
Fase 1: Las primeras horas y días

En este capítulo y los dos siguientes se presentan experiencias y conceptos clave que evolucionan de manera secuencial durante la asistencia en desastres. En cada fase, los profesionales de salud mental tienen frente a sí ambientes diferentes y sus consecuencias psicológicas, también distintas, por lo que deben esforzarse continuamente en adaptar sus funciones y emplear habilidades distintas. Por lo tanto, en estos capítulos se describen las intervenciones en salud mental durante el proceso de atención en desastres, con énfasis especial en el conocimiento del entorno o ambiente social de los damnificados, las funciones de salud mental y, por último, las técnicas de intervención.

CONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES SOCIALES

Es importante que los trabajadores de salud mental comprendan de manera completa las condiciones sociales prevalecientes en el lugar de desastre. Además, deben considerar la alteración de tales condiciones teniendo en mente las características específicas del desastre. A fin de que se organicen de manera eficaz y apropiada los servicios de salud mental, los trabajadores deben conocer:

- El tipo e intensidad del desastre;
- La duración del desastre y del periodo de advertencia correspondiente;
- El número de personas afectadas;
- La magnitud de los daños en propiedades;
- Los tipos y números de víctimas, y
- Los tipos de recursos personales que los individuos afectados tenían a su disposición para contrarrestar las adversidades relacionadas con el desastre.

El trabajador de salud mental también debe tomar en cuenta problemas específicos con los que probablemente se topará en la asistencia a la población después del desastre. Estos problemas varían según el tipo de desastre y el tamaño de la comunidad afectada. Por ejemplo, desastres como los terremotos, tornados e inundaciones por lo general ejercen su efecto de manera repentina y breve, con un periodo de advertencia muy corto o incluso sin éste. Los huracanes y las inundaciones lentas tienden a ejercer un impacto de mayor duración, con un periodo de advertencia por lo menos breve. Si el desastre afecta un gran centro urbano, lo usual es que abarque diversos servicios y medios de comunicación, como las líneas telefónicas y los servicios de transporte, con lo que tiene mayor impacto en la situación.

Durante el terremoto de Managua en 1972, quedaron destruidos todos los hospitales de dicha ciudad, de 400 000 habitantes, con lo que no pudo darse en ellos la atención a sus propios pacientes y las personas heridas por tal desastre. La necesidad de establecer sistemas de hospitalización completa con hospitales de campaña militares donados por otros países mostró una de las necesidades principales de reconstrucción en el corazón de esta ciudad.

En un medio urbano por lo general se dispone de ayuda inmediata, no obstante alteraciones graves, gracias al número relativamente elevado de personal adiestrado en un área geográfica circunscrita. A la inversa, cuando el desastre afecta un área rural, es probable que resulten dañados menos servicios, pero también son proporcionalmente menores los servicios disponibles con prontitud, y en ocasiones no los hay.

Estas variantes afectan el tipo e intensidad de los problemas humanos subsecuentes que llaman la atención de los profesionales de la salud mental. La movilización del número y tipos apropiados de personal de salud mental depende de que se tenga información relacionada con las necesidades de las personas dispersas en el área específica afectada. Un componente importante de esta evaluación es la que realiza el personal de planeación de salud mental acerca de las medidas que ya han tomado los damnificados mismos y los organismos de ayuda en situaciones de desastre. Se requiere información acerca de los servicios específicos que ya se han proporcionado y los organismos, como la Cruz Roja, que ya realizan sus actividades en el sitio del desastre. Esta evaluación permite que los trabajadores de salud mental se movilicen con rapidez y se enlacen con la Cruz Roja y otros organismos apropiados en los niveles local, estatal o nacional, para su colaboración en los primeros auxilios.

