comunidad parecen ser más complejas y extensas. En este punto, aparecen los síntomas psicopatológicos, en vez de la disfunción a corto plazo y el "síndrome de desastres" abrumador que se observan durante los primeros días.

El hecho de que las familias sean reubicadas en comunidades distantes al tiempo que los funcionarios de los diversos organismos regresan a sus oficinas centrales, situadas en diversas partes de una ciudad, origina un distanciamiento físico y psicológico, así como una barrera cronológica. A menos que se hayan establecido vínculos adecuados desde el comienzo, esto aumenta los problemas psicológicos y materiales relacionados con la ayuda a los damnificados. Continúa el problema de la saturación de líneas telefónicas y los trabajadores de salud mental se topan con el hecho de que no sólo tienen que ayudar a la población afectada en la resolución psicológica de los síntomas ulteriores al desastre, sino que también es preciso que la auxilien en la resolución de la frustración adicional que ocasionan las demoras o confusiones en la obtención de ayuda concreta.

Los trabajadores de salud mental también deben intervenir si los damnificados continúan siendo incapaces, a raíz de problemas emocionales, de comunicar sus necesidades de vivienda o trabajo a los empleados de otros organismos. Los problemas

burocráticos de comunicación y toma de decisiones, así como las dificultades en el trato con empleados de organismos de ayuda en desastres que no están disponibles para ayudar, o los problemas con la pérdida o demora en la autorización de documentos, refuerzan y agravan la inestabilidad emocional ulterior al desastre e intensifican el estrés, que apenas empieza a resolverse mediante la intervención terapéutica del orientador en crisis. El fenómeno de damnificados que entran una y otra vez en desesperación, frustración y depresión, después de experimentar una sensación esperanzada de resolución de sus problemas, origina un área de trabajo psicológico continuo a la que deben ser sensibles los trabajadores de salud mental. Es preciso que éstos desarrollen habilidades para diferenciar los fenómenos psicológicos del duelo natural, crisis, adaptación y conducta enfocada a la realidad, que se derivan de la impaciencia y frustración.

Cada etapa de la ayuda a la población afectada por un desastre tiene dificultades, pero la última es en especial difícil, conforme las personas que han sido alojadas en refugios temporales regresan a su mundo y familia alterados o fragmentados. En esta etapa, enfrentan la batalla cuesta arriba de organizar sus vidas, trabajo o pasado alterados. Intentan estos ajustés al tiempo que continúan bajo tensión emocional y fatiga intensa, además de estar atrapados en las fases de duelo. Estas personas, que todavía no pueden funcionar de la manera acostumbrada, continúan siendo identificados por el personal que brinda ayuda. A la inversa, algunas personas pueden centrarse en las tareas de sus vidas cotidianas. Han desarrollado habilidades de adaptación adecuadas y se han resignado a enfrentar la experiencia dolorosa del desastre y la experiencia traumática de las mudanzas múltiples. Sin embargo, la tarea de readaptación se complica en forma adicional si han sufrido la pérdida de seres amados o de bienes materiales importantes, como sus talleres u oficinas.

Las reacciones emocionales surgen con niveles diferentes de intensidad cuando se enfrentan las fases finales del proceso de duelo y sus secuelas. La identificación de la fenomenología apropiada, a fin de hacer lo mismo con la fase de duelo y confirmarla, así como los conocimientos sobre la magnitud de la ayuda necesaria como un enfoque de “ayuda al yo” son dos de las habilidades necesarias para comprender el nivel de resolución al que han llegado las personas en este punto.

En el cuadro 2 se muestran las áreas de interés en estas fases del desastre, en la elaboración de un plan para satisfacer las necesidades de salud mental de la población afectada. Se indica la interrelación de aspectos clave que enfrentan los trabajadores de salud mental cuando intentan acoplar recursos profesionales, utilizarlos y aplicar de manera activa sus conocimientos. En dicho cuadro se resalta también la forma en que las actividades específicas se enfocan según la fase en que se está, dentro de una serie de necesidades psicológicas según el desarrollo de cada persona, las operaciones de ayuda y rescate, y la resolución de crisis con su resultado de adaptación. Se muestran los puntos inicial y terminal de la ayuda activa, así como todas las actividades que deben estar interrelacionadas, y se establece la proposición de que un cierto porcentaje de las resoluciones de crisis duran más tiempo que el esperado.

TABLA 2. Planeación e intervención de los trabajadores de salud mental después de desastres

	Fase I	Fase II	Fase III
<i>Operaciones de planeación</i>	Decisión activa de ayudar Entrada al campo de acción Obtención de datos sobre la ayuda en el desastre Desarrollo de procedimientos de enlace	Identificación del papel de liderazgo Desarrollo de la dirección y administración de operaciones Refuerzo de vínculos adicionales con nuevos grupos de ayuda en desastres Selección y atribución de un área física para las operaciones de salud mental	Continuación de las reuniones sistemáticas y participación continua en la planeación constante y a largo plazo
<i>Consulta y enseñanza</i>	Desarrollo de relaciones colaborativas y participativas con los grupos de ayuda en desastres Desarrollo de procedimientos conjuntos con el personal de la Cruz Roja Ofrecimiento de ayuda técnica a los profesionales médicos Participación con los medios de comunicación en forma educativa, sean televisión, periódicos, radio y actividades comunitarias	Desarrollo y negociación de las relaciones de consulta con otros organismos de ayuda en desastres Participación y colaboración con los procedimientos de otros organismos Enlace de los servicios humanos dispersos y fragmentados	
<i>Objetivos de intervención psicológica:</i>	Desarrollo de procedimientos (acopio de información, documentación, carácter confidencial de los datos, sistemas de derivación, cierre de casos, acceso a documentación, almacenamiento de documentación, etc.) Selección ("triage") Primeros auxilios Orientación y apoyo Guía y consejo	Búsqueda activa de pacientes: Orientación en crisis Ayuda completa Apoyo: Derivación a una clínica u hospital Tratamiento a corto plazo Aclaración y enseñanza Ayuda para la obtención de recursos	Cierre de casos Vigilancia de la aceptación de la derivación de pacientes Vigilancia de los casos cerrados que han tenido problemas especiales Ofrecimiento de enlace con servicios adicionales si el individuo los necesita Seguimiento
<i>Proceso</i>			
<i>Técnicas</i>			
<i>Funciones</i>			
<i>Papeles</i>			
<i>Niveles de responsabilidad asumida</i>			

## CONCLUSIÓN

En este manual se presentan los conocimientos básicos y aplicados de los efectos que tiene un desastre en la conducta humana. Es un intento de los autores por ensamblar, organizar y presentar el tipo de conocimientos de campo y documentar las técnicas de intervención fructíferas de los profesionales de salud mental que ayudan a los damnificados.

