

Programas de intervención para damnificados

CAPÍTULO 4

RESUMEN DEL CAPÍTULO

- Descripción:** Introducción de programas de intervención para damnificados y de guías aplicadas y operativas
- Finalidad:** Examinar la finalidad, alcance y aplicación de las guías para la atención de damnificados.
- Contenido:**
- Semejanzas y diferencias con otros tipos de programas de intervención de salud mental.
 - Características especiales de la atención a los damnificados.
 - Consulta y educación
 - Intervención en crisis
- Objetivos didácticos:**
- Adquirir conocimientos acerca de las estructuras básicas necesarias para establecer un programa para damnificados.
 - Identificar las metodologías de búsqueda y asistencia inmediata que existan y estén a disposición de los consejeros de salud mental.

ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA DAMNIFICADOS

La planificación de servicios de salud mental en el ambiente que priva después de un desastre requiere conocimientos, paciencia y sobre todo flexibilidad. Los consejeros de salud mental se encontrarán con situaciones únicas en su profesión. Además, tendrán que colaborar con las redes y autoridades ya establecidas en la zona

Atañe a los administradores la responsabilidad de prestar un servicio de salud mental dentro de la trama de organismos gubernamentales, comunitarios y voluntarios que ayuden a los damnificados a resolver los problemas posteriores al desastre. Los administradores se encargan también de proveer métodos de recopilación de información, canales de comunicación y un sistema para establecer la responsabilidad de los consejeros.

Prestar atención a los damnificados exige claridad al organizar la ayuda, repartir el trabajo y delegar autoridad. Durante la fase de ejecución de un programa de servicios de salud mental para víctimas de desastres, surgen cuestiones que hay que planear como: financiamiento del proyecto; selección, orientación y capacitación del personal; y confección de las estructuras administrativas y de flujo de información. El planificador de los servicios de salud o el director del proyecto, con la ayuda de un grupo de trabajo, se encarga de cada una de estas cuestiones conforme progresa el proyecto. Hay que asignar límites y responsabilidades precisos a los trabajadores de socorro, o sea, lo que harán ellos mismos y los servicios para los que es necesario remitir a otros organismos.

Los programas pueden ser descentralizados o centralizados. Los primeros suelen tener centros ubicados en los vecindarios afectados. Se asigna la responsabilidad de la atención en esa zona a un equipo, de cuyos miembros uno funciona como administrador y supervisor de las actividades del equipo y además informa al director del proyecto. Los proyectos con una estructura más centralizada pueden contar con un solo establecimiento, pero puede encomendarse la responsabilidad de la búsqueda y asistencia inmediata y la orientación en crisis a los equipos que estén dentro de una zona geográfica particular.

Cada tipo de programa requiere un sistema para llevar los registros y recopilar información. El programa debe tener procedimientos para llevar registros exactos de los fondos asignados para el local, equipo, materiales, suministros y remuneración del personal. También se precisan registros confidenciales para anotar las observaciones de los consejeros, las medidas adoptadas y el progreso logrado en la ayuda a los individuos y las familias.

Al avanzar el proyecto, surge la necesidad de evaluar el desempeño individual y colectivo e informar a las autoridades acerca de las actividades del programa. Mediante el examen de los formularios con las estadísticas, las autoridades se enterarán de las actividades de cada consejero y adquirirán una perspectiva de los damnificados y sus problemas. Los datos pueden utilizarse para hacer nuevas asignaciones o para modificar las estrategias programáticas. Además, esta información puede compilarse en forma sistemática para proporcionar informes provisionales al grupo de trabajo, los líderes de la comunidad y el organismo de financiamiento.

■ CONSULTA Y EDUCACIÓN

La consulta y la educación en casos de desastre constituyen uno de los campos más nuevos y desafiantes del trabajo en materia de salud mental. En la actualidad se elaboran nuevas estrategias y tácticas, surgen criterios modernos y se ensayan métodos innovadores. En las situaciones que siguen al desastre, el objetivo de la consulta es aumentar la capacidad del trabajador de socorro para ayudar a un damnificado y colaborar con varios organismos de socorro.

El objetivo principal de esta modalidad es educar al personal de los organismos de atención en casos de desastre para que puedan incorporar los conocimientos y la comprensión acerca de los temas de salud mental en la tarea de ayudar a los damnificados. Los consultores de salud mental deben tener conocimientos profundos de las teorías psicosociales y los procedimientos asistenciales de desastre, a fin de alcanzar este objetivo.

La educación es un recurso para los trabajadores que están en comunicación estrecha con los medios de información al público o tienen la oportunidad de educar grupos en su comunidad. Los trabajadores experimentados que ayudan a los organismos públicos y privados de asistencia a los damnificados, emplean las consultas. La capacitación en materia de intervención en crisis, dirigida a las operaciones, requiere ejercicios de escenificación de roles y supervisión continua una vez que los trabajadores interactúan con los damnificados. Los enfoques de intervención deben adaptarse a las características de los damnificados y al tiempo transcurrido durante la etapa posterior al impacto.

Algunos de los problemas típicos de la consulta en la etapa posterior al desastre son:

- Dificultad para procurarse recursos.
- Responsabilidades burocráticas, reglamentos y metodología de distintos organismos.
- Falta de un plan difundido para la coordinación de los organismos.
- Diferentes puntos de vista y objetivos.
- Competencia por el poder y el "territorio".
- Comunicación interdisciplinaria.

■ CONSULTA CON ENFOQUE DE ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

Después de un desastre, cuando se ha rescatado a muchas personas y se las ha agrupado en un entorno físico seguro, surge de manera espontánea una comunidad cambiante y transitoria. Aparece una red de organismos asistenciales de socorro integrada por personal de rescate laico, religioso, voluntario y oficial del gobierno. El objetivo principal de esta red es proporcionar bienestar físico, tratar los traumatismos somáticos y proceder, en última instancia, a ayudar a los ciudadanos afectados a que reorganicen sus vidas.

Los siguientes factores afectan el éxito de un consultor de salud mental que trabaje en esta red de trabajadores de socorro:

- La medida en que la red que vincula a los organismos asistenciales aprueba la función del consultor.

- Los conocimientos, actitud y aptitudes del consultor.
- La calidad y cantidad de información al alcance del consultor.

