
Educación y consulta

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

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

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

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

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

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

EDUCACIÓN

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

Enseñanza al público

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

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

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

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

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

Vaya el ejemplo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

Orientación e instrucción al personal del proyecto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONSULTA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Consulta de caso centrada en el damnificado

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

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

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

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

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

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

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

Consulta centrada en el programa

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

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

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

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

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

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

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

Intervención psicológica después de desastres

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

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

OBJETIVOS

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

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

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

CONCEPTOS

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

Función

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

Técnicas

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

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

Proceso

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

Nivel de responsabilidad

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

Objetivos terapéuticos

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

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

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

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

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

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

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

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

PAUTAS PARA LA INTERVENCIÓN

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

Factores de riesgo

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

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

Ambiente social

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

Uso de los recursos médicos y clínicos

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

PRINCIPIOS EN QUE SE SUSTENTAN LAS PAUTAS

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

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

Los siguientes principios clave deben tenerse en mente:

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

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

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

TIPOS DE INTERVENCIÓN SEGÚN LAS FASES DESPUES DEL DESASTRE

Primera fase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Segunda fase

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tercera fase

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

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

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

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

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

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

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

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