Esta es una área de intervención en salud mental que está en sus fases iniciales, pero ya se tienen algunos indicios sobre la manera en que las investigaciones básicas en los campos de la biología, química cerebral, medicina psicosomática, modelos de conducta y técnicas de intervención en crisis podrían mejorar la metodología de intervención en el futuro.

En este manual, se analiza la función de los trabajadores de salud mental y se identifican diversas funciones nuevas, que todavía precisan aclaración y definición adicionales. Los profesionales de salud mental tienen que participar en la planeación con los líderes clave de los organismos gubernamentales en los niveles estatal y nacional. Deben brindar orientación y consulta en el desarrollo inicial de los recursos de emergencia, en que la toma rápida de decisiones posibilita la intervención más apropiada con base en el conocimiento de la psicología de grupo y las reacciones psicofisiológicas. Esto requiere aumentar los conocimientos en la técnica de planeación y evaluación de necesidades. Éste es un nuevo campo para los profesionales de salud mental que colaboran con los organismos de defensa civil, Cruz Roja, sistemas o planes de atención en desastres y organismos similares. Otras habilidades y enfoques también son nuevos en el área de consulta, enseñanza y colaboración con los medios masivos de comunicación. El uso de nuevas tecnologías en la comunicación y el transporte rápidos forman parte cada vez mayor de los planes de ayuda en desastres, y también deben incorporarse a las técnicas de intervención de salud mental.

Por último, esta nueva metodología de ayuda psicológica a los damnificados debe ser tema de investigación, a fin de evaluar la manera más eficaz y efectiva de aplicarla. En el futuro inmediato no se tendrán recursos suficientes para ayudar al elevado número de personas traumatizadas que sufren los efectos de desastres naturales u originados por el hombre. De tal suerte, es necesario identificar métodos de intervención que controlen y prevengan los posefectos psicológicos devastadores de las pérdidas y los traumas que sacuden accidentalmente las vidas de las personas que tienen la mala fortuna de sufrirlas.

---

# Bibliografía

- Ahearn, Federico L. *Consecuencias Psico-Sociales de un Terremoto. Managua, Nicaragua*: Junta Nacional de Asistencia y Previsión, 1976
- Ahearn, Federico L., and Castellón, Rizo S. "Problemas de salud mental después de una situación de desastre." *Boletín* 85 (1978):1-15.
- Anderson, John W. "Cultural Adaptation to Threatened Disaster." *Human Organizations* 27 (1968):298-307.
- Balzevic, D.; Durrigl, V.; Mitelic, J.; Sartorius, N.; Stary, D.; Saric, M.; and Vidjen, R. "Psychic Reactions to a natural Disaster." *Lijecnicki Vjesnik* 89 (1967):907-21.
- Barton, Allen H. *Communities in Disaster: A Sociological Analysis of Collective Stress Situations*. New York: Doubleday, Anchor Books, 1970.
- Bates, Frederick L. et al. *The Social and Psychological Consequences of a Natural Disaster*. Washington, D.C.: National Academy of Sciences-National Research Council, Publication 1081, 1963.
- Bennet, Glin. "Bristol Floods 1968. Controlled Survey of Effects on Health of Local Community Disaster." *British Medical Journal* 3 (1970):454-58.
- Birnbaum, Freda; Coplion, Jennifer; and Shcarff, Ira. "Crisis Intervention after a Natural Disaster." *Social Casework* 54 (1973):545-51.
- Block, Donald A.; Silber, Earle; and Perry, Stewart. "Some Factors in the Emotional Reaction of Children to Disaster." Bethesda, Md.: Laboratory of Child Research, National Institute of Mental Health, 1953.
- Bolin, Robert. "Family Recovery from Natural Disaster." *Mass Emergencies* 1 (1976):267-77.
- Bowlby, John. "Process of Mourning." *International Journal of Psycho-analysis* 42 (1961):310-20.
- Burke, Edmund M. *A Participatory Approach to Urban Planning*. New York: Human Sciences Press, 1979.
- Caplan, Gerald. *Support Systems in Community Mental Health*. New York: Behavioral Publications, 1974.