■ MODELO CONCEPTUAL Y TEORÍA

Con base en un modelo conceptual que sustente y guíe las intervenciones, un consultor de salud mental puede ayudar mejor a integrar las teorías psicológicas y las operaciones de socorro con los damnificados. La falta de dicho modelo es una de las condiciones que con mayor frecuencia lleva al fracaso a los programas de consulta.

El especialista en salud mental debe conceptualizar su propia conducta como la movilización de un conjunto de influencias que, a su vez, se verán afectadas por el sistema mismo. En este caso, el sistema se compone por los miembros de los equipos asistenciales. Luego, en calidad de colaborador, el consultor puede iniciar la interacción dinámica con el personal del organismo de socorro. Esta interacción dinámica es una parte esencial del proceso de planificación en curso que da lugar a las estrategias para la atención a las víctimas del desastre.

Aunque el consultor de salud mental y los miembros del personal del organismo de socorro tienen distintos antecedentes profesionales, deben conjuntar sus esfuerzos y combinar su pericia, aptitudes y energía en pos de una meta común. Ciertos campos teóricos de estas disciplinas profesionales han tenido éxito en otras actividades de intervención:

- Conceptos relacionados con la organización y administración de los programas de socorro para damnificados.
- Intervención y atención en crisis.
- Principios y prácticas de consulta.
- Principios y prácticas de la educación.

De estas amplias esferas de la psicología social y las operaciones asistenciales en situaciones de desastre, se puede formular un marco filosófico para la intervención, consulta y educación en los programas para las víctimas de los desastres.

■ PRINCIPIOS Y GUÍAS

Las siguientes pautas son esenciales para la elaboración de este modelo. Tenerlas en cuenta ayudará al consultor de salud mental a organizar las estrategias de intervención para atender las necesidades físicas, biológicas o psicosociales de los damnificados.

- Las actividades del consultor siempre deben tener por objeto elaborar procedimientos prácticos y útiles para el miembro del organismo que participará como beneficiario y el damnificado en quien se centrarán los servicios.
- El consultor debe tomar en consideración las prácticas tradicionales y culturales, así como las pautas de conducta aceptadas en el entorno de atención a las víctimas del desastre; los criterios resultantes deben reflejar esta comprensión.
- La consulta y la educación deben abordar los problemas o las dificultades inmediatos concretos de conductas que preocupan al trabajador. Sin embargo, no deben

pasarse por alto las oportunidades de participar en una planificación más amplia y a más largo plazo para la agencia del trabajador.

- El establecimiento de relaciones profesionales debe persistir continuamente en cada nivel de la organización para encontrar individuos que puedan ayudar a resolver los problemas. Sin embargo, el consultor debe seguir siendo sensible a la confidencialidad y a los efectos perjudiciales que un abuso de confianza pudiera tener en la función de la salud mental. Compartir información o mencionar ocasionalmente algo de lo que el trabajador de socorro se enteró ha sido una de las fuentes más comunes de fracaso de las actividades de salud mental.
- Se debe recabar, organizar y analizar la información durante todas las actividades. También es necesario elaborar un sistema continuo de retroalimentación para compartir con los trabajadores y ayudar al consultor a centrarse en los objetivos. Un consultor puede perder de vista con facilidad los objetivos específicos convenidos de manera verbal durante las reuniones interinstitucionales de planificación.
- El consultor de salud mental también debe ser consciente de los recursos disponibles para los trabajadores de socorro, individualmente y en grupo. El consultor puede modificar después los modelos de atención para las víctimas de los desastres, con el fin de seleccionar y apoyar los criterios de salud mental más apropiados para la resolución de la crisis y la solución de problemas acerca de la atención a los damnificados.
- El principio de la consulta y la educación se basa en las necesidades detectadas por los trabajadores. Al cambiar la situación, el consultor y el trabajador de una agencia de urgencia o ayuda deben reevaluar los servicios asistenciales del trabajador y reconsiderar los objetivos. La tarea del trabajador cambiará con las necesidades de los damnificados. El consultor de salud mental que tenga información reciente acerca de cómo está cambiando el ambiente, estará mejor preparado para ayudar a los trabajadores a evaluar sus servicios.
- La evaluación y un sistema organizado de intercambio de información proporcionará más que sólo datos; le proporcionará al consultor de salud mental un panorama más completo de las actividades asistenciales y más flexibilidad en las actividades de intervención, ya sea empleando técnicas de consulta o métodos de instrucción.
- El consultor siempre debe reconocer que el marco de la atención se encuentra en el contexto de una comunidad social cambiante. Siempre habrá lagunas, incluso en los informes más recientes. Las intervenciones deben centrarse en las operaciones que movilizarán a la agencia y a las personas que participarán en la atención a los damnificados. El consultor puede elegir un método de consulta o sugerir una intervención educativa.

■ PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Un consultor de salud mental que presta servicios en un refugio temporal u otra instalación de vivienda transitoria es algo más que un profesional independiente que únicamente atiende las necesidades de los damnificados. El consultor también ayuda al personal de otras instituciones a detectar problemas y determinar los mejores procedimientos para tratar a los individuos traumatizados. Para tal efecto, el consultor debe confeccionar un plan de intervención acorde con las demás actividades de los organismos de ayuda en casos de desastre.

Los componentes clave de un plan de intervención incluyen:

Conocimientos: Los conceptos de desastre, conducta relacionada con éste y método de intervención que se obtienen antes de una catástrofe.

Información: La determinación del grado de pérdida sufrida por la comunidad, con base en los medios de información, las encuestas *in situ* y acudiendo a los lugares donde se alberga a los damnificados. Es también importante recopilar información que brinde una apreciación cultural de los efectos del desastre.

Evaluación: Una evaluación de cómo los organismos asistenciales se han organizado en una red y han asignado prioridades a las necesidades de los damnificados, con el fin de ser capaces de identificar con rapidez las influencias culturales de la comunidad y las influencias psicológicas en los damnificados y los trabajadores de socorro.

■ PROBLEMAS QUE PUEDEN PLANTEARSE DURANTE LA CONSULTA

Durante la consulta pueden plantearse (y de hecho se hace) problemas que debe resolver el consultor de salud mental encargado de la intervención del programa para las víctimas. A continuación se presentan algunos ejemplos.

