

**Salud mental para
víctimas de desastres
Manual para trabajadores**



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

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

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

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

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05
Santafé de Bogotá



Salud mental para víctimas de desastres

Manual para trabajadores

RAQUEL E. COHEN, MD, MPH

Profesora Titular
Departamento de Psiquiatría
de la Escuela de Medicina
Universidad de Miami, Florida

Traducción realizada por la
Organización Panamericana de la Salud

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



**Organización
Panamericana de la Salud**



Editorial El Manual Moderno
México, D.F. - ~~Santafé~~ Bogotá

Salud mental para víctimas de desastres

Manual para trabajadores

D.R. Copyright 1999, por la.

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

525 Twenty-third Street, N.W.

Washington, D.C. 20037 - E.U.A.

ISBN 92-75-32273-2 (Organización Panamericana de la Salud)

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

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

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

En coedición con.

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,

Av. Sonora núm. 206,

Col. Hipódromo,

Deleg. Cuauhtémoc,

06100 México, D.F.

ISBN 968-426-837-8 (Editorial El Manual Moderno) *

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

Impreso en México en los talleres de

Programas Educativos, S.A. de C.V.,

Calz. Chabacano núm. 65, Local A,

Col. Asturias,

06850 México, D.F.

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

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



Organización Panamericana de la Salud



Manual Moderno®

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

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

*Ellen Goodman
The Boston Globe, 1998*

Prefacio

Es un privilegio escribir el presente prefacio a **Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores**. Este manual y guía para capacitación, no obstante su presentación elemental y su finalidad práctica, representa un compendio notable de los conocimientos más avanzados en la materia.

Si bien es difícil predecir el momento en que sucederá cada evento, los desastres, naturales o de origen humano, son sucesos trágicos pero predecibles, en nuestro planeta. En todas partes se informa habitualmente de huracanes, terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, explosiones y otras catástrofes de esta índole. El costo de los desastres lo pagan por igual las víctimas que viven la experiencia de manera directa y los demás miembros de nuestra sociedad.

El reconocimiento incipiente de las repercusiones psicosociales y psicofisiológicas a corto y largo plazo que tienen los desastres es una aportación sutil a nuestra comprensión de la adaptación y enfermedad en los seres humanos. La oportunidad de ayudar a los damnificados mediante la intervención inmediata y eficaz, puede desempeñar una función crucial en la prevención de muchas de las secuelas adversas a corto y a más largo plazo que hemos aprendido a reconocer.

Después de los desastres graves, las personas ansiosas por ayudar suelen sentir una satisfacción que puede considerarse apropiada y eficaz. Sin embargo, el flujo de voluntarios no capacitados y desorganizados puede agravar el problema. Los profesionales de la salud mental que están formados para diagnosticar y tratar los trastornos psicológicos usuales en las personas son valiosos. Sin embargo, si no están capacitados en los aspectos de salud mental pública para situaciones de desastre o si están mal coordinados, contribuyen poco a la prevención o el tratamiento necesarios de las enfermedades.

La Dra. Raquel Cohen, autora del presente manual y guía de capacitación, se cuenta entre las autoridades mundiales reconocidas en el ámbito de las consecuencias psicológicas y sociales de los desastres y los métodos de intervención rápida y eficaz. Su contribución a la literatura acerca de las repercusiones psicológicas y sociales de los desastres, no tiene paralelo. Sus experiencias excepcionales, que abarcan desde la ayuda a damnificados hasta la orientación a grupos integrados por líderes de los gobiernos, han sido la génesis de un modelo de intervención para atender las consecuencias de los desastres en las poblaciones afectadas. A mi juicio, es invaluable la comprensión que demuestra la Dra. Cohen acerca de la acción recíproca entre la psicología y la vulnerabilidad somática de los individuos y los sistemas sociales.

Espero que esta obra reciba la atención amplia que merece y que la capacitación en las intervenciones de salud mental para situaciones de crisis se convierta en un curso obligatorio, en particular, para los trabajadores de salud mental y, desde luego, para los proveedores de atención de la salud en general.

CARL EISDORFER, PHD, MD
Profesor y Presidente
Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina de la Universidad de Miami
Miami, Florida

Contenido

Prefacio	VII
Objetivos	XI
Introducción	XIII
Capítulo 1. Resumen histórico y papel de la salud mental	1
Resumen histórico en Estados Unidos ...	2
Conceptuación del papel de la salud mental: función del consejero de salud mental como participante en la etapa posterior a los desastres	3
Aspectos socioculturales	8
Capítulo 2. Contenido básico de salud mental	13
Reacciones ante factores estresantes/estrés	14
Enfrentamiento y adaptación	15
Pérdida y duelo	19
Sistemas de apoyo social	21
Respuesta ante la crisis y resolución de la misma	22
Sistema biopsicosociocultural	27

Capítulo 3. Etapas del desarrollo de la conducta del damnificado	29
Etapas del desarrollo de las reacciones ante los desastres.	30
Capítulo 4. Programas de intervención para damnificados	39
Establecimiento de un programa de intervención para damnificados.	40
Consulta y educación.	41
Intervención y orientación en crisis para damnificados	48
Capítulo 5. Poblaciones con necesidades especiales	59
Niños.	60
Ancianos.	66
Personas con enfermedades mentales.	68
Personas con infección por VIH/SIDA	69
Individuos con problemas de abuso de sustancias	71
Trabajadores de socorro	72

Cada capítulo comprende los objetivos didácticos, la información acerca del contenido y la bibliografía recomendada. En la **Guía para instructores** se describe el material didáctico al que pueden recurrir los instructores, a fin de capacitar a los trabajadores que intervendrán después del desastre, este segundo volumen el cual acompaña al presente manual y contiene situaciones de la vida real, como: videos recomendados, ejercicios para el trabajo en grupo y páginas para retroproyector o que pueden transformarse en diapositivas o copias.