- Church, June. "The Buffalo Creek Disaster: Exent and Range of Emotional and/or Behavioral Problems." Paper for APA Symposium on Picking up the Pieces: Disaster Intervention and Human Ecology, Montreal, Canada, 1973.
- Cohen, Raquel E. "Post- Disaster Mobilization of a Crisis Intervention Team: The Managua Experience." In *Emergency and Disaster Management: A Mental Health Source Book*, edited by H. J. Parad, H.L.P. Resnick, and L. G. Parad. Bowie, Md.: Charles Press, 1976.
- Crawshaw, Ralph. "Reactions to a Disaster." *Archives of General Psychiatry* 9 (1963):157-62.
- Dade County Department of Civil Defense. "Hurricane David." Report. Miami, Fla., January 21, 1980.
- de Ville de Goyet, C. "El Terremoto de Guatemala: Evaluación Epidemiológica de las Operaciones de Socorro." *Boletín* 81 (1976).
- Dimsdale, Joel E. "The Coping Behavior of Nazi Concentration Camp Survivors." *American Journal of Psychiatry* 131 (1974): 792-97.
- \_\_\_\_\_. "Emotional Causes of Sudden Death." *American Journal of Psychiatry* 134 (1977): 1361-66.
- \_\_\_\_\_. "Disaster Epidemiology." Editorial in *The International Journal of Epidemiology* 4 (1975): 5-7.
- Dohrenwend, Bruce S., and Dohrenwend, Barbara P. "Some Issues in Research on Stressful Life Events." *Journal of Nervous Mental Disorders* 166: (1978):7-15.
- \_\_\_\_\_. *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*. New York: John Wiley and Sons, 1974.
- Drabek, Thomas E. "Social Processes in Disaster: Family Evacuations." *Social Problems* 16 (1969): 336-49.
- Drabek, Thomas E., and Boogs, Keith S. "Families in Disaster: Reactions and relatives." *Journal of Marriage and The Family* 30 (1968): 443-51.
- Drabek, Thomas E., and Key, Williams H. "The Impact of Disaster on Primary Group Linkages." *Mass Emergencies* 1 (1976):89-105.
- Drabek, Thomas E.; Key, William H.; Erickson, Patricia E.; and Crowe, Juanita L. "Longitudinal Impact of Disaster on Family Functioning." *Final report to National Institute of Mental Health for grant no. RO1MH15425, 1973*.
- Drabek, Thomas E. et al. "The Impact of Disaster on Kin Relationships." *Journal of Marriage and the family* 37 (1975):481-94.
- Drayer, Calvin. "Psychological Factors and Problems, Emergency and Long-Term." *The Annals* 309 (1957): 151-59.
- Drayer, Calvin; Cameron, D.C.; Woodward, W.D.; and Glass, Albert J. "Psychological First Aid in Community Disasters." Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1954.
- Dynes, Russell R. *Organized Behavior in Disaster*. Columbus: Ohio State University, Disaster Research Center, book and monograph series no. 3, 1973.
- Dynes, Russell R.; Quarantelli, Enrico L.; and Kreps, Gary A. *A Perspective on Disaster Planning*. Columbus: Ohio State University, Disaster Research Center, report series no. 11, 1972.
- Erikson, Kai T. *Everything in Its Path*. New York: Simon and Shuster, 1976.
- \_\_\_\_\_. "Loss of Commuality at Buffalo Creek." *American Journal of Psychiatry* 133 (1976):302-4.
- Erikson, Patricia; Drabek, Thomas E.; Key, William H.; and Crowe, Juanita L. "Families in Disaster." *Mass Emergencies* 1 (1976): 206-13.
- Executive Office of the President, Office of Emergency Preparedness. *The Federal Response to Tropical Storm Agnes*. Washington, D.C., 1973.
- Farber, Irving J. "Psychological Aspects of Mass Disasters." *Journal of the National Medical Association* 59(1967):340-45.
- Fogleman, Charles, and Parenton, V.J. "Disaster and Aftermath. Selected Aspects of individual and Group Behavior in Critical Situation." *Social Forces* 38 (1959):129-35.

- Form, William H., and Nosow, Sigmund. *Community in Disaster*. New York: Harper and Bros., 1958.
- Frederick, Calvin J. "Current Thinking About Crises or Psychological Intervention in United States Disasters." *Mass Emergencies* 2(1977):43-50.
- \_\_\_\_\_. "Psychological First Aid: Emergency Mental Health and Disaster Assistance." *The Psychotherapy Bulletin* 10(1977):15-20.
- Fried, Marc. "Grieving for a Lost Home." In *The Urban Condition*, edited by Leonard Dahl. New York: Basic Books, 1963.
- Friedsam, H.J. "Older Persons in Disaster." In *Man and Society in Disaster*, edited by G. W. Baker and D.W. Chapman. New York: Basic Books, 1962.
- Fritz, Charles E. "Disaster." In *Contemporary Social Problems*, edited by R. K. Merton and R. A. Nisbet. New York: Harcourt, Brace, and World, 1966.
- \_\_\_\_\_. "Disaster Compared in Six American Communities." *Human Organization* 16 (1967):6-9.
- Fritz, Charles E., and Marks, Eli A. "The NORC Studies of Human Behavior in Disaster." *Journal of Social Issues* 10 (1954):26-41.
- Fritz, Charles E. and Williams, Harry B. "The Human Being in Disaster." *The Annals* 309(1957):42-51.
- Gellman, Woody, and Jackson, Barbara. *Disaster Illustrated*. New York: Harmony Books, 1976.
- Glass, Albert J. "Psychological Aspects of disaster." *Journal of the American Medical Association* 171 (1959):222.
- Goldstein, Arnold. "Reactions to Disaster." *Psychiatric Communications* 3(1960): 47-58.
- Gottlieb, B.J. "The Contribution of Natural Support Systems and Primary Prevention among Four Social Subgroups of Adolescence Males." *Adolescence* 10 (1975):207-20.
- Grosser, F. H.; Wechsler, H.; and Greenblatt, M., eds. *The Threat of Impending Disaster: Contributions to the Psychology of stress*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 1964.
- Gut, Emmy. "Some Aspects of Adult Mourning." *Omega* 15(1974):323-42.
- Hall, Philip S., and Landreth, Patrick W. "Assessing Some Long-Term Consequences of a Natural Disaster." *Mass Emergencies* 1 (1975):55-61.
- Hammer, Muriel. "Influences of Small Social Networks as Factors on Mental Health Admission." *Human Organization* 22 (1963):243-51.
- Harshbarger, Dwight. "An Ecological Perspective on Disastrous and Facilitative Disaster Intervention Based on the Buffalo Creek Disaster." Paper presented at the National Institute of Mental Health Continuing Education Seminar on Emergency Health Services, Washington, D.C., 1973.
- \_\_\_\_\_. "Picking up the Pieces: Disaster Intervention and Human Ecology." *Omega* 5 (1974):55-59.
- Healy, Richard J. *Emergency and Disaster Planning*. New York: John Wiley and Sons, 1969.
- Hill, R. and Hansen, D.A. "Families in Disaster." In *A Man and Society Disaster*, edited by G.W. Baker and D.W. Chapman. New York: Basic Books, 1962.
- Howard, Stephen J., and Godron, Norma S. *Final Progress Report: Mental Health Intervention in a Major Disaster*. Van Nuys, Calif., research grant no MHZ1649-01, 1972.
- Janis Irving L. *Psychological Stress*. New York: John Wiley and Sons, 1958.
- Janney, J. G.; Masuda, M.; and Holmes, T. H. "Impact of a Natural Catastrophe on Life Events." *Journal of Human Stress* 3 (1977):22-34.
- Jerí, Raúl. "Problemas de Conducta en los Desastres." *Acta Médica Peruana* 3(1974):37-48.
- Kastenbaum, Robert. "Disaster, Death, and Human Ecology." *Omega* 5(1974): 65-72.
- Kilpatrick, F. P. "Problems of Perception in Extreme Situations." *Human Organization* 16(1957):20-22.

