VI. Consecuencias psicológicas

La tragedia de Armero: Abordaje psicoterapéutico de los pacientes terminales

Dra. Isa Fonnegra de Jaramillo*

Después de la tragedia producida por el Volcán del Ruíz, el Hospital "El Guavio" de Bogotá fue cerrado al público, para albergar pacientes con sepsis severas y con gangrena; la institución solicitó ayuda profesional al admitir la impotencia y ansiedad que el personal médico y paramédico experimentaba al enfrentar el manejo de un número considerable de pacientes en duelo. En duelo porque se les había amputado una o varias extremidades; un duelo, porque se habían "perdido" de sus familiares y se encontraban repentinamente en un hospital ajeno, de una ciudad extraña; y en duelo, porque todos tendrían, paulatinamente, que aceptar y elaborar la pérdida de uno, dos, cinco o diez seres queridos muy allegados. Además, el hospital no contaba dentro de su personal con departamento de Psiquiatría o Psicología Clínica.

Estos pacientes llegaron casi todos en estado de shock emocional, esto es, de aturdimiento y confusión. Habían vivido todos una situación masiva muy traumática, ya que fueron arrollados literalmente por un mar de barro y piedras.

* Psicóloga de la Universidad Javeriana. Especializada en la Western Michigan University, Kalamazoo. Docente de varias cátedras. Autora de varios trabajos. Sus principales aportes clínicos los ha realizado como psicoterapeuta de pacientes terminales, disciplina a la que se dedica.

Material y métodos

(...) Vamos a limitarnos a ilustrar la intervención psicoterapéutica con pacientes moribundos.

Para visitarlos y ante la sospecha de gangrena gaseosa, me ofrecieron gorro, bata y polainas estériles, además de tapabocas, los que rechacé, por sentir que impedían el contacto gestural, tan importante para un paciente; además, a mi juicio, y con la intención de acercarme, el tapabocas podría representar simbólicamente rechazo, distancia y temor a ser contaminada.

Cuando ingresé al cuarto, llevaba conmigo un asiento que coloqué al lado de la cama del paciente como un símbolo de asentamiento, de tiempo disponible y que le transmitía un mensaje importante: que yo no tenía afán, que mi papel no era médico, que no venía a examinarlo ni a observarlo físicamente sino a sentarme, a hacerle compañía y a conversar con él.

El primer paciente al cual me referiré era J., joven varón de 28 años, de recia contextura física. Entré en su habitación y luego de presentarme le pregunté si sentía que le podría hacer bien un rato de compañía, que mi intención era oirlo y compartir con él, tanto como me fuera posible, lo que él estaba sintiendo. El aceptó de muy buena gana y comenzó a contarme en forma pormenorizada su "accidente" que aunque inicialmente no revistió gravedad, habría de llevarlo a la muerte. Alternaba sus relatos con frases como "yo tengo mucha fe" y "sé que si pongo bastante de mi parte puedo salir adelante"; le pregunté qué le pasaba desde el punto de vista médico y me respondió con gran claridad y empleando términos técnicos. (Había estudiado 2o. semestre de Biología). La herida muy amplia en el tórax era visible y estaba conectado a muchos tubos y sondas. En las dos primeras sesiones no se mencionó la posibilidad de morir. Hablamos libremente de los dolores tan intensos, de su novia y de su vida en Armero como Inspector de Policía, de lo absurdo de

esta tragedia y de la buena calidad de los médicos y enfermeras que lo trataban. Realizamos una sesión diaria durante 8 días con duración variable entre 15 y 40 minutos, de acuerdo con el dolor y con las dificultades respiratorias que ya al final eran muy agudas. Su empeoramiento era visible día a día y, al mismo tiempo, su relación conmigo se fortalecía. El ya esperaba mi visita diaria, me contaba lo que había pensado y sentido. Con frecuencia, turnaba el recuento real y doloroso del progreso de su enfermedad con ilusiones y fantasías de super-vivencia, con metas trazadas a 2 ó 3 años vista. En todo momento le fueron respetadas sus necesidades de alternar la cruda realidad con la negación de la misma.