Diferencias en la formación profesional

Suele haber diferencias en los sistemas de valores, los antecedentes y la formación de los profesionales que participan en las actividades posteriores al desastre. La falta de familiaridad del personal del organismo asistencial con la metodología de salud mental crea un problema único, que complica el desconocimiento general de los procedimientos de atención en situaciones de desastre. Esta brecha entre el trabajador de sistemas de socorro y los consultores puede levantar barreras enormes en la comunicación.

La colaboración e integración exitosa de diferentes objetivos y técnicas en la atención a las víctimas del desastre dependerán de qué tan satisfactoriamente puedan centrarse el consultor y los trabajadores de socorro en los objetivos simultáneos de ayudar a los damnificados a desarrollar sus habilidades de adaptación, así como a reconstruir y reorganizar sus vidas. Esto puede lograrse ampliando los conocimientos de salud mental y las aptitudes de los trabajadores de socorro.

Grado de responsabilidad en la solución de problemas

El consultor de salud mental debe evaluar el grado de responsabilidad por la solución de problemas que parece apropiado, con base en la tarea a su cargo y los recursos. El consultor puede decidir ofrecer su asesoramiento técnico cuando se lo soliciten, pero no participar de modo permanente. O bien, puede decidir participar de manera más activa, asumiendo las funciones de colaboración a largo plazo en todas las fases de atención a los damnificados e interactuar en muchos niveles.

Coordinación de las intervenciones

La logística de los procedimientos y la incompatibilidad de los horarios pueden complicar aún más la coordinación de los métodos de intervención. En una situación

de desastre, donde el tiempo es un factor crítico, aquel que pasa un trabajador de socorro con un consultor de salud mental compite con la intensa demanda del tiempo y los servicios del trabajador por parte de los damnificados. Esta pugna produce una tensión de por sí, aunque las dificultades disminuyen a medida que ambos trabajadores encuentran modos de economizar tiempo y energía.

■ TIPOS DE CONSULTA

Son dos los tipos de consulta que se prestan con mayor frecuencia después de un desastre:

Consulta de casos (centrada en los damnificados)

La función principal de la consulta de casos es elaborar un plan para ayudar a una determinada víctima del desastre que tiene dificultades de carácter inusual. En algunos casos, el consultor de salud mental indaga personalmente las necesidades psicológicas y sociales del individuo. Los trabajadores de la institución colaborarán más adelante discutiendo el caso con éste.

La consulta de casos centrada en la víctima es la que se necesita con mayor frecuencia en un programa de atención a damnificados. El consultor informa a los trabajadores del organismo de urgencia acerca de la naturaleza de las dificultades y sugiere posibles soluciones para mitigar dichas dificultades.

Por lo general, el trabajador presentará al consultor los detalles del caso. A veces, el profesional de salud mental examina al damnificado, llega a un diagnóstico y hace una recomendación al trabajador del programa. El trabajador traduce los aspectos apropiados de la recomendación en un plan de acción factible en el entorno asistencial.

El siguiente es un ejemplo de una consulta de casos centrada en el damnificado:

Una enfermera de la Cruz Roja que trabajaba en el refugio pidió ayuda para tratar a una mujer que no podía tomar decisiones. Se le habían ofrecido varias opciones para el reasentamiento, pero cambiaba de opinión todo el tiempo y no podía decidirse a dejar el refugio. Esta mujer había estado en un desastre anterior y había perdido algunos bienes materiales. Los recuerdos del pasado interferían con su elección de una opción. El consultor de salud mental instruyó a la enfermera acerca del efecto de la ansiedad y los recuerdos de las emociones pasadas en la mujer. Posteriormente, la enfermera decidió que primero necesitaría dedicar algún tiempo a ayudar que la mujer comprendiera sus temores, para que pudiera entender que esta reubicación no sería una repetición de la experiencia anterior. Después de que acalló sus temores, la enfermera pudo proceder con la formulación de los planes de vivienda.

■ CONSULTA CENTRADA EN EL PROGRAMA

Un segundo tipo de consulta se centra en la elaboración o modificación de los programas de reubicación y los procedimientos administrativos con el fin de prevenir, diagnosticar y tratar de manera oportuna, así como rehabilitar a las personas con

trastornos mentales relacionados con el desastre. Los tipos de problemas que se plantean al consultor son variados, pero es probable que se refieran a:

- La planificación del programa de urgencia.
- La organización administrativa.
- Los métodos de prestación de servicios múltiples.
- La formulación de políticas de las agencias.
- El reclutamiento, capacitación y utilización del personal de socorro.
- El establecimiento de vínculos con otras instituciones de servicios.

El receptor de la consulta centrada en el programa puede ser un administrador, un grupo de directores de programas (como la Cruz Roja) o un comité (por ejemplo, un grupo de trabajo de funcionarios de gobierno). El tema de la consulta de salud mental sería el programa en cuestión.

El siguiente es un ejemplo de una consulta de casos centrada en el programa:

Después de una tormenta marina devastadora que dañó muchos hogares, los damnificados se alojaron en un motel grande, donde se asignó una habitación a familias de tres o cuatro miembros. Se aprobaron sumas fijas de dinero para pagar las comidas en el comedor del motel. Uno de los problemas más graves era la falta de canales de comunicación eficaces entre los organismos asistenciales, los miembros del personal del motel y las familias. Las dificultades se manifestaron en la conducta de los adolescentes, que no tenían ningún medio de transporte. Los actos esporádicos de vandalismo, los robos y la conducta escandalosa empeoraron las relaciones de por sí tensas entre la gerencia del motel y los damnificados. Algunas mujeres empezaron a presentar signos y síntomas de depresión, insomnio, irritabilidad y hostilidad. También hacían demandas poco realistas al personal de servicio. Los consultores de salud mental se trasladaron al motel como miembros de un equipo. Después de pasar varios días reunidos con cada grupo y obtener la información necesaria para analizar y comprender las complejidades del problema, se hizo evidente que el personal del organismo carecía de los conocimientos para comprender y manejar los problemas cotidianos del grupo. Un consultor de salud mental se reunió con el administrador del motel para tratar la dimensión humana del problema. Además, para subsanar el síndrome de "agotamiento" de los trabajadores, la administración cambió los procedimientos y empezó a rotar al personal para que pudiera haber un componente de "descanso y relajamiento" en los horarios de operaciones del personal. El consultor proveyó conocimientos y ayuda para el manejo de actitudes, a fin de solventar la necesidad detectada.