Introducción

Los desastres, ya sean causados por el hombre o naturales, son eventos al azar que crean una devastación incontrolable. Los desastres naturales como terremotos, huracanes, tornados, inundaciones o erupciones volcánicas, destruyen vidas, hogares y comunidades. Durante siglos, la primera respuesta ante los desastres ha sido ayudar a los damnificados a recuperar sus necesidades básicas, es decir, abrigo, vivienda, alimentos y agua, mientras reorganizan lo que quedó de sus vidas. En los últimos 20 años, la realización, comprensión y reconocimiento constantes del costo emocional de los desastres han provocado una respuesta a las necesidades de salud mental de los damnificados. Al considerar las consecuencias emocionales y psicológicas de los desastres, los trabajadores de la salud mental han elaborado métodos y procedimientos para atender a los damnificados y para que los trabajadores que prestan ayuda en urgencias, reconozcan los signos del trauma y coadyuven en la recuperación de las repercusiones de la catástrofe.

Pese a que cada desastre tiene características únicas, la respuesta universal del ser humano a las pérdidas y los cambios catastróficos permite aplicar la información y capacitación a escala mundial. En consecuencia, este manual se ha redactado con la finalidad de que los trabajadores

presten servicios a los damnificados en diferentes regiones del mundo, teniendo en cuenta las diferencias en cultura, idioma, tradición, religión, así como los sistemas públicos y privados que influyen en la respuesta organizada.

El contenido de este manual es el resultado de 20 años de experiencia de campo de muchos grupos de trabajadores que ayudan a los damnificados en Estados Unidos y los países latinoamericanos. La información se ha integrado mediante la fusión e identificación de los campos temáticos clave que se utilizan en los programas de socorro, incluida la Cruz Roja. Es la suma de investigaciones, observaciones y ayuda *in situ* después de las catástrofes en muchas partes del mundo. Si bien el lugar de publicación de la bibliografía es Estados Unidos, el trabajador puede obtener bibliografía mundial acerca del tema por medio de la Organización Mundial de la Salud.

El manual está estructurado como un compendio básico de los conocimientos actuales, que se complementará con el volumen **Guía para instructores** en paralelo con los capítulos del **Manual para trabajadores**. La **Guía para instructores** estará a disposición de los instructores encargados de adiestrar a los equipos de socorro. El instructor que capacite de manera eficaz a los trabajadores podrá preparar material didáctico adicional y, agregar ejercicios, viñetas y guiones para la escenificación de roles e informes de experiencias personales y de su región en situaciones de desastre.

Temas clave de la atención de la salud mental para damnificados

Los objetivos de la ayuda a los damnificados son:

- aumentar la comprensión del estrés para mitigar su efecto;
- reducir al mínimo las repercusiones del trauma mejorando las estrategias de adaptación;
- establecer y mejorar la comunicación y la habilidad para resolver problemas para obtener tipos concretos de ayuda;
- restablecer la adaptación y el funcionamiento social en el marco de los sistemas de socorro rápidamente cambiantes;
- apoyar las relaciones con otros damnificados y miembros del personal de los organismos que proporcionan atención sanitaria, refugio y asistencia económica;
- trabajar con los organismos de la comunidad para facilitar la vinculación de los recursos de la comunidad con las necesidades de los damnificados;
- continuar promoviendo la resolución de la crisis y la adaptación a los cambios en la comunidad en la etapa posterior al desastre, para que los damnificados puedan seguir respondiendo de manera normal a los cambios anormales en sus vidas; y
- estimular la resolución de la crisis y la adaptación a los cambios en la comunidad en la etapa posterior al desastre, para seguir respondiendo normalmente a un evento traumático anormal.

■ LOS DAMNIFICADOS

El término **damnificado** en esta guía se refiere a las personas y familias afectadas por un desastre y sus consecuencias. Las víctimas de los desastres han experimentado un evento inesperado y estresante que ha deteriorado su capacidad de adaptación. Los damnificados son de todas las edades, clases socioeconómicas y grupos raciales o étnicos, ya que las catástrofes afectan en forma indiscriminada a la población de la zona que sufre el impacto.

Aunque los damnificados pueden presentar síntomas de estrés físico o psicológico, no los consideramos trastornos mentales, sino indicios de que las personas están tratando de hacer frente a exigencias inusitadas. Algunas víctimas sufren más que otras, esto depende de varios factores relacionados como las enfermedades crónicas o las pérdidas recientes.

Pueden ser en particular susceptibles a las reacciones físicas y psicológicas producidas por un desastre, aquellos quienes:

- son vulnerables como resultado de vivencias traumáticas previas;
- están en riesgo a causa de mala salud o enfermedades crónicas recientes;
- experimentan estrés intenso y pérdidas graves como consecuencia del desastre;
- carecen de habilidades para resolver la crisis, y
- no tienen apoyo social y psicológico.

Los ancianos son un grupo que puede tener dificultades particulares para enfrentar un desastre y sus consecuencias. Es frecuente encontrar damnificados mayores que viven solos y aislados de sus sistemas de apoyo. Por tanto, suelen tener miedo de pedir ayuda. Los problemas típicos en este grupo después del desastre son los sentimientos depresivos, una sensación de desesperación y una falta de interés por rehacer sus vidas.

Los niños son otro grupo con necesidades especiales en riesgo, ya que por lo general no tienen la capacidad para comprender y racionalizar lo que ha sucedido. Por consiguiente, pueden presentar problemas emocionales o de conducta en el hogar o la escuela como reacciones normales a la situación anormal; entre otros, fobias, trastornos del sueño, pérdida de interés en la escuela y conducta difícil.

Las personas que tienen antecedentes de enfermedades mentales también pueden necesitar atención especial. El estrés que acompaña a una situación de desastre, a menudo causa en esta población problemas de adaptación que son resultado del estrés más intenso o de las dificultades adicionales para obtener los medicamentos habituales.