Faltando dos días para su muerte, pudo manifestarme que tenía miedo de morir, que debía admitir que "a ratos" pensaba que la fe no lo era todo y que las sondas y aparatos a los cuales estaba conectado no podrían reducir la gangrena que avanzaba en su interior. En esa reunión se mostró descorazonado y triste. Además, un fuerte dolor de garganta le impedía hablar bien y comerse unas mandarinas como lo hacía con mi ayuda a lo largo de las sesiones. Revisamos sus miedos y sus tristezas ante la innegable cercanía de la muerte. Lloró calladamente durante un rato, luego del cual le pregunté si había algo que lo mortificara en particular de la idea de morirse. El respondió que sí, que la sensación de estar perdido, que no supieran más de él, el no haberse podido despedir de su novia hospitalizada en Ibagué, ni de su hermano. (Sus padres y otros hermanos estaban entre los desaparecidos). Le sugerí la posibilidad de despedirse escribiendo unas cartas, que le darían la oportunidad de comunicarse con ellos; aceptó y comenzó a dictarme y yo a escribir textualmente los mensajes conmovedores mientras lloraba, dirigidos a su novia y a su hermano. Tenían el sentido exacto de una despedida, aludían a recuerdos pasados, daban consejos y finalmente, relataba su estado físico y se despedía.

Luego de releerle las cartas, permanecimos largo rato en silencio mientras él lloraba hasta que me despedí dejándolo ya más tranquilo. Al día siguiente estaba muy mal, los dolores eran tremendos, temblaba y ya casi no podía hablar por la fatiga. Le dije que venía a mostrarle cómo habían quedado escritas las cartas, a reasegurarle que me haría cargo de enviarlas y le pregunté si algo más podría hacer por él. "No doctora, ya ha hecho demasiado, me dijo. Me voy tranquilo, sé que es el final y no tengo miedo". No hubo nada más que hacer.

Me despedí y salí a solicitarle al médico tratante que le aplicara si era posible, más medicación para el dolor y algún sedante. Al día siguiente, cuando volvía al hospital, me dijeron que J. había muerto en la madrugada.(...)

Actitudes hacia un paciente moribundo

Una persona moribunda nos despierta una gran cantidad de sentimientos que son difíciles de manejar: ansiedad, angustia, culpa, rabia, malestar, pánico, rechazo, miedo, estupor, asombro; y ¡quién lo creyera! - a nosotros, profesionales de la salud en cualquiera de sus ramas, un paciente moribundo generalmente nos despierta los mismos sentimientos que al común de la gente. No se nos escapa el hecho de que el moribundo es un paciente no-querido, no-buscado y en muchos casos, olvidado, o francamente abandonado por nosotros. El "ya no hay nada que hacer", ilustra su angustiante sensación de desamparo, la confusión y desesperación de sus familiares y la impotencia del médico. Ante estos pacientes nos tornamos lacónicos, poco expresivos, o a veces mostramos sólo una superficial actitud de conmiseración que se manifiesta en una fría sonrisa y una palmadita en el hombro que no pretende decir nada porque... no hay nada que decir. En un hospital, es un paciente cargoso por sus quejas, pesado por las dificultades para ser lidiado, o casi ignorado por el personal médico y de enfermería, si su estado físico no requiere ya mayor atención. No sabemos de qué se le puede hablar a un moribundo y nos inspira terror

que esa persona se dirija a nosotros. Proveemos el mínimo de cuidados, los necesarios físicamente, pero nos aseguramos de que "no vaya a comenzar a preguntar cosas" o a "contarnos sus tristezas", estando en su contacto el tiempo más breve posible.

(...) El silencio, las evasivas, la pobreza en el contacto y el deterioro de la comunicación que es directamente proporcional a la gravedad del paciente, no hacen más que rodearlo con un muro de incomprensión, aislamiento, desesperanza y soledad.

(...) el paciente moribundo, (...) no tiene que hacer una separación, no tiene que desatar un vínculo, no tiene que retirar la carga afectiva de una relación sino de todos los seres queridos, desligar todos sus vínculos y todas sus relaciones.