■ EDUCACIÓN Y COLABORACIÓN

El consultor de salud mental ayuda al reorganizar y reconstruir las vidas de los damnificados y a promover la incorporación de servicios de salud mental en las comunidades devastadas por el desastre. Estos componentes deben tener la finalidad de lograr que se proporcione diagnóstico y tratamiento inmediato de manera oportuna a los damnificados que sufren las consecuencias psicológicas de la calamidad.

El profesional de salud mental será más apto para cumplir la función de consultor y aumentar su potencial como enlace crucial en la red de atención a las víctimas, si el modelo de apoyo se basa en una aplicación integrada de los principios de la atención en situaciones de desastre y las teorías de la conducta psicosocial.

El consultor tiene la oportunidad de organizar actividades educativas cada vez que recibe una solicitud de ayuda en las operaciones de socorro. Todas las actividades colaborativas en las operaciones de atención a los damnificados tienen un elemento de instrucción que se incorpora a fin de ayudar a los trabajadores a solucionar los problemas que tienen en su trabajo. Los trabajadores de socorro se benefician agregando habilidades a su repertorio personal y reduciendo las posibilidades de malos entendidos.

Es este aspecto educativo de instrucción de la colaboración el que convierte a la educación en un método importante de reasentamiento de damnificados. La meta es difundir la aplicación de los conocimientos de salud mental del consultor a las instituciones que seguirán trabajando en la reinstalación de los damnificados, en etapas secuenciales del desarrollo de la conducta de las víctimas.

A fin de ser eficaz al asistir a los trabajadores para que traten los problemas del damnificado, el consultor de salud mental necesita definir y poner límites concretos con el máximo de transferencia de la enseñanza. La razón se halla en el ambiente que generan las crisis, las limitaciones de tiempo, la rotación de personal y los cambios bruscos en las políticas de los programas de asistencia en casos de desastre. Por consiguiente, sería más práctico y eficaz un componente educativo directo, preciso y bien definido que las condiciones más lentas, metódicas y repetitivas típicas del proceso para modificar actitudes, estereotipos y prejuicios de los trabajadores de socorro. Los destinatarios de tales actividades de instrucción son las instituciones de rescate, los miembros del personal de los organismos de atención a damnificados, la comunidad y los grupos cívicos, sociales o políticos en la zona atendida por los organismos de servicios sociales.

■ INSTRUCCIÓN AL TRABAJADOR DE SOCORRO

La puesta en práctica de las actividades educativas requiere que los consultores de salud mental sean competentes para organizar a la comunidad, comunicarse verbalmente y por escrito, realizar intervenciones terapéuticas y supervisar. Quizás, la habilidad más necesaria sea la de ser un buen maestro, es decir, ser capaz de impartir conocimientos, además de tener métodos o la confianza para comprender la conducta de los damnificados y sus necesidades.

A fin de lograr los objetivos de instrucción, los consultores de salud mental deben confeccionar programas a corto y largo plazo para profesionales y voluntarios. En el periodo que sigue a una catástrofe, los trabajadores de salud mental y de socorro requieren una orientación rápida y flexible justo después del desastre. Tiempo después, se debe elaborar un programa mejor planificado de apoyo e instrucción continuos a los profesionales y voluntarios del programa. El contenido de la instrucción variará según la experiencia, las necesidades concretas y los antecedentes educativos de los que la reciban.

La necesidad primordial de instrucción consiste en la adquisición de conocimientos y la comprensión de las reacciones de los damnificados después de un desastre. Al analizar las fases cronológicas del mismo (preimpacto, impacto y posimpacto), los

participantes examinan los tipos de problemas médicos y emocionales que pueden padecer los damnificados en cada fase. La instrucción sobre los conceptos de estrés, pérdida y duelo, sistemas de apoyo social y emocional, así como resolución de crisis y adaptación son decisivos para adquirir competencia para solucionar las consecuencias de los desastres.

■ ENSEÑANZA AL PÚBLICO

Ésta debe comenzar inmediatamente después del desastre y se debe continuar hasta que termine el proyecto. El énfasis de dicha enseñanza varía con el tiempo. Los objetivos de una campaña de enseñanza al público relacionada con la atención a los damnificados son:

- Obtener apoyo generalizado para el programa.
- Reconstruir la comunidad.
- Dar a conocer los servicios disponibles.
- Informar a la comunidad acerca de las actividades y el progreso del programa.

La aprobación y el apoyo de la comunidad son necesarios para la planificación y puesta en práctica eficaces de un programa para damnificados. Además, cuando se inicia un programa, es indispensable difundir información acerca de sus actividades y el sitio en que tienen lugar. Este tipo de información puede asumir diversas formas: orientar al público y a los damnificados sobre el hecho de que ciertos síntomas físicos y emocionales son reacciones normales al estrés después de una catástrofe, y señalar que, si una víctima necesita ayuda, puede llamar a los programas y pedirle al personal.

■ INTERVENCIÓN Y ORIENTACIÓN EN CRISIS PARA DAMNIFICADOS

Orientación en crisis	Técnica de intervención que restaura la capacidad de los damnificados para manejar y resolver las situaciones estresantes en que se encuentran y les ayuda a reordenar y reorganizar su mundo. Enseñanzas acerca de las emociones abrumadoras que producen las situaciones de estrés después de los desastres, a fin de ayudar a los damnificados a recuperar la confianza en su propia capacidad y la esperanza.
------------------------------	---

■ OBJETIVOS DE BÚSQUEDA Y ASISTENCIA INMEDIATA

- Aporte de enseñanzas e información acerca de los recursos disponibles para que reorganicen sus vidas.
- Ayuda en la identificación de sentimientos ambivalentes, aceptación de necesidades, solicitud de ayuda y aprobación del apoyo de consejeros.

- Ayuda con asignación de prioridades a las necesidades, obtención de recursos y aumento de la capacidad personal para resolver las prioridades concretas que se identifiquen.
- Oportunidad de participar y sentirse parte del grupo.
- Suministro de un método estructurado para percibir determinados problemas, observaciones de sí mismos, conducta y emociones intensas mediante la ayuda para comprender, definir y ordenar los acontecimientos del mundo, considerado éste en su sentido más amplio.