Las personas que estaban pasando por alguna crisis en su vida en el momento del desastre también merecen ayuda especial. Este grupo abarca aquellas personas que en el pasado reciente se hayan divorciado o enviudado y las que se hayan sometido a cirugía mayor. Estos damnificados pueden ser en particular vulnerables al estrés generado por un desastre natural y perder ciertas habilidades para resolver las crisis.

■ ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO

El objetivo de la capacitación en atención de la salud mental para víctimas de desastres es proporcionar a los consejeros de diferentes disciplinas (enfermería, trabajo social, paraprofesionales) la información que precisan para resolver los problemas a los que se enfrentarán. Puesto que la atención de la salud mental en situaciones de desastre trata problemas en el marco amplio del desarrollo social, económico y de las comunidades, se precisa la orientación de muchas disciplinas: demografía de la comunidad, sistemas sociales, ciencias de la conducta, políticas y gestiones gubernamentales en situaciones de desastre, medicina y psicología clínica. Cada una de estas disciplinas ha confeccionado métodos especializados para los programas de intervención en etapas posteriores a los desastres.

Si bien las metodologías para la atención a los damnificados pueden aplicarse a diferentes regiones de un país, los procedimientos y enfoques de los problemas variarán en función de las diferencias culturales, sociales y económicas, así como de las realidades políticas. Se prevé que el contenido de este Manual se adapte y se estructure para diferentes regiones del mundo, de modo que dé cabida a la realidad de las poblaciones que se atiendan.

■ ORGANIZACIÓN DEL MANUAL

El Manual se divide en cinco capítulos. Cada uno consta de conocimientos fundamentales que aumentan progresivamente la capacidad del trabajador de la salud para participar en la urgencia y en el programa de asistencia después del desastre, al unísono con los demás organismos gubernamentales. El trabajador que utilice el Manual podrá elegir el número y combinación de los capítulos que desee leer de acuerdo con la labor que se le encomiende, la que a su vez se definirá conforme a sus tareas.

Cada capítulo incluye las partes que se mencionan a continuación:

- 1. Objetivos didácticos:** Se describen los conocimientos, la habilidad y la actitud en que se instruirá al trabajador.
- 2. Contenido:** En cada capítulo se ha incorporado el material que servirá de apoyo a las guías para ayudar a los damnificados. La intención fue dar al trabajador suficiente material para que seleccionara lo necesario para adaptar sus conocimientos previos a las exigencias de las tareas posteriores al desastre.
- 3. Bibliografía:** Los artículos que se han seleccionado aumentarán los conocimientos del trabajador, pero no representan la bibliografía completa acerca de los temas tratados. Puede satisfacerse cualquier interés especial por un tema determinado, mediante una búsqueda por computadora.

Resumen histórico y papel de la salud mental

CAPÍTULO 1

RESUMEN DEL CAPÍTULO

- Descripción:** Introducción a la aplicación del contenido para la participación en los programas de salud mental posteriores al desastre.
- Finalidad:** Poner la función de la salud mental en un contexto multidisciplinario después del desastre.
Presentar guías socioculturales para comprender las reacciones posteriores al desastre de distintas poblaciones.
- Contenido:**
- Resumen histórico en Estados Unidos.
 - El consejero o trabajador de salud mental como participante y ayudante en las actividades de socorro
 - Variables socioculturales clave que afectan la conducta del damnificado
- Objetivos didácticos:**
- Aprender acerca de los acontecimientos históricos clave en el campo de la intervención en crisis después de los desastres.
 - Determinar y diferenciar la función, aptitudes y actitudes del consejero o trabajador de la salud mental en un entorno multidisciplinario.
 - Reconocer los factores socioculturales de la población damnificada que influyen en las reacciones posteriores al desastre
 - Detectar los problemas que se plantean en materia de diversidad cultural durante las actividades de evaluación, búsqueda y asistencia inmediata, orientación en crisis e intervenciones posteriores al desastre.
 - Reconocer las semejanzas y diferencias importantes entre grupos culturales

■ RESUMEN HISTÓRICO EN ESTADOS UNIDOS

Los cambios en la política y la capacitación con respecto a los desastres durante los años de 1970 a 1990 proporcionan el marco para la atención de la salud mental en los programas de socorro. En 1973, en una junta con el equipo de expertos encargados de analizar los problemas de salud mental que presentaban los damnificados del desastre de Búfalo Creek, Virginia, EUA, los profesionales hicieron observaciones que generaron nuevas ideas acerca de los programas de intervención y desastre.

En 1974 se añadieron datos al creciente cúmulo de conocimientos, en una junta encargada de oír los informes acerca del tornado que asoló a Xenia, Ohio. Los datos revelaron tipos de reacciones humanas semejantes a aquellas que caracterizan a la pérdida aguda, el duelo, los estados de ansiedad y la depresión. Durante otra reunión de profesionales, se pidió al autor que compartiera sus experiencias en Managua con un equipo de trabajadores que había participado después del terremoto de 1972 y que intercambiara ideas con otros trabajadores del campo.

En ese momento, los profesionales todavía estaban intentando organizar un método sistemático para formular guías de salud mental para la asistencia en casos de desastre. El intercambio de conocimientos entre los profesionales de América Latina y Estados Unidos fue el comienzo de la confección de modalidades de intervención en la conducta en casos de desastre. Después de varios años, la experiencia adquirida en todo el mundo a partir del trabajo en los desastres, ayudó a formular las normas clínicas para el trabajo con los damnificados.