Esto presupone un intenso y doloroso trabajo psicológico que va desde el momento en que el paciente conoce el diagnóstico hasta que puede, finalmente, aceptar la realidad inminente de su muerte, resolver sus ansiedades y afrontar el hecho con apacible tristeza, en el mejor de los casos.

Si a esta carga tan pesada que sobreviene al enfermo terminal, le añadimos la incomprensión del personal cercano, el laconismo del médico, las evasivas y el bien intencionado "engaño" por parte de los familiares, entonces podremos comprender su desesperanza y su urgente necesidad de apoyo, de sintonía afectiva y de una relación que sí resista toda la angustia, la desesperación o la inmensa tristeza que él necesita compartir, relación ésta que debe ser capaz de recibir, comprender, analizar y devolver resueltos sus miedos y sus ansiedades de muerte; apta finalmente para ayudarle a solucionar sus problemas pendientes y a concluir lo que dejaría angustiosamente inconcluso.

Es exactamente esa la relación terapéutica que un psicólogo u otros profesionales del área de la salud debidamente fortalecidos para trabajar con

crisis y duelos pueden ofrecer a un enfermo terminal, bien sea en su casa, o en el hospital donde esté recluído.

(...) En la mayoría de los casos la realidad triste se impone, y poco a poco se movilizan defensas menos masivas. Aparece la rabia expresada hacia los demás: el paciente se muestra agresivo e irritable, etapa de difícil manejo para los familiares. Esta rabia va dando paso a la depresión, a la tristeza, a la necesidad dolorosa de resolver asuntos, de organizar lo pendiente, para llegar, finalmente, a un estado de pacífica y total aceptación de la muerte cercana. La persona se va alejando gradualmente de todo lo que le rodea. Este tiempo vuelve a ser muy duro para los allegados pero es el "apacible final" de una lucha del paciente al que se llega siempre y cuando haya podido contar con el ambiente que le facilite la separación, no "amarrándolo" más a la vida.(...)

La psicología del desastre

A continuación, haremos una revisión de la reacción humana ante el desastre, con el fin de poder comprender mejor el trabajo directo con los pacientes moribundos provenientes de Armero, expuesto en la primera parte de este análisis:

Reacción ante el desastre natural

La literatura disponible referente a la reacción ante el desastre por causas naturales, no es muy abundante. Sin embargo, nos permite adentrarnos un poco más en la realidad psíquica de estas personas al recordar con Beverly Rapahel que "los desastres no se olvidan, permanecen en la mente de aquellos involucrados por mucho tiempo; se convierten en permanentes puntos de referencia para organizar otras experiencias. Las respuestas al desastre son muy intensas, entre otras cosas porque hay fuerzas naturales poderosas e incontrolables de por medio, y porque el desastre trae muerte y pérdidas que pueden

ser humanas pero también de los hogares, de las posesiones más valoradas, de la comunidad y de la seguridad con que uno se desenvuelve habitualmente en el medio que le rodea".

Es posible describir la secuencia que con cierto márgen de flexibilidad se sigue ante los desastres naturales:

a. Fase de aviso: Durante la cual puede haber algún conocimiento sobre la posibilidad del desastre. Generalmente, las alarmas provenientes de la comunidad son ignoradas porque persiste el sentimiento de la propia invulnerabilidad.

b. Fase de amenaza: Que se produce cuando es obvio que el desastre va a ocurrir. En estos momentos, la mayoría de las personas abandonan la negación y actúan buscando su protección.

c. Impacto, cuando ocurre el desastre: El individuo y el grupo sienten temor intenso, ansiedad, pánico y confusión. En algunos casos se presenta el "síndrome de desastre" en el cual el individuo está en estado de shock emocional, paralizado, o camina automáticamente en estado de aturdimiento, sin responder a estímulos. La "culpa de muerte" (...) se aplica a los casos en que las personas se sienten muy culpables por sobrevivir, por ejemplo, a los hijos o a los padres. Siente que le dió egoístamente prioridad a su vida sobre la de sus seres queridos y experimenta una culpa muy intensa que puede llevar a la persona a no desear ayudarse más en ningún sentido.