El método de búsqueda y asistencia inmediata puede ser el comienzo para relacionarse con la intervención de salud mental. En dichas situaciones, búsqueda y asistencia inmediata pueden seguirse por orientación en crisis.

El objetivo de la intervención psicológica después del desastre es aliviar la aflicción emocional o la desorganización cognoscitiva del damnificado, o ambas, además de ofrecer experiencias correctivas y suministrar información apropiada. El orientador en crisis puede ayudar a los damnificados a interpretar las emociones abrumadoras que experimentan, a fin de que comprendan la naturaleza reactiva de sus sentimientos, para que recuperen la confianza en su propia capacidad y la esperanza.

Los elementos específicos de la intervención en crisis, así como búsqueda y asistencia inmediata son:

- Reorientación y adaptación al periodo de transición social.
- Evaluación de la red de apoyo.
- Determinación del funcionamiento cognoscitivo y emocional, nivel de ansiedad, reacciones depresivas, temor e ira.

Durante la primera fase de intervención después del desastre, la actividad principal es el proceso de búsqueda activa de víctimas. Esta técnica de "primeros auxilios" ayuda a los damnificados a reorientarse y adaptarse a su nueva realidad transitoria. El método de búsqueda y asistencia inmediata es el primer paso indispensable para que un damnificado empiece a resolver la sensación de agobio por los sucesos del desastre.

Si bien los damnificados necesitan ayuda para enfrentar la realidad y decidir qué es lo que ha sucedido, lo que está pasando, y lo que acontecerá en el futuro, hay que tener mucha cautela para no debilitar las defensas psicológicas que empleen. Estos mecanismos de defensa, que le dan al damnificado una sensación personal de que conserva el control, consisten en negar la gravedad de una lesión, pérdida o trauma, y cierta incertidumbre con respecto al evento catastrófico.

Asimismo, aunque las expresiones de conmiseración ayudan, no hay que reforzar o recompensar el papel de víctima. Hay que promover y movilizar las partes más sanas de la personalidad del damnificado para mejorar su capacidad de "resistir" por el momento.

Es menester evaluar las reacciones emocionales del damnificado para decidir qué atención se ha de prestar a la situación y evaluar los niveles de ansiedad, depresión, temor e ira. Hay que movilizar todos los recursos del sistema de apoyo y las responsabilidades de la vida cotidiana pueden repartirse entre los miembros de la familia.

El mismo consejero en crisis debe buscar un equilibrio entre descanso y trabajo. Además, deben promover redes para mejorar sus propios sistemas de apoyo y prevenir el “agotamiento”. Los consejeros en crisis siempre deben tratar de facilitar la expresión y la comprensión de las emociones dolorosas que forman parte de todas las fases de recuperación.

El entorno donde los damnificados están físicamente ubicados es una variable importante que afectará la elección de la intervención psicológica. La rapidez con que entran y salen grandes grupos de damnificados en los albergues y los pocos trabajadores adiestrados en la atención en crisis, hace importante que los trabajadores comprendan las repercusiones de su interacción. Esta situación transitoria debe, por consiguiente, moldear el tipo de intervención que se utilice.

■ METAS Y OBJETIVOS DE LA ORIENTACIÓN EN CRISIS

Fomentar el dominio de la conducta de resolución de crisis obliga al consejero de salud mental a promover la acción dirigida a las “incógnitas” producidas por el cambio de ambiente. Las medidas apropiadas consisten en ayudar a los damnificados a seguir los procedimientos del albergue temporal, a esperar noticias sobre los acontecimientos después del desastre o a enfrentar la falta de información sobre el paradero de otros miembros de la familia.

Además, el consejero de salud mental puede proporcionar orientación al damnificado acerca de dónde concentrar sus esfuerzos. Es fundamental comunicarle que puede albergar una esperanza y transmitirle una actitud de interés y confianza en las probabilidades de un desenlace satisfactorio.

A continuación figuran los objetivos concretos de la intervención en crisis:

- Identificar los problemas generados por el desastre y las dificultades que plantea la necesidad del cambio.

Ejemplo:

Ayudar a los damnificados a adaptarse a la posibilidad de que no puedan volver a su casa y tengan que pasar mucho tiempo en un refugio de urgencia.

- Hacer una lista de opciones y estrategias encaminadas a la acción.

Ejemplo:

Explicar a los damnificados que en unos días se les proporcionará una lista de opciones de procedimientos para obtener recursos y de las alternativas para solucionar su situación vital.

- Elaborar un árbol de decisiones y los pasos para llevarlas a cabo.

Ejemplo:

Elegir a una persona para que ayude de manera permanente a los damnificados, o introducir un equipo de trabajadores de socorro que esté a disposición de las víctimas.

- Poner en operación las opciones.

Ejemplo:

Explicar las múltiples operaciones del refugio a los damnificados y “mostrarles” cómo funciona cada una.

- Adoptar medidas para resolver los problemas de los damnificados y conocer su reacción con respecto al desenlace y las consecuencias.

Ejemplo:

Conversar con los damnificados acerca de los problemas que enfrentarán cuando abandonen el refugio y preguntarles cuál es su reacción.

■ GUÍAS PARA LA INTERVENCIÓN

Evaluar las necesidades de salud mental de los damnificados en un entorno de asistencia posterior al desastre puede ser un asunto complejo. El ambiente es sombrío, el tiempo es corto y no se tiene acceso a los métodos de actividades comunes. En medio de esta confusión, los trabajadores en crisis necesitan evaluar el estado o condición mental y emocional de los damnificados y decidir cómo se afectarán sus capacidades para tratar de resolver sus problemas inmediatos y si es necesario de remitirlos para que obtengan ayuda profesional.

El consejero debe considerar pautas que lo ayuden a tomar decisiones acerca del tipo y nivel apropiados de actividad que pueden realizar los damnificados. Por otra parte, las intervenciones deben programarse en función de las posibilidades de que sean inmediatas o se retrasen, además de que dependen del estado emocional de los damnificados y la dotación del personal de urgencia.