■ AUTORIDAD LEGISLATIVA DE LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL PARA VÍCTIMAS DE DESASTRES

En 1974, la promulgación en Estados Unidos de la Ley de Socorro en Casos de Desastre (sección 413 de la ley pública 93-288) sentó las bases para el desarrollo sistemático y organizado de este campo. La ley reza como sigue:

Asistencia y capacitación para la orientación en situaciones de crisis.
Se autoriza al Presidente (por conducto del Instituto Nacional de Salud Mental) a prestar dichos servicios o la capacitación a los trabajadores que prestan atención a las víctimas de desastres catastróficos, a fin de aliviar los problemas de salud mental que cause o agrave dicho desastre o sus consecuencias.

La Ley de Socorro en Casos de Desastre autoriza un programa de intervención en crisis para los damnificados de los desastres catastróficos mediante el apoyo de subvenciones a los servicios directos que se presten a éstos y capacitación en intervención en crisis en casos de desastre para los trabajadores de socorro. Este programa se formuló en cooperación con el *Federal Emergency Management Agency*, FEMA (Organismo Federal de Manejo de Urgencias), el cual proporciona financiamiento para su apoyo.

Esta ley se promulgó en respuesta al reconocimiento de que los desastres producen una variedad de trastornos emocionales y mentales que, si no se tratan,

pueden volverse crónicos e incapacitantes. Los programas de orientación en crisis financiados conforme a la sección 413 están destinados a proporcionar alivio inmediato y a evitar los problemas a largo plazo.

La asistencia al amparo de este programa se limita a los desastres declarados catastróficos por el Presidente. Además, este programa se dirige a complementar los recursos y los servicios de los gobiernos estatales y locales. Por tanto, podrían obtenerse subvenciones a corto plazo para los servicios de intervención en crisis para los damnificados, si los programas existentes de los organismos no pueden prestarlos.

Los resultados de la aprobación de esta ley fueron un plan detallado para satisfacer las necesidades de salud mental de los damnificados de los desastres, un medio para canalizar los recursos y estructuras en el caso de aquellos desastres que afectan a las poblaciones de la comunidad, y una coalescencia de los esfuerzos de los profesionales de la salud mental, la Cruz Roja estadounidense y el gobierno en todos los niveles, incluso en el que entonces era el *National Institute of Mental Health*, NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental) y el FEMA.

La Ley de Socorro en Casos de Desastre solidificó la posición de muchos profesionales de la salud mental interesados en participar en eventos catastróficos. El NIMH emprendió la tarea de la capacitación masiva mediante programas de adiestramiento de personal, en colaboración con FEMA. A medida que dispuso de fondos, el NIMH organizó talleres largos, que duraron semanas, para los profesionales de múltiples disciplinas interesados en prestar servicios de salud mental en situaciones de desastre. Se fortaleció la oportunidad de trabajar en red con otros organismos del gobierno que prestan socorro, ya que se empleó a los representantes de estos organismos como profesores e integrantes de los grupos de expertos. Esta actividad también se vinculó a la Cruz Roja estadounidense, y evolucionó hacia relaciones nacionales y locales entre los consejeros o trabajadores de salud mental y los capítulos locales de la Cruz Roja.

CONCEPTUACIÓN DEL PAPEL DE LA SALUD MENTAL: FUNCIÓN DEL CONSEJERO DE SALUD MENTAL COMO PARTICIPANTE EN LA ETAPA POSTERIOR A LOS DESASTRES

En esta sección se tratan la función y cambio en el papel que desempeña el consejero. La función de éste debe aclararse teniendo en cuenta que tendrá que prestar asesoría técnica al participar con el personal multidisciplinario del organismo de socorro en urgencias después del desastre. Los componentes subjetivos y objetivos de su función contribuyen a un modelo no definido en este momento. Para ser más específico, los trabajadores de la salud mental están empezando a formar parte de los programas bien organizados del gobierno y la Cruz Roja, que han operado durante mucho tiempo. Dichos programas han establecido funciones, cargos, aptitudes, responsabilidades y guías explícitas para tratar con individuos damnificados, no pacientes. Al ingresar a este campo, el trabajador de la salud mental debe cambiar su modalidad usual de trabajo y su marco teórico por un sistema nuevo de pautas y, al mismo tiempo, adquirir conocimientos, aptitudes y actitudes para trabajar con personas que no están enfermas, sino traumatadas. Se necesitan conocimientos y aptitudes nuevas para trabajar en

cada etapa de la evolución de los desastres. En la fase de respuesta inmediata, lo que se exige del consejero es diferente en cantidad y calidad a lo que se requiere en la fase de recuperación a largo plazo. El carácter y el ritmo cambian de manera constante como consecuencia de: 1) las secuencias de las emociones y los procesos de adaptación afectados; 2) el ritmo de recuperación de la comunidad a medida que se reorganiza después del desastre y 3) los cambios en la organización de los sistemas de los organismos de socorro y los refugios donde se presta atención masiva, los centros de la Cruz Roja, los centros de solicitud de asistencia en casos de desastres de FEMA, los cuales cambian con el tiempo la intensidad de sus servicios y las características de la asistencia. Este grado de intensidad y el ritmo de la demanda de acción y asistencia cambian con el tiempo a un ritmo más prolongado y lento, el cual caracteriza a la resolución de la crisis y exige más paciencia y perseverancia, aunque recompensa menos al narcisismo y altruismo del consejero. Las expectativas incipientes con respecto al trabajador que participa en la etapa posterior al desastre, las propias y las de los demás, pueden producir malestar y confusión por su papel. El consejero necesita sentirse más cómodo a medida que intente ejercer sus nuevas funciones y desempeñar las tareas de búsqueda activa de víctimas, como entrar a un hogar o aceptar una taza de café en la mesa de la cocina mientras obtiene información con respecto a cómo se está adaptando el damnificado a las consecuencias del desastre. Muchas facetas del trabajo posterior incorporan tareas de ayuda al damnificado no tradicionales, como buscar animales domésticos perdidos, obtener números telefónicos de los ajustadores de las compañías de seguros, plomeros o instaladores de techos.