Es necesario conocer el tipo y amplitud de daños físicos (por ejemplo, qué zonas o edificios han quedado destruidos en el área de desastre) a fin de determinar dónde deben ubicarse los grupos de trabajadores de salud mental y la forma de su movilización (automóviles, camionetas, lanchas o helicópteros) en los diversos sitios geográficos en que ocurrieron los daños. De tal suerte, los trabajadores deben saber si los damnificados han sido reubicados como grupo en refugios temporales o si hay personas que continúan atrapadas en sus hogares. Los tipos y ubicación de los grupos de ayuda de organismos públicos marcan la diferencia en cuanto al grado en que los grupos de salud mental se ven limitados físicamente para proceder en forma conjunta con el plan global. Por ejemplo, ¿es necesario que los miembros del grupo de salud mental asistan a reuniones de planeación y proporcionen servicios en diferentes partes de la ciudad o que se congreguen en un puesto de control central? Toda esta información es preparatoria para la planeación y asignación de los recursos de salud mental, que

son finitos y no pueden satisfacer de manera proporcionada las necesidades de todos los damnificados. Por lo tanto, la asignación minuciosa de los recursos es necesaria para que se empleen los mismos donde más se necesitan, y es precisamente en estas áreas de mayor necesidad que los trabajadores de salud mental requieren un mayor enlace con las actividades de otros grupos de rescate y asistencia.

CARACTERÍSTICAS DEL REFUGIO

Cuando los miembros del grupo de salud mental entran en un refugio, es imperativo que evalúen con rapidez el agrupamiento y ordenamiento del sistema social vigente para determinar dónde se necesita más ayuda y dónde deben establecerse los puntos de enlace con otros grupos asistenciales para lograr eficacia organizativa máxima. Es usual que el grupo de salud mental brinde más ayuda si se enlaza con quienes prestan servicios en los centros médicos de urgencia. Estos últimos abarcan los de la Cruz Roja y otros de carácter local, estatal o nacional, dedicados a satisfacer múltiples necesidades humanas de los damnificados.

En este punto, podría ser útil mencionar las actividades del grupo de salud mental que participó en las operaciones durante el segundo día de la ventisca de 1978 en Massachusetts en uno de los refugios. Después de que los miembros del grupo de salud mental identificaron a los líderes del sistema asistencial, incluidos los de la Cruz Roja y varios representantes del gobierno municipal, uno de los miembros de aquél solicitó que se efectuara una reunión inmediata para analizar la organización de los programas de asistencia y elaborar un plan de colaboración. Se introdujo el concepto de orientación en crisis y se plantearon procedimientos de comunicación de enlace. Este tipo de acción era necesario para la organización preliminar de los servicios.

Cuando se presenta un plan de acción claro y útil en un ambiente de confusión general a un grupo de trabajadores relativamente inexpertos, son muy altas las probabilidades de que lo acepten y utilicen. La información sobre el agrupamiento y el sistema social en el refugio, así como la colaboración y enlace con la Guardia Nacional y otros organismos de asistencia civil, debe procesarse en forma continua y sistemática dado el acelerado ritmo con que ocurren los acontecimientos durante la fase ulterior al desastre. Esto permite la mejor comprensión de los objetivos de los diversos organismos públicos y origina la coordinación de sus actividades con los del grupo de salud mental. Con esta información, puede elaborarse un plan de participación de este último grupo para preservar la continuidad entre los diversos organismos y realizar los cambios en las operaciones de planeación de las actividades de rescate.

Este tipo de enfoque sistemático es necesario si se pretende lograr organización en la desorganización inicial que prevalece en los refugios temporales. El relato siguiente, de las percepciones y reacciones personales de un supervisor de la Cruz Roja que entró en un refugio después de la ventisca de Massachusetts, ilustra la confusión señalada.

Durante las últimas partes de esto, Alan ya había llegado y trataba de encontrar algún sentido a la gritería que escuchaba. Yo había acorralado al señor D. para tratar de averiguar qué pasaba con la preparatoria y si podríamos usar o no unos cuantos salones para nuestros servicios, cuando se acercó el doctor. C. Perdí de nueva cuenta al señor D., ya que como jefe del refugio siempre tenía por lo menos tres personas esperando hablar con él.

Nos presentamos mutuamente y señalamos alguna información general sobre lo que estábamos haciendo cada uno, pero la cabeza me da vueltas con toda esta basura política; no necesito saber si hay una ley que dice que la salud mental es parte de la asistencia en desastres. Es evidente que resulta necesaria pero no puedo actuar de inmediato, y eso también es necesario.