d. Luego del impacto viene la fase de inventario o evaluación de lo que ha occurido: Las víctimas comienzan a reconocer las pérdidas; la ansiedad de separación inunda a la persona y puede acentuarse si, debido a heridas, no puede desplazarse para buscar a su gente.

e. Fase de rescate: Que se une a la evaluación. En ésta, convergen los sistemas de

asistencia; en sociedades avanzadas la ayuda que se moviliza puede ser de tal magnitud, que temporalmente reduce a las víctimas a una total pasividad. En medios con condiciones de desarrollo inferiores, las mismas víctimas deben sobreponerse a luchar por rescatar a los demás, llegando en ocasiones a metas sobrehumanas y a esfuerzos gigantescos; despúes, se observa un individuo exhausto pero que no logra decrecer su necesidad de actuar. Líderes naturales emergen en esta fase y se conforman generosos grupos espontáneos de ayuda y rescate.

f. Fase de recuperación: Es una fase prolongada en que el individuo trata de reconstruir su ambiente físico, al menos en lo habitacional y gradualmente establece los procesos sociales que existían previos al desastre. Es este período en el cual la pena, la aflicción y el duelo por las pérdidas son más patentes e intensas y comienzan a sentirse los efectos de la deprivación.(...)

Aspectos de salud mental

Raquel E. Cohen, M.D., MPH*

En general muy pocos psiquiatras participan en la primera etapa de emergencia a raíz de desastres naturales. La razón que se da es que los problemas psicológicos son de segunda prioridad, ya que lo más importante es la salud física, el albergue y la comida. Aunque no se disputa que los últimos son de importancia primaria, el hecho de que la salud mental sufre un impacto de larga duración, indica que cuanto más rápido enfrentemos el trauma psicológico, mayor posibilidad habrá de prevenir la patología que puede ser su consecuencia.

Estudios recientes muestran la necesidad de participar desde el comienzo con los equipos socorristas en la operación de emergencia, a fin de documentar las primeras señales psicológicas de trauma. Esta oportunidad se me presentó en Armero, donde llegue a las dos semanas de ocurrido el desastre.

Actividades colaborativas con los profesionales de salud

Las actividades iniciales fueron planificadas con el objeto de asesorar a los profesionales en salud. Estos profesionales trabajaban en los hospitales y en los centros de salud del perímetro geográfico alrededor de Armero.

* Profesora, Facultad de Medicina de la Universidad de Miami, Florida, EUA

La avalancha no sólo había devastado a familias e individuos sino también había golpeado al sistema de salud con la destrucción de los dos hospitales y su equipo médico, lo cual redujo el número de profesionales disponibles para ayudar en el rescate.

Propusimos que, aunque partíamos de diferentes áreas profesionales (medicina somática y medicina psicológica), era posible integrar nuestros esfuerzos, unir nuestros objetivos y técnicas, y colaborar usando el mismo foco de intervención: la víctima. Con ese enfoque común, se podría ayudar a la víctima a recuperar sus destrezas y habilidades sociales y a reconstruir sus vidas. A la vez el psiquiatra brindaría la ayuda psicológica a los profesionales de salud que les permitiera continuar en su tarea diaria. Ellos también necesitaban apoyo, ya que muchos habían sufrido pérdidas importantes. Abordé el problema aplicando conocimientos acerca de trauma psíquico, reacciones de stress, duelo, adaptación y resignación, para interpretar la conducta en paradójica de la víctima en las etapas del proceso de recuperación.

Tipos de consulta usado en Armero—Consultoría de caso centrado en una víctima

La consultora tenía la responsabilidad de asesorar al profesional que estaba preocupado por un caso específico y no sabía si las reacciones de su paciente eran apropiadas o patológicas. Esta categoría de pacientes incluyó a numerosas víctimas que presentaban alucinaciones visuales; creían ver deambulando por el cuarto del hospital a parientes que habían perdido la noche de la tragedia. Al indagar en los factores que se asocian con patologías de la percepción fue evidente que estas "visiones" no eran parte de una patología del sistema cognoscitivo, sino que pertenecían más bien al proceso de duelo que se observa en desastres de esta categoría.