Aunque los consejeros son sinceros en su deseo de ayudar a los damnificados, aún no están seguros de sus propias expectativas y de las de los demás acerca de sus actividades. Al avanzar en su capacitación, deben prepararse para adaptarse a las situaciones del trabajo de urgencia en casos de desastre con las que están poco familiarizados y para elaborar métodos para lidiar con la realidad del acceso difícil y el uso rápido de sólo un mínimo de información disponible. La experiencia les ayudará a cambiar las actitudes aprendidas para que se sientan más cómodos y sean más flexibles cuando colaboren con otros profesionales de ayuda en casos de desastre. Al trabajar con colegas de la Cruz Roja estadounidense, el FEMA, la *Civil Defense* (Defensa Civil), y los organismos locales de servicios legales y de rescate, surgirán problemas relacionados con el material confidencial, la combinación de la responsabilidad de tareas mutuas y el respeto de los sistemas de valores y los estilos de comunicación de los demás. Los consejeros de salud mental pueden entrar en conflicto con tradiciones muy antiguas que guían la conducta de otros trabajadores del programa de socorro/urgencia. A menudo, la autoridad para tomar decisiones generales recae en el organismo gubernamental principal para casos de desastre. En ocasiones, algunas de estas decisiones se toman sin consultar ni considerar las repercusiones en la salud mental de los damnificados. Dichos hechos han producido problemas para los consejeros de salud mental en su intento por lograr la colaboración y cooperación de los equipos multidisciplinarios.

El rango y las normas de conducta profesional que forman un sistema de valores y una escuela psicológica de pensamiento dentro de su propio grupo cultural, se unen a los métodos dispares de trabajo de muchos consejeros de salud mental en los entornos de socorro. Los límites profesionales, tal como existen en un entorno clínico, no sólo definen la estructura y las responsabilidades de los servicios clínicos en los

programas tradicionales, de donde se reclutan muchos de los miembros del equipo, sino que definen el dominio de los consejeros. Existe una situación muy distinta en la etapa posterior al desastre cuando se exige bastante a los consejeros de salud mental para atender las necesidades de la comunidad y este dominio no tiene ningún límite reconocible que guíe a los organismos comunitarios. El consejero debe establecer los límites, y priorizar las necesidades y recursos, lamentablemente, no pueden satisfacerse todas las necesidades detectadas. En esta situación extrainstitucional, el consejero se topará con funciones en conflicto, "activo-promotor-movilizador" frente a "pasivo-receptivo-consejero/terapeuta", que es la función que han ejercido muchos consejeros en el pasado. A medida que se establecen estas configuraciones de funciones, el consejero de salud mental debe considerar el contexto continuamente cambiante en que se encuentran los damnificados mismos, reaccionando al reasentamiento repentino, a los distintos arreglos de los refugios y a los anuncios diarios de nuevas instrucciones de las autoridades gubernamentales y los programas de asistencia, los cuales evolucionan lentamente.

■ HABILIDADES DE LOS CONSEJEROS DE SALUD MENTAL

El consejero necesita adaptar sus aptitudes previas para ayudar a que los damnificados se den cuenta de que su mundo ha cambiado y a enfrentarse a ello. Por tanto, hay que tener presente que el damnificado necesitará actuar y tomar decisiones para resolver los problemas cotidianos. Al ayudarlo emocionalmente, dándole apoyo e intervención, el consejero legitima los elementos sanos de las habilidades del damnificado para la resolución de la crisis. Esto significa que se percibe a la víctima como una persona capaz de reorganizar su vida si se le ayuda con empatía, conocimientos y respeto.

El consejero debe intervenir con un objetivo claro y apreciar los límites entre la intervención en crisis después del desastre, el tratamiento de salud mental y la defensa de los derechos de las víctimas. Conforme a la definición del *Center for Mental Health Services U.S. Department of Health and Human Services* (Centro para Servicios de Salud Mental del Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos), el consejero debe ayudar a las personas a adaptarse a las consecuencias psicológicas del desastre, a mitigar el estrés o el daño psicológico adicional y a promover la comprensión y desarrollo de estrategias de resolución de la crisis para que la persona recurra a ellas en el futuro. El tratamiento de salud mental implica que existe un síndrome cuyo diagnóstico se encuentra en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, publicado por la *American Psychiatric Association*. El método y duración del tratamiento pueden variar en tiempo y modalidad, e incluir fármacos y hospitalización. La defensa de los derechos de las víctimas supone una función de confrontación de los organismos que prestan servicios después de un desastre. Se procura obtener servicios para los damnificados. Aunque ayudarlos a obtener recursos es una meta, representar al damnificado en una entrevista o resolver las controversias entre los organismos y ésta cae fuera del alcance del programa de intervención en crisis.

Los equipos deben tener miembros con aptitudes para ayudar a niños, ancianos y a personas con enfermedades físicas o mentales crónicas. Aunque todos los miembros deben estar formados con un acervo común de habilidades y conocimientos

variados, se precisarán aptitudes especializadas para atender las necesidades de diversas poblaciones. Se requerirá capacitación aún más especializada para preparar al consejero para estas tareas. En el presente manual estos temas se tratan en el capítulo 5.