- Kinston, Warren, and Rosser, Rachel. "Disaster: Effects on Mental and physical State." *Journal of Psychosomatic Research* 18 (1974):437-56.
- Knaus, R. L. "Crisis Intervention in a Disaster Area: The Pennsylvania Flood in Wilkes-Barre." *Journal of the American Osteopathic Association* 75(1975): 297-301.
- Kübler-Ross, Elisabeth. *On Death and Dying*. New York: Macmillan, 1970.
- Lazarus, Richard S. "Psychological Stress and Coping in Adaptation and Illness." *International Journal of Psychiatry and Medicine* 5 (1974):3221-33.
- Leopold, R. L., and Dillon, Harold. "Psycho-Anatomy of Disaster." *American Journal of Psychiatry* 119(1963):913-21.
- Lifton, Robert J. *Death in Life: Survivors of Hiroshima*. Los Angeles: S and S Enterprises, 1967.
- Lifton, Robert J., and Olson, Eric. "The Human Meaning of Total Disaster: The Buffalo Creek Experience." *Psychiatry* 39(1976):1-18.
- Lindemman, Erich. *Beyond Grief: Studies in Crisis Intervention*. edited by Elizabeth Lindemman. New York: Jason Aronson, 1979.
- \_\_\_\_\_. "Symptomatology and Management of Acute Grief." *American Journal of Psychiatry* 101 (1944):141-48.
- Logue, James Nicholas. "Long-Term Effects of a Major Natural Disaster. The Hurricane Agnes Flood in the Wyoming Valley of Pennsylvania, June 1972." Ph.D. dissertation, Columbia University, 1976.
- McGee, Richard K. *The Role of Crisis Intervention Services in Disaster Recovery*. Gainesville: University of Florida, 1973.
- McGonagle, L. C. "Psychological Aspects of Disaster." *American Journal of a Public Health* 54 (1964):638-43.
- Marks, Eli. S. et al. *Human Reactions in Disaster Situations*. Chicago: University of Chicago, National Opinion Research Center, 1954.
- Marris, Peter. *Loss and Change*. New York: Anchor Books, 1975.
- Melick, M.E. *Social Psychological and Medical Aspects of Stress-Related Illness in the Recovery Period of a Natural Disaster*. Unpublished doctoral dissertation, State University of New York at Albany, 1976.
- Moore, Harry Estill. "Some Emotional Concomitants of Disaster." *Mental Hygiene* 42(1958):45-50.
- \_\_\_\_\_. "Toward a Theory of Disaster." *American Sociological Review* 21 (1956):733-37.
- Moore, Harry Estill, and Friedsam, H.J. "Reported Emotional Stress Following a Disaster." *Social Forces* 38(1959):135-39.
- Morris, Jack H. "Survival Syndrome." *Wall Street Journal*, January 4, 1974, p.1.
- Mussari, A. J. *Appointment With Disaster: The Swelling of the Flood*. Wilkes-Barre, Pa.: North-east Publishers, 1974.
- Okura, K. P. "Mobilizing in Response to a Major Disaster." *Community Mental Health Journal* 11 (1975):136-44.
- Parad, H. J., ed. *Crisis Intervention: Selected Readings*. New York: Family Service Association of America, 1965.
- Parad, H. J.; Resnick, H.L.P.; and Parad, L. G. *Emergency and Disaster Management*. Bowie, Md.: Charles Press, 1976.
- Parker, G. "Cyclone Tracy and Darwin Evacuees: On the Restoration of the Species." *British Journal of Psychiatry* 130 (1977):548-55.
- Pearlin, Leonard I., and Schooler, Carmi. "The Structure of Coping." *Journal of Health and Social Behavior* 19 (1978):2-21.
- Penick, Elizabeth C.; Larcen, Stephen W.; and Powell, Barbara J. *Final Report: Lt. Governor's Task Force for Mental Health Delivery Systems in Times of Disaster*. St. Louis, Mo.: St Louis State Hospital, 1974.