A fin de evaluar el funcionamiento del individuo, el consejero en crisis debe investigar los siguientes factores de riesgo que dan indicios de las reacciones emocionales:

- Madurez psicosocial o inmadurez en la personalidad del damnificado.
- Función que cumple el estrés con respecto a las perspectivas sociales de desempeño, a juicio de los damnificados y de otras personas que vivan con ellos, dentro o fuera del refugio temporal.
- Estrés ambiental persistente con respecto a las condiciones sociales y físicas, incluidas intervenciones tales de tipo médico, el reasentamiento, falta de intimidad.
- Crisis accidentales en la vida del damnificado, antes o después del desastre, que lo afecten a él o a sus seres queridos.

■ PRINCIPIOS EN QUE SE BASA LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Es necesario preparar al damnificado para la orientación e intervención en crisis después del desastre. El consejero de salud mental lo logra a través de la información

que precisa para planear la intervención, al demostrar su capacidad y credibilidad, al describir el plan de intervención psicosocial y al obtener la cooperación del damnificado en el plan.

El consejero debe analizar las actitudes y expectativas del damnificado acerca de la intervención, para después pasar a la etapa de colaboración. Con base en este análisis, el consejero en crisis formula de manera tentativa el problema, el plan de acción o ambos.

Los consejeros en crisis deben familiarizarse con diversos modelos y elegir la combinación más apropiada según las características del problema. Los objetivos son aliviar la aflicción emocional o la desorganización cognoscitiva, o ambas, así como señalar experiencias e información correctivas al damnificado.

Es de suponer que los damnificados son capaces de resolver sus propios problemas después de que se les ayuda a identificar las barreras para las soluciones o a reorientar su conducta hacia la exploración de soluciones nuevas. En un inicio, los damnificados pueden traspasar la dependencia del consejero como un mecanismo para obtener su confianza. Por lo general, se debe aconsejar con cuidado, aunque esto no impide que se informe a los damnificados acerca de los asuntos pertinentes con respecto a los cuales no tengan información o que estén equivocados con el fin de que solucionen mejor sus problemas.

La comunicación en la entrevista inicial suele ser difícil, ya que muchas veces los damnificados manifiestan maneras distorsionadas de comunicarse, a causa de su intensa angustia y su desorganización cognoscitiva. También es frecuente que se pongan a la defensiva. Para que el consejero tenga éxito en el establecimiento de una comunicación irrestricta, depende de su capacidad general para lograr que el damnificado confíe en éste y en sí mismo.

Los damnificados necesitan ayuda para resolver la crisis actual, provocada por el desastre. Hablar del "aquí y ahora" sirve para establecer una relación, para que el consejero proporcione retroalimentación u opciones para la solución de problemas, y ayuda a que el damnificado analice formas realistas de avanzar hacia la solución de los mismos.

En otras ocasiones ciertos análisis de los métodos de solución de problemas empleados por el damnificado pueden servir para comprender la manera 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 anteriores. Por consiguiente, el recuerdo parcial del pasado puede ayudar a comprender la manera en que la víctima percibe los problemas que enfrenta y las opciones aceptables en función de su propio sistema de valores. La interpretación que vincula emociones o conductas que los damnificados no relacionaban 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.

Es indispensable reforzar las acciones positivas y recordar a los damnificados sus aptitudes y habilidades personales en la solución de problemas. Es importante concentrarse en las aptitudes personales que estén funcionando de manera satisfactoria y no sólo en las deficiencias o maneras patológicas de resolver sus problemas.

La finalidad de la intervención es producir un cambio en la capacidad del damnificado para solucionar problemas, la cual se ha debilitado a raíz de las condi-

ciones desastrosas. De manera específica, el estado mental de los damnificados se caracteriza por las siguientes manifestaciones:

- Expresan sentimientos de disminución de la confianza en sí mismos y no pueden recordar su capacidad pasada para superar los episodios traumáticos. Se sienten abrumados por las circunstancias externas posteriores al desastre, además de sus propios sentimientos y pensamientos confusos, los cuales surgen como reacción frente al mundo nuevo, desagradable y poco familiar.
- Creen que el fracaso será el resultado de todas sus experiencias traumáticas y de crisis, lo que sirve para fortalecer sus sentimientos de culpa y vergüenza como parte de la regresión adaptativa.
- Tienen resentimiento porque otras personas en quienes confiaban parecen no ayudarles o no están dispuestas a ello. La conducta de respuesta de dichas personas, entre las que se cuenta el personal multidisciplinario, puede causar auténticamente irritación, en virtud de sus expectativas con respecto a que los damnificados expresen agradecimiento, en vez de que sientan que tienen derecho a los servicios. La propia fatiga y frustración del consejero en crisis añade a menudo un círculo vicioso entre los damnificados, sus familiares y los trabajadores.
- Dependen cada vez más de otras personas por falta de una retroalimentación que evite disminuir su autoestima. Esto crea un distanciamiento cada vez mayor entre el damnificado y los sistemas de apoyo potencial.
- Pierden la fe en los valores de grupo y en opiniones que sostenían o en sus compañeros, lo que, en el pasado, les daba una sensación de seguridad y significado en el mundo. Los damnificados necesitan ayudar para restablecer y reordenar su fe.

El objetivo principal de la intervención en crisis es ayudar a que los damnificados 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 posterior al desastre. Otro objetivo es ayudar a los damnificados a buscar, adquirir y aprovechar los recursos de los organismos de asistencia para la recuperación para que los ayuden a reordenar su mundo y durante el proceso se sientan cómodos, seguros y con confianza en sí mismos.

■ TIPOS DE INTERVENCIÓN SEGÚN LAS FASES POSTERIORES AL DESASTRE

Primera fase: Actividades *triage*, *debriefing* y primeros auxilios

El objetivo primordial de la primera fase es reducir el estrés. Las urgencias psicológicas requieren evaluación inmediata y rápida de la conducta de la persona. Los datos de que se dispone para tomar decisiones son mínimos, además de que el tiempo y la energía humana son limitados. Las habilidades y conocimientos que se necesitan para tratar múltiples problemas pueden parecer abrumadores.

La situación de urgencia no sólo exige una nueva función del trabajador en crisis, sino que implica también ciertos tipos de intervención que pueden clasificarse con el concepto de selección o *triage*.

Las operaciones de selección en casos de desastre son los procedimientos que utilizan los miembros del equipo y otros trabajadores en crisis para evaluar la conducta, calibrar el grado y nivel de la crisis, así como para suministrar información. Estos conocimientos se transmiten al equipo asistencial para que planifiquen la ayuda, de modo que puedan aliviar la situación inmediata y las reacciones psicofisiológicas de los damnificados, dejándolos ventilar sus sentimientos y compartir sus experiencias.