■ ACTITUD DEL CONSEJERO O TRABAJADOR DE SALUD MENTAL

Algunas actitudes que convendrá reforzar en el consejero para que sea eficaz la asistencia a los damnificados son:

- Creencias. Los damnificados están reaccionando normalmente a situaciones muy anormales. La manifestación de sus reacciones en la mayor parte de los casos es una expresión de sus intentos de adaptación.
- Extensión de servicios a los damnificados. Los criterios de extensión son inherentes a todas las actividades para buscar activamente a las víctimas, entrar en contacto con ellas y ayudarlas.
- Capacidad para evitar que el damnificado se vuelva dependiente del consejero y aceptar con tranquilidad la posibilidad del rechazo o escepticismo de la víctima.
- Aceptación de que los damnificados no sienten que necesitan servicios de salud mental y que, por este motivo, no solicitan tales servicios.
- Capacidad de ayudar a un damnificado mediante la asistencia concreta y práctica para que obtenga recursos.
- Facultad para adaptar la conducta común del consejero a los valores culturales del damnificado en función de sus creencias, prestando atención a los detalles de las prácticas sociales, tradicionales o religiosas.
- Capacidad de apartarse de los métodos usuales de clasificación de las emociones y la conducta según categorías o etiquetas de salud mental clínicas.
- Resistencia al impulso de prometer atender la totalidad de las necesidades del damnificado, cuando requerirán más recursos y tendrán una duración más larga de lo estipulado en el programa de recuperación.
- Habilidad para ayudar a los damnificados a comprender el alcance y los límites del programa de intervención después del desastre y de reconocer la reacción de impaciencia o ira que produce el ritmo lento de la burocracia.
- Capacidad para no identificarse con las emociones del damnificado para no perder la objetividad e inadvertidamente afectar de manera negativa la percepción del damnificado acerca de la realidad que proviene del trauma.
- Habilidad de no desviar la atención o perder la habilidad para reaccionar apropiadamente en un medio siempre cambiante, confuso y penoso, mientras se resuelven los problemas mediante la acción.
- Capacidad de lidiar con cambios rápidos, edictos impuestos por los representantes gubernamentales oficiales, jerarquías de autoridad confusas y la estructura variable de los organismos.
- Perspectiva realista de que los representantes de otros organismos como FEMA, Cruz Roja, *Civil Defense Housing Authority* (Autoridad de Vivienda) tienen diferentes objetivos, pautas, criterios y atribuciones.

■ INTERVENCIÓN EN CRISIS DEL CONSEJERO DE SALUD MENTAL EN LA ETAPA POSTERIOR AL DESASTRE

Las variaciones, complejidad y gravedad de las reacciones ante la crisis que hallan los consejeros después del desastre plantean un desafío cuando se elaboran los planes de intervención.

El siguiente ejemplo ilustra las actividades en múltiples niveles que se llevaron a cabo para ayudar a una familia y subraya la función cambiante del trabajador de salud mental.

■ ESTUDIO DE CASO

El esposo y la esposa, de 49 y 47 años de edad, respectivamente, y sus cinco hijos habían emigrado hacía poco tiempo a los Estados Unidos, cuando un tornado dañó su casa. La mujer se puso en contacto con el equipo de socorro, el cual se encontraba en una iglesia cercana al sitio de desastre, para pedirle que la ayudaran porque pensaba que "se había vuelto loca". Se reunió con el consejero y le informó que sus sentimientos y su conducta estaban cambiando. Había escuchado decir a los vecinos que era de esperar que hubiera cambios en la conducta después del trauma del tornado. A pesar de que lo sabía, pensaba que sus experiencias eran más graves que la "reacción postraumática normal". Describió que se sentía deprimida, tenía accesos de llanto y era incapaz de tomar decisiones acerca de los quehaceres domésticos. No tenía el menor interés en nada y tenía dificultades para controlar a sus hijos. Estaba bebiendo más de lo que normalmente tomaba en situaciones sociales y sus amistades le habían dicho que estaban preocupadas por ello.

La casa familiar había sufrido daños, pero ya habían recibido asistencia monetaria de los organismos del gobierno, y los trabajadores estaban listos para empezar las reparaciones. Aunque esta parte del desbarajuste se estaba solucionando de manera satisfactoria, la familia seguía experimentando graves dificultades. Casi todas las quejas y dificultades expresadas por la mujer se relacionaban con su esposo, quien padecía esclerosis múltiple y tenía problemas para desplazarse, así como un estado de ánimo voluble. A pesar de su discapacidad, el esposo quería controlar cada trabajo de la reparación de la casa y la distribución de los fondos que habían recibido de los organismos del gobierno. La mujer sentía que las actitudes de su esposo complicaban más las reparaciones y quería que él se fuera a vivir con algún pariente mientras los trabajadores estuvieran en la casa. Había empeorado su relación matrimonial, de por sí inestable, y se sentía atrapada. Si bien antes había podido funcionar con defensas fuertes y realistas y con el apoyo de amigos y familiares, ahora sentía que todo se estaba derrumbando porque sus parientes más cercanos también habían sufrido el impacto del desastre y había tenido que mudarse a otras partes del estado.

El consejero de intervención en crisis entrevistó al esposo, la pareja y la familia para evaluar su condición psicológica y oír sus percepciones acerca de los problemas de la familia. En su evaluación, el consejero pudo percibir que la esposa estaba recurriendo al control excesivo para manejar sus sentimientos acerca del trauma, se sentía

responsable de la familia y no podía renunciar a la responsabilidad de ocuparse de la cantidad de diligencias complicadas de las que tenía que encargarse para tratar con la burocracia del organismo de socorro. Había sido incapaz de manejar con eficacia la realidad de su vida y de elaborar las emociones que sentía como resultado del tornado y sus efectos y necesidades habían precipitado una crisis.

El consejero también se enteró de que por tradición en la cultura de la familia se consideraba que el esposo era el jefe y tenía el control de la familia, una función a la que no deseaba renunciar. El profesional, sensible a este sistema tradicional de valores, ayudó a la esposa a reexaminar y reevaluar su situación, enseñándole cómo la combinación de los eventos traumáticos, los valores tradicionales y su necesidad de tener vínculos con la familia extensa estaban exacerbando el proceso de resolución de la crisis después del desastre. Al darle a la esposa la oportunidad de sentir alivio al expresar verbalmente sus sentimientos, luego al guiarla para que colaborara con su esposo, en lugar de tratar de controlar su trato con los trabajadores de la reparación, el consejero ayudó a la mujer a recuperar el control de sus emociones. Además recibió también orientación para reconocer sus propios sentimientos internos.