- Penick, Elizabeth C.; Powell, B. J.; and Sieck, W. A. "Mental Health Problems and Natural Disaster: Tornado Victims." *Journal of Community Psychology* 4(1976):64-68.
- Perrow, Charles. "A Framework for the Comparative Analysis of Organization." *American Sociological Review* 32 (1967):194-208.
- Perry, Ronald W., and Lindell, M. K. "The Psychological Consequences of Natural Disaster: A Review of Research on American Communities." *Mass Emergencies* 3 (1978):105-15.
- Pines, Ayala, and Maslack, Christina. "Characteristics of staff Burnout in Mental Health Settings." *Hospital and Community Psychiatry* 29(1978):233-37.
- Popović, M., and Petrović, D. "After the Earthquake." *Lancet* 7370 (1964) 1169-71.
- Poulshock, S. Walter, and Cohen, Elias S. "The Elderly in the Aftermath of a Disaster." *The Gerontologist* 15 (1975):357-61.
- Quarantelli, Enrico L. "The Community General Hospital: Its Immediate Problems in Disaster." *American Behavioral Scientist* 13 (1970):380-91.
- \_\_\_\_\_. "Images of Withdrawal Behavior in Disaster: Some Misconceptions." *Social Problems* 8 (1960):68-79.
- Quarantelli, Enrico L., and Dynes, Russell, R. *Images of Disaster Behavior: Myths and Consequences*. Columbus: Ohio State University, Disaster Research Center, preliminary paper no. 5, 1972.
- \_\_\_\_\_. *Operational Problems of Organizations in Disasters*. Emergency Operations Symposium. Santa Monica, Calif.: System Development Corporation, 1967.
- \_\_\_\_\_. "Organizational and Group Behavior in Disasters." *American Behavioral Scientist* 13 (1970):325-46.
- \_\_\_\_\_. "Response to Social Crisis and Disaster." *Annual Review of Sociology* 3(1977):23-49.
- \_\_\_\_\_. "When Disaster Strikes (It isn't much like with you've heard about)." *Psychology Today* 5(1972):66-70.
- Rangell, L. "Discussion on the Buffalo Creek Disaster: The Course of Psychic Trauma." *American Journal of Psychiatry* 133 (1976):313-16.
- Rochlin, Gregory. *Griefs and Discontents: The Faces on Change*. Boston: Little, Brown and Co., 1965.
- Schulberg, Herbert C. "Disaster, Crisis Theory and Intervention Strategies." *Omega* 5 (1974):77-87.
- Selye, Hans. "General Physiology and Pathology of Stress." In *Fifth annual Report on Stress 1955-56*, edited by Hans Selye and G. Heuser. New York: MD Publishers, 1956.
- \_\_\_\_\_. *The Stress of Life*. McGraw-Hill, 1956.
- Shneidman, Edwin. "Deathwork and Stages of Aging." In *Death: Current Perspectives*, edited by Edwin Shneidman. Palo Alto, Calif.:Mayfield, 1976.
- Sneyder, Salomon H., M.D. "The Opiate Receptor and Morphine-Like Peptides in the Brain." *American Journal of Psychiatry* 135(1978):645-52.
- Speck, R. V., and Rueveni, U. "Network Therapy: A Developing Concept." *Family Process* 8 (1969)182-91.
- Sterling, Joyce; Drabek, Thomas; and Key, Williams. "The Long-Term Effects of Disaster on the Health Self-Perceptions of Victims." Paper read at meetings of Americans Sociological Association, Chicago, Ill., 1977.
- Stern, G. M. "Disaster at Buffalo Creek: From Chaos to Responsibility." *American Journal of Psychiatry* 133 (1976):300-301.
- Taylor, James B.; Lucker, Louis A.; and Key, Williams. *Tornado: A Community Response to Disaster*. Seattle: University of Washington Press, 1970.
- Taylor, Verta A. "A Good News About Disaster." *Psychology Today* 11 (1977): 93-94, 124-26.
- Taylor, Verta A. et al. *Delivery of Mental Health Services in Disasters: The Xenia Tornado and*

- Some Implications*. Columbus: Ohio State University, Disaster Research Center, book and monograph series no. 11, 1976.
- Tierney, Kathleen J., and Baisden, Barbara. *Crisis Intervention Programs for Disaster Victims: A Source Books and Manual for Smaller Communities*. U.S. Department of Health, Education, and Welfare publication no. (ADM) 79-675, 1979.
- Tichener, James L., and Kapp, Frederic T. "Family and Character Change at Buffalo Creek." *American Journal of Psychiatry* 133 (1976):295-99.
- Tolsdorf, Christopher C. "Social Networks, Support, and Coping." *Family Process* 15 (1976):407-17.
- Tuckman, Alan J. "Disaster and mental Health Intervention." *Community Mental Health Journal* 9 (1973):151-57.
- Tyhurst, J. S. "Individual Reactions to Community Disaster: The Natural History of Psychiatric Phenomena." *American Journal of Psychiatry* 107 (1951):23-27.
- \_\_\_\_\_. "Psychological and Social Aspects of Civilian disaster." *Canadian Medical Association Journal* 76 (1957a):385-93.
- Wallace, Anthony F. C. "Mazeway Disintegration." *Human Organization* 16 (1957):23-27.
- \_\_\_\_\_. "Tornado in Worcester: An Explanatory Study of Individual and Community Behavior in an Extreme Situation." Washington, D.C.: Committee on Disaster Studies, study no. 3. National Academy of Science, National Research Council publication no. 392, 1956.
- Wenger, Dennis E.; Dykes, James D.; Sphak, Thomas B.; and Neff, Joan L. "It's a Matter of Myths: An Empirical Examination of Individual Insight into Disaster Responses." *Mass Emergencies* 1 (1975):33-46.
- White, Robert W. "Strategies of Adaptation: An Attempt at Sistematic Description." *Coping and Adaptation*, edited by George V. Coehlo; David A. Hamburg; and John E. Adams. New York: Basic Books, 1974.
- Williams, Harry B., and Fritz, Charles. "The Human Being in Disaster: A Research Perspective." *The Annals* 309 (1957):42-51.
- Wilson, Robert N. "Disaster and Mental Health," In *Man and Society in Disaster*, edited by G. W. Baker and D. S. Chapman. New York: Basic Books, 1962.
- Wolf, Harold G., M.D. *Stress and Disease*. Springfield, Ill.: Charles C. Thomas, 1953
- Wolfstein, M. *Disaster: A Psychological Essay*. Glencoe, Ill.: The Free Press, 1957
- Yandon, B., and Chetkow, B. H. "Short-Term Intervention: A Model of Emergency Services for Times of Crisis." *Mental Health Sociology* 3 (1976):33-52.
- Zarle Thomas H.; Hartsough, Don M.; and Ottinger, Donald R. "Tornado Recovery: The Development of a Professional-Paraprofessional Response to a Disaster." *Journal of Community Psichology* 2 (1974):311-20.