Otro tipo de consultoría enfocada en la víctima se refería a los problemas que surgían en los profesionales ante la conducta de los pacientes

hospitalizados por traumatismo o amputaciones. Esto ocurrió cuando empezó a estabilizarse el curso hospitalario de los heridos y operados, y surgió la necesidad vital de orientar al paciente en su nueva realidad. Necesitaban información clara y realista, presentada en pequeñas dosis, acerca de su situación individual y lo que tendrían que confrontar en su nueva realidad. Se aconsejó que un profesional--generalmente, una enfermera--informara a las víctimas acerca de sus circunstancias y de los pasos que tendrían que tomar para solucionar las situaciones que se presentaran, especialmente las afectivas. Las reacciones afectivas eran apropiadas como manifestaciones postraumáticas pero, socialmente, era difícil de entenderlas y aceptarlas. La víctima, que para recuperarse necesita estímulos sociales continuos de su medio ambiente, se aislaba por sus arranques emocionales, pérdida de control y comportamiento complejo. Este comportamiento surtía el efecto de apartarlos de los estímulos sociales necesarios, a menos que los profesionales reconocieran y aceptaran que éstas eran expresiones de reacciones de traumatismo psíquico y de intenso duelo.

Muchas de estas manifestaciones eran, asimismo, expresiones de la desorganización psíquica producida por la falta de estímulos familiares. Esta situación desencadena a su vez reacciones que el individuo desconoce, asustándolo, lo cual añade otro nivel de ansiedad. Como consecuencia, se producen la falta de energía, motivación, e interés en actividades sociales y los signos físicos o psicológicos de reacción traumática.

El personal hospitalario generalmente espera que tan pronto se cicatricen las heridas, aparecerán la energía y el interés social. La continua apatía después de que se curen las heridas puede indicar la primera fase de duelo. Se notó también que este bajo nivel de energía estaba acompañado de reacciones alteradas en los sistemas sensoriales (vista, oído). Las víctimas decían que tenían una percepción difusa de la realidad, veían cosas, o creían oir voces como,

por ejemplo, las de ángeles volando. Tenían necesidad de mantener a las personas alejadas y de no tener que interactuar afectivamente; querían que los dejaran solos y poder recordar los eventos del desastre.

Los profesionales pedían consejos sobre cómo entender y reaccionar ante estas manifestaciones. Se les aconsejó que siguieran con su cálida manera de comportarse pero que tuvieran presente la necesidad de mantener la distancia afectiva apropiada para cada víctima. También era importante que se dieran cuenta de su propia irritabilidad e impaciencia; cuando notaran sus reacciones de agresión y de rechazo a las víctimas, saber que éstas eran reacciones naturales de los profesionales que trabajan en desastres.

También fue importante ayudarlos a notar que ocurre el contagio cuando se está tratando de ayudar a cientos de víctimas. La calidad de dolor originado por una catástrofe, produce en todos emociones desagradables, incluyendo un sentido de culpa por haberse salvado y quizás no haber perdido tanto como las otras víctimas.

Otro tema que surgió en las consultas fue el de cómo comunicar a las víctimas el hecho de que había muerto un ser querido. Los profesionales no sabían cómo, cuándo y con cuánto detalle contar lo ocurrido. Temían que el paciente no podría soportar la noticia y se empeoraría físicamente o se "volvería loco".

Se aconsejó a las enfermeras que primero evaluaran la situación fisiológica, después la de la cirugía o cicatrización de heridas, el nivel de funcionamiento psíquico, y el apoyo familiar y social. Después de tomar en cuenta todas estas variables, debían escoger el momento adecuado para dar la noticia y quedarse con el individuo para ayudarlos a procesar el dolor. Las enfermeras notaron que las víctimas presentaban varias clases de reacciones: negación de los cambios ocurridos por amputaciones o desfiguración de parte del cuerpo;

obsesión por encontrar a sus parientes; apatía y falta de interés cuando se les daba la noticia; ansiedad por saber cuán dependientes iban a quedar en manos de otros cuando se daban cuenta que no podían caminar ni incluso ir al baño por cuenta propia.