Inmediatamente después del desastre, los damnificados pueden estar desorganizados emocionalmente durante un lapso transitorio. La desorganización cognoscitiva afectará la atención y concentración, el nivel de interés y participación, la capacidad para dejar de obsesionarse con la catástrofe, la capacidad de aprendizaje para absorber la información que proporciona el personal y recordar las aptitudes disponibles para solucionar los problemas. El objetivo terapéutico debe ser ayudar a que los damnificados reduzcan al mínimo los efectos de la desorganización y reforzar su dominio cognoscitivo. Deben ponerse en práctica procedimientos para que las víctimas se sientan más competentes y sigan siendo conscientes mediante el relato de sus historias y la validación de su sufrimiento.

Estas son las esferas de ayuda psicológica que sirven para manejar la desorganización cognoscitiva:

- Ayudar a los damnificados mediante el reforzamiento de su nuevo mundo social, por ejemplo, al demostrar la forma de programar el tiempo y planear el espacio y al reconocer la organización práctica de su vida diaria.
- Fortalecer la conciencia de que las reacciones sociales de la persona son apropiadas y enseñarle las reacciones normales después de un trauma. Muchos damnificados creen que “se están volviendo locos” porque observan los cambios en su conducta social.
- Ayudar a que los damnificados identifiquen las relaciones causales realistas entre los acontecimientos y las reacciones y discutirlos de manera individual o en grupos (éste es uno de los objetivos del método de *debriefing*, diseñado por primera vez para todo el país, después del huracán Mitch en Honduras en 1998, conformado por un componente educativo y por compartir reacciones emocionales traumáticas).

Con respecto al manejo de la desorganización emocional, el consejero de salud mental debe ser capaz de evaluar con rapidez el tipo y las cualidades del efecto predominante, por medio de la interacción social con los damnificados. Los principales efectos que se advierten en la fase inicial son tristeza, temor e ira, los cuales se manifiestan en múltiples formas y con intensidad muy variable. Algunas veces, su expresión es intensa, mientras que otras se reprimen y su expresión es defensiva, como por ejemplo, compostura fingida, calma y dependencia pasiva.

Durante la etapa de selección y primeros auxilios, el trabajador no debe tratar de modificar estas conductas defensivas. Constituyen una especie de recuperación psicológica inicial, la cual conserva el funcionamiento de la personalidad durante la fase aguda. Aunque estas conductas encubren las emociones, el trabajador no debe alterar la expresión de las emociones encubiertas hasta que llegue el momento y el sitio adecuados, cuando éste pueda permanecer con la víctima para velar por que se dé un proceso de recuperación de cierta estabilidad emocional.

Entre los objetivos de la intervención con damnificados albergados en refugios figuraría ayudarles a conseguir su comodidad física, una organización cognoscitiva

creciente y una especie de control emocional. Esto sirve para disminuir su sensación de impotencia, su conducta indecisa o regresiva y su convicción de que son incapaces de resolver problemas. Con ello, mejora su confianza en su capacidad personal, su autoestima, su flexibilidad para considerar soluciones alternativas y su capacidad para tolerar la confusión y la información contradictoria, las cuales son características de esta primera fase de atención.

Con el paso de los días, los consejeros de salud mental que intervienen en las crisis deben definir prioridades para la acción, como ayudar a mejorar la orientación de las víctimas, reforzar su enfrentamiento con la realidad y ampliar sus sistemas de apoyo. También deben surgir en los refugios otros sistemas de apoyo *de facto* en el grupo de damnificados.

La gran variedad de recursos disponibles debe organizarse de manera que se satisfagan las necesidades concretas de los damnificados, sean materiales o psicológicas. El personal de intervención en crisis puede movilizar la ayuda idónea al observar la forma en que se conducen los damnificados o el trato que reciben. Esto requiere un tipo especial de técnica que le permite al trabajador enterarse directa y personalmente a través de los damnificados de lo que perciben como necesidades inmediatas. El trabajador luego puede colaborar con personal de otros organismos y movilizar recursos para que los damnificados se sientan atendidos, en vez de desesperados, impotentes y desvalidos.

Segunda y tercera fases

En la medida en que se reubica a los damnificados de los refugios a vivienda temporal y después a sus hogares reconstruidos, surge una etapa nueva de duelo y crisis. Esto requiere un repertorio creciente de actividades de intervención de salud mental, que incluyen la intervención en crisis con el objetivo de lograr la resolución de la misma, y ayudar con las reacciones depresivas que surgen como respuesta al “segundo desastre”.

Las actividades terapéuticas pueden ayudar a lograr algunos de los siguientes objetivos al apoyar a los damnificados:

- Impartir enseñanza y suministrar información acerca de la ayuda disponible.
- Ayudar a identificar los sentimientos ambivalentes relacionados con el reconocimiento de las necesidades y la solicitud y aceptación del apoyo de los trabajadores.
- Ayudar a interactuar en el plano cognoscitivo, al asignar prioridades a las necesidades, aceptar consejos acerca de cómo obtener información y aumentar la capacidad de adaptarse a la desarticulación de sus vidas.
- Proveer un método estructurado para percibir determinados problemas, observaciones que hagan los propios damnificados, pautas de conducta y emociones intensas mediante la ayuda para comprender, definir y ordenar los acontecimientos del nuevo mundo

Una vez que se logran estos objetivos, es posible separar cada problema y hacer sugerencias para resolverlos. Al mismo tiempo, se ponen en perspectiva diversas esferas de la realidad cognoscitiva, emocional, conductual y social como un primer paso para comprender lo que sucede.

Todas estas actividades son preparatorias para otras posteriores. Si los damnificados necesitan y aceptan la ayuda que les brinda el orientador en crisis y situaciones de urgencia, se encaminan de manera natural a los métodos ahora aceptados de terapia y asistencia en crisis durante varias semanas. Si es preciso, se les remite a otro grupo de salud mental.