---

# Índice

- Adaptación, definiciones, 23, 32, 37  
interrelacionada con el estrés, pérdidas,  
sistemas de apoyo y resolución de  
crisis, 23  
relacionada con el adiestramiento, 62
- Adiestramiento, herramientas de. *Véase*  
*también* Enseñanza, 64-65
- Administrativas, estructuras. *Véase*  
*también* Desastres, planeación de la  
asistencia en, 53-55
- Agotamiento. *Véase* Personal, agotamiento  
del
- Alcohol y fármacos, 69, 75, 99-101
- Ancianos, 9
- Apoyo, 63
- Apoyo, sistemas de  
como afiliación de grupo, 22  
como red social, 22  
relacionados con crisis, pérdidas y  
resolución de crisis, 20-22  
definición, 9, 20-23  
durante a fase dos, 100-103  
durante la fase tres, 109-112  
durante la fase uno, 74-75  
relacionados con desastres, 22, 35-41  
relacionados con el adiestramiento, 62  
tipos, 20-21  
usos, 21-22
- Aprobación  
en la planeación para desastres, 44-47  
para la enseñanza al público, 60-61
- Buffalo Creek, W. Va. 7-8, 29, 33
- Búsqueda activa, 2, 54, 79, 81
- Calamidades. *Véase* Desastres
- California, 7
- Catástrofes. *Véase* Desastres
- Coconut Grove, incendio en, 18, 29
- Colectivo, estrés, 6
- Comunidad, organización de, 2-3, 45-46,  
72
- Comunitarios, organismos. *Véase*  
Humanos, organismos de servicios
- Comunitarios, recursos. *Véase*  
Organizativos, recursos
- Confidencialidad, 56 95
- Consulta  
centrada en el damnificado, 68-69  
función del trabajador de salud mental  
en, 68-69  
propósito, 68-69  
centrada en programas, 69-70  
función del trabajador de salud mental  
en, 69-70  
propósito, 70

Consulta (*Cont.*)

- como herramienta en intervenciones, 65
- durante la fase uno, 86-87, 88
- etapas, 65-66
- obstáculos y conflictos de, 65-66
- problemas de, 69-70

Contabilidad. *Véase* Información, sistemas de

## Crisis

- conducta en desastres y, 35-41
- diferenciación con emergencia, 6, 16
- durante la fase dos, 79-80, 100
- durante la fase tres, 81-82, 105, 107, 110-111
- durante la fase uno, 77, 78, 88, 91
- e intervención psicológica, 91
- interrelacionada con el estrés, sistemas de apoyo y resolución de crisis, 16-17
- intervención en, 54, 71-73, 79, 81, 89-92
- orientación en, 2, 53-55, 63, 71-73
  - durante la fase dos, 97, 102-103
  - durante la fase tres, 82, 107-112
  - durante la fase uno, 78, 85, 89, 92
- periodo decisivo de, 15
- relacionada con el duelo, 16, 17
- relacionada con la instrucción, 62
- teoría de, 17
- y tratamiento, 73-82

Crisis Intervention and Counseling Object.  
*Véase* Section 413

## Cruz Roja

- colaboración con, 73
  - durante la fase dos, 92, 95, 98, 100, 102
  - durante la fase tres, 108, 114
  - durante la fase uno, 84, 87-89
- enseñanza y consulta con, 62, 66, 68-70
- planeación con, 46

Cuantificación de recursos, 47-48

Cuestionario. *Véase* Necesidades, evaluación de

## Damnificados

- consulta centrada en,
  - función del trabajador de salud mental en, 68-69
  - propósito de, 67-78
- definición, 9
- grupos, 88

## Desastres

- advertencias de, 30, 31, 83
- conducta en, condiciones de, 40
  - durante la fase dos, 96-101
  - durante la fase tres, 105-108
  - durante la fase uno, 88, 91-92
- e intervención en crisis, 73-93, 76, 82
- ejemplos, 16, 18-19, 25-26, 29-30, 34, 69, 88, 91-92, 96-101
- instrucción sobre, 62
- interrelacionada con el estrés de las crisis, pérdidas, sistemas de apoyo, y resolución de crisis, 28-29
- modelos, 35-41
- relacionada con las fases cronológicas, 28
- síndrome de desastre, 32
- temas de, 32-33
- damnificados por, definición, 9
  - grupos en riesgo, 9
- definición(es) de, 5-7
  - como factor perturbador, 5
  - diferenciación respecto de emergencias y crisis, 6
  - relacionadas con el estrés individual y colectivo, 5-6
  - relacionadas con la percepción, 6-7
  - relacionadas con las crisis, 5-6
- factores en, 6
- fases de, 7, 9, 28, 31,
  - conducta en desastres y, 31
  - de impacto, 7-8
    - de evaluación, 8
    - de rescate, 8
    - heroica, 7
  - intervención psicológica y, 77-82
    - durante la fase dos, 95-103
    - durante la fase tres, 105-114
    - durante la fase uno, 83-93
- posimpacto, 8
  - de remedio y recuperación, 8
  - de "luna de miel" y desilusión, 8
  - síndrome de desastres, 8
  - de amenaza, 7
  - de advertencia, 7
- preimpacto, 7
- mitos acerca de, 31
- naturales, 35
- planeación para,
  - ejecución, 53-57