La pregunta problemática para la consultora fue si se debía esperar algunos días, dando apoyo a la defensa psicológica de negación, para no empezar el proceso de duelo y darle más tiempo a la cicatrización de heridas o, por el contrario, empezar con el doloroso proceso emocional de confrontar las terribles pérdidas y los problemas realistas de tener que enfrentar una realidad no deseada.

Teóricamente, el paciente debiera empezar y continuar con el trabajo de duelo sin demora para desligar los lazos emocionales de lo perdido y tener energías libres para empezar nuevas relaciones. Esto es necesario para una adaptación saludable y un reajuste competente. El determinar el momento óptimo para esta labor psicológica fue muy difícil ya que el trauma que afectó a las víctimas abarcó tantas áreas físicas y psíquicas que se contaba con muy poca experiencia documentada que nos pudiera servir de base y guía.

En el proceso de duelo, hay que pasar por la etapa de culpabilidad en que uno recuerda incidentes en el que no se portó noblemente. Este proceso se presentó contínuamente en las víctimas, y los profesionales solicitaron ayuda para manejarlo. Muchas víctimas tenían recuerdos durante el día o pesadillas de noche, en que vislumbraban individuos que se hundían en el barro y levantaban las manos para ser salvados. Los sobrevivientes, que también estaban en peligro de hundirse, no extendían la mano para ayudar, por miedo de morirse. Fueron repetidas las memorias de oportunidades de haber podido hacer un esfuerzo de auxilio, y no haberlo hecho. El sentido de culpa era intenso, ahora que estaban a salvo en los albergues u hospitales. El guiar a los profesionales en ayudar a los sobrevivientes con estas reacciones humanas y poner en su perspectiva la

situación de la noche del desastre, ayudó a procesar las emociones de las víctimas obsesionadas con el continuo recordar de estas pesadillas.

Manifestaciones de las víctimas dos semanas después del desastre

La consultora tuvo la oportunidad de ver una gran cantidad de pacientes en los hospitales que recibieron a las víctimas. Allí pudo observar, entrevistar, y participar en muchas experiencias clínicas. Las siguientes descripciones ilustran ejemplos de reacciones iniciales de las víctimas en sus procesos de crisis.

La mayoría de los pacientes presentaban signos biológicos como, por ejemplo, pupilas grandes con mirada fija (asociado a cambios de reacciones del sistema autonómico). Manifestaban diferentes niveles de oscilación afectiva con síntomas de ansiedad -- cuando, durante el primer mes, se escuchaban rumores de otra avalancha inminente, por ejemplo, tanto las víctimas como el personal médico padecieron de disturbios de sueño. Muchos de los individuos expresaban la necesidad de estar constantemente activos, mostrando mucha dificultad en relajarse. Este empuje hacia la acción estaba asociado con la dificultad en tomar decisiones propias, la falta de interés y energía para relacionarse socialmente, acompañado por la ausencia del placer o goce que antes eran parte de su mundo familiar.

La interrogante que se planteaban los profesionales y socorristas era si estas manifestaciones eran consecuencia física del trauma cerebral sufrido durante el desastre o eran los antecedentes de un síndrome de depresión o ansiedad. ¿Por qué eran importantes estas preguntas? Porque las intervenciones preventivas emplean diferentes métodos terapéuticos, según la etiología del problema.

Otra área preventiva de gran importancia en el ambiente del hospital durante el período agudo después del trauma fue el cambio de personal debido a

la rotación y cambio de horarios. Con cada rotación cambiaban los individuos que atendían a víctima. Las relaciones humanas se fragmentaban, eran superficiales y compartían poca información del mundo exterior. El grupo médico desconocía el punto de referencia de la víctima, así que no lograban orientarlo y darle sentido al nuevo mundo al que debía empezar a adaptarse.