■ REACCIONES FRENTE A LOS ANIVERSARIOS

Las familias informan que al cumplirse otro año de la fecha del desastre vuelven a surgir recuerdos relacionados con sus emociones. En general, los medios de comunicación refuerzan estos recuerdos al publicar las imágenes del evento. La aflicción puede oscilar desde revivir el trauma hasta evocar el duelo no resuelto. Para los damnificados que han sufrido pérdidas significativas, el duelo sigue en curso un año después. Para aquellos damnificados que se enfrentaron a situaciones anormales después del desastre, el aniversario también puede proporcionarle la oportunidad de continuar la recuperación.

■ PLANIFICACIÓN PREVENTIVA DE LAS REACCIONES FRENTE A LOS ANIVERSARIOS

Los consejeros en crisis deben estar preparados y prever un aumento de las solicitudes telefónicas de ayuda para obtener orientación adicional. Muchos damnificados descubrirán que la orientación telefónica y el apoyo para identificar sus emociones como reacciones sanas era todo lo que necesitaban. Otros requerirán mayor asistencia y remisión.

El día del primer aniversario del desastre, es posible que los trabajadores mismos se estén preparando para volver a casa de sus familiares, por lo que es posible que les resulte difícil separar sus propios sentimientos de las reacciones de los damnificados. Los trabajadores necesitarán apoyo de colegas con más experiencia y de sus supervisores.

Al considerar el contenido de las pautas anteriores, el programa de intervención de salud mental puede organizarse en dos campos principales de actividades asistenciales. El primero es la intervención directa, cara a cara, con las familias que se albergaron en los refugios durante la etapa aguda de la urgencia. Al guiarse por los conocimientos de las fases cronológicas y la manifestación secuencial de los fenómenos de las crisis, el consejero puede identificar y organizar varios métodos destinados a ayudar a los niños y a sus familias durante las fases del aniversario de la crisis, la resolución y adaptación. El segundo campo se centra en las actividades en la comunidad, puesto que las familias se reinstalan en una vivienda temporal o permanente, lo que puede significar un cambio total de vecindario o redes de apoyo de otras personas. En esta situación cambian las fases de resolución de la crisis y habrá que recurrir a diferentes procedimientos de intervención en crisis, así como a individuos y a organizaciones de apoyo a las comunidades.

El objetivo de la asistencia en salud mental para familias durante el periodo de aniversario es el uso eficaz de intervenciones que: 1) restauren la capacidad del niño al nivel de funcionamiento propio de su etapa de desarrollo y lo ayuden a manejar la situación de estrés en que se encuentra él mismo y 2) ayuden a la familia a reorganizar su mundo para que pueda brindar un apoyo adecuado de crianza al niño.

La consulta con organismos de atención infantil que les ayuden a prever las dificultades cerca del aniversario, ofrece oportunidades amplias de asistir a las familias y a los niños traumatados por un desastre. Los empleados de las escuelas son colaboradores importantes que ayudan a los niños a resolver la crisis a largo plazo en la etapa posterior al desastre. ■

BIBLIOGRAFÍA

- American Red Cross, Disaster Mental Health Services I, 1995.
- Caplan G. The Theory and Practice of Mental Health Consultation. New York: Basic Books, 1970.
- Cavener JD, Spaulding JG and Hammett EB. "Anniversary Reactions." *Psychosomatics*, 1976;17 (4): 210-212.
- Cohen RE. Intervention with Disaster Victims. M Killiea & HC Schulburg, eds. *The Modern Practice of Community Mental Health*, p 397-441, San Francisco. Jossey-Bass, Inc. 1982.
- Cohen RE. Crisis Counseling Principles and Services. Disaster Handbook NIMH: Washington, D.C., 1985.
- Cohen RE. Post-Disaster Mobilization and Crisis Counseling Guidelines and Techniques for developing crisis oriented services for disaster victims. Roberts AR (Ed.). *Crisis Intervention Handbook: Assessment, treatment and research*, Chapter 14. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Co. 1990, 279-299.
- Cohen RE. Post-Disaster Mobilization of a Crisis Intervention Team: The Managua Experience. H.J. Parad et al., Eds. *Emergency and Disaster Management: A Mental Health Sourcebook*. Bowie, Maryland: Robert J. Brady Co., 1976.
- Cohen RE. Educación y consultoría en los programas de desastres. *Las Consecuencias psicosociales de los desastres La experiencia latinoamericana*, Simon Bolivar Program, Univ. Illinois y OPS, 1990
- Cohen RE and Ahearn FL. *Handbook for Mental Health Care of Disaster Survivors*. Baltimore. The Johns Hopkins University Press, 1980
- Cohen RE. Crisis Counseling Principles and Services. In Sowder BJ and Lystad M (Eds.) *Disaster and Mental Health: Contemporary Perspectives and Innovation in Services to Disaster Victims*, Washington DC: American Psychiatric Press, Inc., 1986.
- Cohen RE and Ahearn FL. *Manual de la Atención de la Salud Mental Para Víctimas de Desastres HARLA, México, 1a Ed, 1990.*
- Crisis Intervention Programs for Disaster Victims in Smaller Communities, 1979 reprinted 1983, 1990 7-5-37 DHHS Pub. No (ADM)
- DeWolfe D "A Guide to Door-to-Door Outreach." In Final Report Regular Services Grant, Western Washington Floods. State of Washington, Mental Health Division, 1992.
- Federal Emergency Management Agency and Center for Mental Health Services, *Crisis Counseling Programs for Victims of Presidentially Declared Disasters*, Washington, DC. 1992.
- Field Manual for Human Service Workers in Major Disasters DHHS Pub. No. (ADM) 87-1537. National Institute of Mental Health, Rockville, MD. 1987.

Harris CJ. A family crisis intervention model for the treatment of post-traumatic stress reaction. *Journal of Traumatic Stress* 1991;4(2): 195-207.

Shalev AY, Bonne O, & Eth S. Treatment of post-traumatic stress disorder: A review. *Psychosomatic Medicine*, 1996;58:(2),165-182.

Stuhlmiller CM *Rescuers of Cypress: Learning From Disaster, Vol. 2, International Health Care Ethics Services, New York: Peter Lang, 1996*

Terr LC. Childhood Traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 1991;148:(1),10-20.

The Media in a Disaster DHEW Pub No (ADM) 78-540; National Institute of Mental Health, Rockville, MD.

Wolf ME & Mosnaim AD (Eds.). *Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, phenomenology, and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990.