- Desastres (*Cont.*)
- planeación para (*Cont.*)
    - estructuras administrativas, 54
    - financiamiento, 53-54
    - modelos de aporte de servicios, 54-55
    - reclutamiento del personal, 54-55
    - responsabilidades y evaluación, 56-57
    - sistemas de información, 55-56
  - función del administrador en, 1-3
  - guía de, 44-53
    - alternativas, 50-51
    - aprobación y apoyo, 44-47
    - diseño del programa de, 51-53
    - evaluación de la necesidad de, 47-49
    - objetivos de la planeación, 48-49
  - síndrome de, 8, 32, 111
  - sistemas contra, 49-50
    - instrucción en, 63
  - tipos de,
    - agudos y crónicos, 6
    - generados por el hombre, 5, 32
    - naturales, 5
  - trabajadores en, 10, 40
  - y enseñanza al público, 59-62
- Diagnóstico. *Véase* Evaluación
- Disaster Assistance and Emergency Mental Health Section del NIMH, 48
- Duelo
  - proceso de, 19
  - relacionado con pérdidas, 19
- Ejecución. *Véase* Desastres, planeación para
- Emergencias, diferenciación respecto de crisis, 6
- Emocionales, reacciones
  - crisis, estrés y, 13, 28
  - fases cronológicas y, 28
  - interpretaciones del desastre y, 30
  - intervención psicológica y, 74-75, 81
    - durante la fase dos, 95-99, 100, 101
    - durante la fase tres, 105, 107-108, 110-111, 112
    - durante la fase uno, 85, 91-92
  - mitos acerca de los desastres y, 31
  - pérdidas y duelo, 12, 28
  - resolución de problemas y, 13, 28
- Emocionales, reacciones (*Cont.*)
  - sistemas de apoyo y, 13, 28
  - tipos, 9, 29, 31-38, 40, 73
- Emocionales, recursos
  - definición, 20
  - tipos, 20
- Emocional, sistemas de apoyo. *Véase* Apoyo, sistemas de,
- Enseñanza
  - adiestramiento del personal, 62-65
    - en el sistema contra desastres, 63
    - herramientas para, 64-65
    - objetivos, 62
    - sobre la conducta en desastres, 62
    - sobre la intervención psicológica, 79-80
    - sobre medidas terapéuticas, 63
    - supervisión, 64
    - y estado de ánimo, 63
  - al público, 3, 59-62
    - aprobación y apoyo, 60-61
    - en desastres, 60-62
    - propósitos, 60
    - uso de los medios de comunicación masivos, 61
- Estresantes, factores, 13, 26-27
- Estrés
  - colectivo, 6
  - conducta en desastres y, 33, 35-41
  - definición, 13-14
  - durante la fase dos, 96-97
  - durante la fase tres, 81-82, 105, 107, 112
  - durante la fase uno, 76, 79, 88, 92-93
  - en damnificados, 9
  - factores en la evaluación de, 6
  - inducido por factores estresantes, 13-14
  - intervención psicológica y, 102
- Evaluación. *Véanse también* Necesidades, evaluación de y Responsabilidad y evaluación
  - de la salud mental, 84-85
  - necesidad de, 2-3
- Familiar, terapia, 63
- Fármacos. *Véase* Alcohol y fármacos
- Federal Coordinating Officer (FCO), 56
- Federal Emergency Management Administration (FEMA), 45, 54, 56
- Financiamiento. *Véase también* Desastres, planeación para, 53-54

- Físicas, reacciones  
 en las definiciones de los desastres, 9  
 intervención psicológica y, 75, 81  
 señaladas en la literatura, 34, 37-38, 40
- Grupo, terapia de, 2, 54, 63
- Hiroshima, 29, 32  
 Hoteles, 105  
 Housing and Urban Development (HUD),  
 98  
 Humanos, organismos de servicios. *Véase  
 también* Organizativos, recursos,  
 46, 48-49  
 consulta con, 69-70  
 Huracanes, 26, 29-31, 35, 84
- Incendios, 8, 18, 29, 32  
 Información, sistemas de. *Véase también*  
 Desastres, planeación para, 55-56  
 durante la fase uno, 84  
 necesidad de, 2-3  
 Inspección. *Véase* Necesidades, evaluación  
 de  
 Intervención. *Véase* Psicológica,  
 intervención  
 Inundaciones  
 advertencias de, 35, 84  
 como factor estresante, 12, 26  
 durante la ventisca en Massachusetts, 62  
 en Buffalo Creek, 29  
 en Johnstown, 30  
 y conducta en desastres, 110
- Johnstown, Pa., 30
- Legitimación. *Véase* Aprobación  
 Lúdica, terapia, 63  
 Luto  
 proceso de, 18-19  
 relacionado con el adiestramiento, 62  
 relacionado con pérdidas, 18-19
- Managua, Nicaragua, 29, 34, 43-44, 48, 55,  
 61, 90, 105  
 Massachusetts, Boston, 86  
 Massachusetts, Project Concern, 62  
 Massachusetts, Revere, Mass., 52  
 Massachusetts, ventisca en, 46, 51, 62,  
 85-87
- Medicamentos, uso de, 103  
 Médicos, recursos, 75  
 Medios de comunicación masiva, uso  
 durante desastres, 61, 114  
 Mentales, enfermos, como grupo de alto  
 riesgo, 9, 34  
 Miami, Fda., 30  
 Michigan, 7  
 Moteles, 69, 105
- National Institutes of Mental Health  
 (NIMH)  
 Disaster Assistance and Emergency  
 Mental Health Section del, 48, 53  
 Managua Project, 29, 34, 44, 48  
 Section 413 (Crisis Intervention and  
 Counseling Project), 53-54, 56
- Necesidades, evaluación de  
 aspectos que deben evaluarse. *Véase  
 también* Desastres, planeación para,  
 48  
 cuantificación de recursos, 47-49  
 durante la fase uno, 84-85  
 métodos de obtención de información,  
 47-48
- Nigeria, 19  
 Niños, 9  
 No profesionales, socorristas, 54-55  
 Nucleares, accidentes o explosiones, 29,  
 33n
- Organizativos, enlaces  
 para la intervención psicológica, 79,  
 85-88, 97-100, 109, 112  
 relacionados con la planeación, 49-50,  
 52-53
- Organizativos, recursos  
 para la intervención psicológica, 79, 98,  
 106, 108-109  
 relacionados con la planeación, 49-50
- Pánico, 31-32  
 Paraprofesionales, voluntarios, 10  
 Pérdidas, 15  
 conducta en desastres y, 18-20, 35-41  
 durante la fase dos, 79, 95-99  
 durante la fase tres, 81, 107, 110-112  
 durante la fase uno, 84, 88  
 relacionadas con el adiestramiento, 62