El grupo de víctimas que se estudió en los centros de refugio también mostró una incapacidad de estar tranquilos, se movían de una silla a otra, seguían hablando de estar confundidos y desorientados, no podían concentrarse, y tenían pocas energías para ayudar en el trabajo que se les asignaba en el centro. Se les hacía difícil darle significado psicológico a este mundo transitorio y no querían invertir energías afectivas en crear nuevas relaciones humanas.

Las víctimas refugiadas en los albergues mostraban más claramente los síntomas de duelo, angustia y preocupación que los hospitalizados. Hablaban continuamente de varios aspectos de la avalancha, memorias de su vida perdida y anécdotas de episodios trágicos en que no pudieron salvar a una víctima. Se mostraban impacientes e irritables en sus reacciones ante otros individuos. Estaban preocupados por sus reacciones impulsivas en que no se reconocían a sí mismos y se culpaban de la poca tolerancia que tenían. Estas reacciones paradójicas durante el proceso de adaptación, suelen enajenar a los socorristas, ya que ellos también están cansados de soportar el negativismo, la agresión y la desconfianza.

Procesos aplazados de duelo—ausencia del cuerpo difunto

El proceso inicial de duelo por parte de las víctimas y los parientes de los desaparecidos a raíz de la avalancha fue impedido ya que no se sabía si la ausencia del individuo se debía a que estaba muerto o a que estaba en uno de los albergues u hospitales en

alguna región del país a la que fueron llevados por los helicópteros. Esta situación reforzó la reacción psicológica de evadir el profundo dolor de la pérdida. Como componente de estos procesos, la negación es una de las defensas principales para no aceptar la posibilidad de que un ser querido puede ser uno de los miles de cadáveres sepultados en el lodo de Armero. Esta actitud fue reforzada por las noticias dramáticas de la televisión y la prensa, que celebraban cada vez que había un reencuentro de familiares esparcidos por el rescate. Muchos de los individuos en "espera" se encontraban tensos, con expresiones serias y musculatura facial que expresaban su dolor. Manifestaban estados afectivos bruscos, sin poder abandonar las ideas obsesivas de encontrar a sus parientes, siguiendo cualquier rumor o pista y no aceptando la más mínima posibilidad de considerar la muerte como explicación de la ausencia del ser querido.

Se notó el uso de pensamiento mágico, primitivo y desilusionado y las racionalizaciones y la fantasía. Sin embargo, trataban de seguir su rutina diaria como si no estuvieran de duelo, pero se notaba una variedad de expresiones desplazadas de emociones reprimidas. Estas se manifestaban en el aumento de la verbalización, acompañado de actividad frenética en que trataban de cumplir con muchas obligaciones y negar que tuvieran problemas de sueño o apetito.

Estos problemas se notaron, asimismo, en los profesionales de los equipos de emergencia que también habían perdido pacientes, empleo y hogares. Dos grandes hospitales regionales fueron destruidos, muriendo en ellos muchos médicos, personal paramédico y pacientes.

Los profesionales tuvieron que enfrentar una enorme labor médica de emergencia, al mismo tiempo que los líderes tenían que levantar el ánimo y espíritu de sus equipos. Para poder hacerlo, ellos también tuvieron que postergar toda expresión de dolor psicológico. Dos semanas después del desastre, se estaban dando cuenta de que tenían dificultades en

sus interacciones sociales: alteración en la calidad de las relaciones humanas con sus amigos y dificultades con los pacientes, las víctimas y las figuras de autoridad. Confesaron sentirse cada vez más irritados; algunos contaron que se sentían avergonzados de no querer escuchar más los dolorosos recuerdos de tantas víctimas. Se protegían evitando hablar con o ver a sus pacientes. Trataban de procesar y controlar estas tendencias, pues no las consideraban profesionales, y se daban cuenta de que sus esfuerzos por compartimentar sus emociones no tenían éxito y a veces perdían el control. Esta clase de problemas profesionales fue uno de los enfoques continuos de las actividades de consultoría.