A medida que la mujer se dio cuenta de que aumentaba su eficiencia, empezó a sentirse más optimista acerca de su familia. El consejero la apoyó en una situación en la que la realidad era difícil y mostró su aprecio por la manera en que hizo los trámites burocráticos necesarios para que le repararan su casa, a pesar de que no estaba familiarizada con los procedimientos.

En cuanto a los demás individuos, la pareja necesitaba más que asistencia básica. La familia González tenía muchos problemas antes del tornado; el desastre desencadenó las dificultades latentes en las relaciones familiares que se agravaron por la crisis familiar no resuelta. El consejero precisó deslindar los límites de la intervención en crisis posterior al desastre y luego vincular a la familia con un organismo de la comunidad que les proporcionara recursos adicionales para resolver los problemas matrimoniales crónicos.

Este ejemplo señala los tipos de intervención en crisis para las víctimas que sigue a la asistencia básica y concreta que se presta después del desastre para normalizar las condiciones de vida; muchas personas requieren más que esta asistencia.

■ ASPECTOS SOCIOCULTURALES

Este componente consiste en percatarse de que en un desastre existe diversidad sociocultural en la población. Esto motivará a los consejeros a adquirir los conocimientos necesarios para ayudar a los damnificados de diferentes orígenes culturales. Se debe incorporar información basada en la experiencia y los conocimientos de todas las actividades acordes con la región abatida por el desastre, en donde se ha visto afectado un grupo de población específico (hispano, asiático, etc.).

■ CONCEPTOS PARA COMPRENDER LA CONDUCTA EN EL MARCO DEL MODELO SOCIOCULTURAL

- Guardan relación la conducta manifiesta, las expectativas acerca de ésta y los valores que se le asigna con respecto a los damnificados y consejeros.

- Cómo influyen entre sí la conducta y la posición social percibida, más el papel afín que la comunidad le confiere al individuo. La posición social y el papel son símbolos (conceptos) de las expectativas culturalmente definidas de los modelos de relaciones y conductas en un sistema social determinado. Cada persona ocupa múltiples posiciones y hay un papel afín para cada posición, lo que comprende una variedad de conductas que corresponden a dicho papel (conjunto de papeles) y que distintas personas perciben de diferente manera
- Es mediante la “ejecución” del conjunto de papeles que la persona representa su cultura y tiene acceso e interactúa con ella. La ejecución del conjunto de papeles también sirve para formar su identidad cultural basada en una congruencia interna y un sentido de sí mismo con el cual se integra una autoimagen. Después del desastre estas ejecuciones pueden modificarse durante un tiempo.
- La conducta surge a partir de muchos papeles modificados por las diferencias individuales y moldeados por la situación social.

El consejero aporta conocimientos, actitudes y aptitudes obtenidos de experiencias anteriores ligadas a sus propios antecedentes culturales. Estas características influyen intensamente en el estilo de comunicación, el modo de relacionarse y la percepción de la reacción del damnificado. También matizan el criterio para aceptar su sufrimiento y su dolor. La comprensión y el respeto hacia los valores culturales del damnificado forman parte de los conocimientos que se necesitan para trabajar en los programas de intervención para atender a las víctimas de desastres.

Las características de las familias damnificadas, como son grupo étnico, nivel socioeconómico, aculturación, religión y enfoques tradicionales aceptados para manejar los factores estresantes, influirán en la recuperación por el desastre. Un sistema de valores universal concreto es la relación de los seres humanos con la naturaleza, que puede ser crítica para comprender las diferencias en los tipos de reacción ante los desastres de las distintas culturas. Por ejemplo, los ciudadanos de Managua, Nicaragua, creían que el terremoto de 1972 que destruyó parte de su ciudad era un castigo de la Madre Naturaleza por sus conductas descontroladas.

Surgen muchos problemas culturales que son parte de la interacción entre el trabajador y el damnificado, desde el primer encuentro en el refugio o el centro de la Cruz Roja. A medida que se congrega a individuos de diferente origen en grupos a cargo de un empleado del organismo, quien necesita organizar los horarios según las guías logísticas, uso del tiempo y el personal, se hacen evidentes los choques de criterios por motivos culturales. La comprensión de las variaciones y secuencias de las emociones y las conductas, basadas en las tradiciones culturales y los valores, es el fundamento de la intervención en situaciones de desastre. Los métodos transculturales requieren modificaciones de los elementos que influyen en los procesos de resolución de crisis bien conocidos en la práctica clínica cuando se trata con población uniforme.

En los entornos de socorro en situaciones de desastre, donde es difícil personalizar las disposiciones para vivir, es fácil lesionar la autoestima de los damnificados, al surgir conflictos cuando la necesidad de las víctimas de pedir ayuda choca con las propias creencias de los consejeros acerca de la forma en cómo debe prestarse ésta. Este conflicto puede acentuarse cuando los damnificados sienten que dependen de empleados del organismo que pertenecen a una cultura distinta. En una catástrofe, los damnificados que han perdido la mayor parte de sus pertenencias, a veces se sienten humillados para pedir los recursos básicos, a menos que el consejero utilice estrate-

gias para "resguardar las apariencias del damnificado". El consejero tendrá que manifestar sensibilidad de manera constante hacia la configuración orientada transculturalmente de la relación entre el damnificado y quien lo ayuda (entre la dependencia y la autoridad o poder). Las actitudes culturales se dan en toda clase de situaciones y median en cuánta ayuda puede aceptarse u ofrecerse.

■ INTEGRACIÓN DE LA EXPERIENCIA CULTURAL EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ORIENTACIÓN EN LA ETAPA POSTERIOR AL DESASTRE

La cultura de un grupo es más que sólo los tipos preferidos de conducta y la trama de la organización social. La cultura le proporciona al individuo una visión global del universo, una concepción y clasificación de todas las cosas y postulados existenciales en lo referente a la naturaleza del hombre y su destino final.