- Pérdidas (Cont.)**  
 relacionadas con el duelo, luto y  
 lamentación, 20  
 relacionadas con normas sociales, 19  
 tipos, 19
- Personal, adiestramiento del,**  
 objetivos, 62  
 sobre la conducta en desastres, 62  
 sobre los sistemas contra desastres, 63  
 y estado de ánimo, 63  
 y herramientas de adiestramiento, 64-65  
 y supervisión, 64
- Personal, agotamiento del,** 63, 82
- Personal, estado de ánimo del.** *Véanse  
 también* Personal, adiestramiento  
 del. y Enseñanza, 63
- Personal, reclutamiento de.** *Véase también*  
 Desastres, planeación para, 54-55
- Planeación.** *Véase* Desastres, planeación  
 para
- Planeación, alternativas de.** *Véase también*  
 Desastres, planeación para, 43,  
 50-51
- Planeación, comité de,** 46-47
- Planeación, objetivos de.** *Véase también*  
 Desastres, planeación para, 43, 47  
 definición de prioridades, 49-50  
 y evaluación de necesidades, 49
- Presupuestos, elaboración de.** *Véase  
 también* Información, sistema de, 56
- Programas, consulta centrada en**  
 función del trabajador de salud mental  
 en, 69-70  
 propósito, 69-70
- Programas, diseño de.** *Véase también*  
 Desastres, planeación para, 43,  
 51-52
- Project Concern,** 62
- Provisionales, refugios,** 65, 86, 95, 102-103
- Psicológica, intervención**  
 conceptos de, 72-75  
 función de, 72  
 objetivos, 71-75  
 proceso, 73  
 responsabilidad profesional en, 73  
 técnicas en, 72  
 pautas de, 75-77  
 definición de, 75-76  
 factores de riesgo, 75  
 uso de recursos médicos, 75
- Psicológica, intervención (Cont.)**  
 tipos, 77-82  
 de la fase dos, 79, 80  
 condiciones sociales, 95-97  
 conocimientos de salud mental,  
 102-103  
 función de los servicios de salud  
 mental, 97-102  
 de la fase tres, 105-114  
 condiciones sociales, 105-108  
 conocimientos de salud mental,  
 109-112  
 función de los servicios de salud  
 mental, 108-110  
 de la fase uno, 77-79, 83-93  
 características del refugio, 85-88  
 condiciones sociales, 83-85  
 conocimientos de salud mental,  
 91-93  
 función de los servicios de salud  
 mental, 88-90  
 grupos damnificados, 88
- Psicológicas, respuestas.** *Véase también*  
 Emocionales, reacciones, 13
- Público, apoyo del,** 43, 45-47
- Público, enseñanza al,** 3  
 aprobación y apoyo, 60-62  
 en desastres, 60-62  
 propósitos, 60  
 uso de los medios de comunicación  
 masiva, 61
- Puestos, descripción de,** 54-55
- Reclutamiento de personal,** 54-55
- Refugios en zonas de desastre,** 51-52, 65,  
 73, 75, 78-79  
 características, durante la fase dos, 95-97  
 características, durante la fase tres,  
 105-108  
 características, durante la fase uno,  
 85-87
- Registros.** *Véase* Necesidades, evaluación de.
- Resolución de crisis**  
 de los damnificados, 9  
 definiciones de, 23  
 durante la fase dos, 81, 97  
 durante la fase tres, 106, 112  
 durante la fase uno, 75-78  
 interrelacionada con el estrés, pérdidas y  
 sistemas de apoyo, 23

- Resolución de crisis (*Cont.*)  
 recursos, 37, 97  
 respuestas, 24-26  
 relacionada con la instrucción, 62  
 y conducta en desastres, 35-41
- Responsabilidad y evaluación. *Véase también* Desastres, planeación de la asistencia en, 56-57
- Reubicación, 19, 33, 96
- Revere, Mass. 52
- Riesgos. *Véase* Desastres
- Salud mental, administrador de  
 definición, 10  
 necesidad de planeación por, 1-3  
 conocimientos, 2  
 evaluación, 2  
 información, 2  
 plan de acción, 2-3
- Salud mental, conocimientos y habilidades de, 72  
 durante la fase dos, 102  
 durante la fase tres, 110-112  
 durante la fase uno, 91-93
- Salud mental, función de los servicios de, 72  
 durante la fase dos, 97-102  
 durante la fase tres, 108-110  
 durante la fase uno, 88-90
- San Francisco, Cal., 8, 32
- Section 413 (Crisis Intervention and Counseling Project), 53-54, 101
- Segundo desastre, 8, 34, 37
- Servicios, modelo de prestación de. *Véase también* Desastres, planeación para, 55
- Social, desorganización, 8
- Social, sistemas de apoyo. *Véase* Apoyo, sistemas de
- State Coordinating Officer (SCO), 56
- Supervisión, y adiestramiento de personal. *Véase también* Enseñanza, 64
- Teneduría de libros. *Véase* Información, sistema de
- Terapéuticos, conocimientos, adiestramiento en, 63
- Terremotos  
 de Managua, 29, 34, 43-44, 48, 84  
 de San Francisco, 8, 32  
 factores estresantes, 12, 26  
 falta de advertencia antes de, 35, 84, 90
- Three Mile Island, 33n
- Tornados, 26, 67, 84
- Traumas psíquicos, 5
- Triage, 77, 101
- Ventisca, 46, 51, 62, 85-87

