

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

Desastres y salud mental

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

USOS Y ESTRUCTURA DEL MANUAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DEFINICIÓN DE DESASTRE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fase preimpacto

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

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

Fase de impacto

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

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

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

Fase posimpacto

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

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

DEFINICIÓN DE DAMNIFICADO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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