La visión del mundo que comparten las personas con otros miembros de un grupo refleja conocimientos pragmáticos, sistemas de creencias, actitudes, nociones preconcebidas y jerarquías de valores. Es importante que los consejeros tengan una comprensión de la cultura y la visión del mundo de un damnificado para planificar, programar y prestar servicios adecuados y asequibles en armonía con el modo de vida de éste. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Ahearn, FL and Cohen, RE (Eds). *Disaster and Mental Health, An Annotated Bibliography*. USA: U.S. Government Printing Office, 1985
- Austin, L. In the wake of Hugo the role of the psychiatrist. *Psychiatric Annals* 1991.21(9):502-527
- van der Kolk, B (Ed). *Psychological Trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1987.
- Baum, A, Solomon, SD, & Ursano, RJ. Emergency/disaster studies: Practical conceptual, and methodological issues. In Wilson, JP & Raphael B (Eds.). *The International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York. Plenum Press Inc, 1992.
- Cohen, RE. *Psiquiatría y Desastres*, en *Manual de Psiquiatría*, Dr. Alberto Perales (Ed) Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, 2a Ed. Lima, Perú, 1991.
- Cohen, RE. Training Mental Health Professionals to Work with Families in Diverse Cultural Contexts. *Responding to Disaster, A Guide for Mental Health Professionals* Ed. Dr. Linda Austin, pg 69-80, *APPI*, Washington, D.C. 1992.
- Cohen, R. Principles of preventive mental health programs for ethnic minority populations. *The acculturation of Puerto Ricans to the United States* *American Journal of Psychiatry* 1972;128, (12).
- Cohen, RE. Stressors: Migration and Acculturation to American Society. En Gaviria, M and Aranam, JD (Eds) *Health and Behavior: Research Agenda for Hispanics*. Simon Bolivar Research Monograph Series No. 1, 1987
- Cole, M & Bruner, JS. Cultural differences and inferences about psychological process *American Psychologist*, 1971;26:(10),867-876.

- Dana, RH. Multicultural assessment perspectives for professional psychology. Boston: Allyn and Bacon, 1993
- Davidson, JRT & Foa, EB (Eds.). Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and beyond. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.
- Disaster Relief Act, P.L. 93-288 (93rd Congress), 1974.
- Figley C (Ed). Trauma and its wake. New York: Brunner/Mazel, 1985.
- Folkman, S, Lazarus, RS, Pimley, S & Novacek, J. Age differences in stress and coping processes, *Psychology and Aging* 1987;2:(2),171-184.
- Gelford, D. Ethnicity, aging and mental health. *International Journal of Aging and Human Development* 1979-80,10 (31):289-298.
- Green, BL. Traumatic stress and disaster Mental health effects and factors influencing adaptation *International Review of Psychiatry (Vol II)* Edited by Lie Mac, E. and Nadelson, C. Section Editors J.R.T. Davidson and A. McFarlane. Washington, D.C.: APA Press, Inc. and American Psychiatric Assoc, 1999;2(3).
- Green, BL. Defining Trauma: Terminology and generic stressor dimensions. *Journal of Applied Social Psychology*, 1990;20:(20),1632-1642
- Henderson, G (Ed). *Understanding and Counseling Ethnic Minorities*. Illinois: Charles C. Thomas, 1980.
- Hodkinson, PE & Stewart, M. *Coping with Catastrophe A handbook of disaster management* New York: Routledge, 1991.
- Horowitz, MJ. *Stress response syndrome (2nd ed.)* Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc, 1986.
- Human Problems in Major Disasters: A Training Curriculum for Emergency Medical Personnel*, DHHS Pub No. (ADM) 87-1505, National Institute of Mental Health, Rockville, Maryland, 1987.
- Jackson, G The emergence of a Black perspective in counseling. *The Journal of Negro Education*, 1977;46:(3), 230-253.
- Jones, DJ. Secondary disaster victims: The emotional effects of recovery and identifying human remains. *American Journal of Psychiatry* 1985;142:(3), 303-307.
- Kitano, HHL, & Matsushima, N. *Counseling Asian Americans*. En Pedersen, P, Draguns, J, Lonner, W & J Trimble (Eds.) *Counseling Across Cultures (Second Edition)*. Honolulu: The University Press of Hawaii, 1981.
- Mitchell, H. *Counseling Black students: A model in response to the need for relevant counselor training programs*. In Atkinson, DR, Morten, G & Sue DW (Eds), *Counseling American minorities*. Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown Company Publishers, 1979.
- Pedersen, P. Culturally inclusive and culturally exclusive models of counseling. In Pedersen, P, Draguns, J et al (Eds). *Counseling Across Cultures*. Honolulu: University Press, Hawaii, 1981
- Raphael, B. *When Disaster Strikes: How individuals and communities cope with catastrophe*. New York: Basic Books, 1986.
- Ruiz, RA, & Padilla, AM. *Counseling Latinos*. In Atkinson, DR, Morten, G, Sue DW (Eds.), *Counseling American Minorities*. Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown Company Publishers, 1979.
- Scott, MJ. *Counseling for trauma and posttraumatic stress disorder*. In Palmer S & McMahon, G (Eds.), *Handbook of Counseling* London Routledge, 1997
- Scott, MJ & Stradling, SG *Counseling for post-traumatic stress disorder*. London: Sage Publications, 1992

Sue, DW, & Sue, S. Counseling Chinese-Americans. In Arkinson, DR, Morten, G & Sue, DW (Eds.), *Counseling American Minorities* Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown Company Publishers, 1979.

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

Trimble, JE. Value differentials and their importance in counseling American Indians. In Pedersen, P, Draguns, J, Lonner, W & Trimble, J (Eds.), *Counseling Across Cultures* (Second Edition). Honolulu. University Press of Hawaii, 1981.

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