Muchas personas entran y salen de los salones. Han estado en el refugio, pero pronto les va a pesar si no pueden cuidar de sí mismos, lo que incluye ponerse su propia ropa o ropa nueva.

De esta manera, mi atención se centraba en saber dónde estaba el señor M. y quién más podría abrir algunos de estos numerosos salones y autorizarme su uso durante algunos días.

Mi atención se concentró de nuevo cuando me di cuenta de que la doctora C no estaba intentando meramente informarnos de su presencia y de que participaría de alguna manera. Quería colaborar con nosotros y que nos coordináramos de modo que se pudieran brindar servicios de la mayor calidad a los damnificados. En mi cabeza, eso se traducía en otra cosa que debía hacerse de inmediato y no me parecía que fuera a terminar pronto lo que yo estaba haciendo en ese momento. Sin embargo, Alan se dio cuenta inmediata de lo que podría significar este enlace y empezó a trabajar en ello. Terminaron intercambiando números telefónicos, y no fue hasta que regresábamos a Boston, mucho después, que me di cuenta de que Alan tenía algunas ideas muy definidas para reunirse con la doctora C a fin de aclarar algunos detalles.

Esto ocurrió finalmente después de que nos reunimos con el alcalde y aclaramos, a él y otras personas, que un refugio temporal es una vivienda para 10 a 15 días, no seis meses o un año, como pensaban. Esto disminuyó significativamente los enfrentamientos políticos. El alcalde pensaba que la ciudad tenía la responsabilidad de pagar las construcciones, mobiliario y todos los sistemas de apoyo necesarios para que funcionara la asistencia a los damnificados. De esta manera, se me quitó un gran peso de encima y algunos más empezaron a entender lo que iba a ocurrir. Sin embargo, todavía no tengo medios para iniciar la atención de casos mañana, y ya han transcurrido cinco días después de la ventisca.

Conocer las categorías de planeación de actividades de rescate necesarias es útil para asignar el tiempo y energía disponibles a los diversos niveles de operación. Estas categorías son:

- La planeación organizativa de los servicios con los líderes y otros organismos asistenciales;
- La consulta con otros profesionales y enseñanza a los mismos sobre aspectos de salud mental que deben agregarse a los servicios de ayuda;
- Hacer conciencia en otros sobre las funciones especializadas de los profesionales de salud mental que pueden ser útiles en la ayuda a los damnificados. En operaciones pasadas de atención en desastres, los organismos encargados de las brigadas de ayuda por lo general no han tenido a su disposición los servicios especializados de los profesionales de salud mental; por lo tanto, los miembros de estos organismos no tienen la experiencia ni los conocimientos sobre la forma de conceptualizar y hacer uso operativo de las habilidades de los profesionales de salud mental, y
- La intervención directa y ayuda a las víctimas mediante un plan de primeros auxilios.

Los esfuerzos para mantenerse al ritmo operativo de otros profesionales requieren mantener abiertos canales de comunicación continua y centrar la atención en las.

tareas inmediatas. Este marco de referencia debe tenerse claro conforme evolucionan los procedimientos.

Una vez que se ha determinado dónde estará el centro de control o planeación de operaciones y los trabajadores de salud mental, los objetivos de estos últimos son más claros para otros trabajadores. Se trata de una información útil para evaluar la forma en que cada grupo que trabaja en el sitio de desastre puede usar los servicios de los demás. También es indispensable para que se establezca una relación de trabajo adecuada con los profesionales que no forman parte de los grupos de salud mental y que se logre la movilización eficaz del personal de salud mental para ayudar a los damnificados. Por ejemplo, es necesario saber la forma en que operan los trabajadores de la Cruz Roja en los refugios, además de conocer la manera en que se organizan los individuos en dicho grupo.

El personal de la Cruz Roja está organizado, en la mayor parte de las comunidades, como una mezcla de voluntarios con personal que viaja desde otras regiones en forma específica para organizar la ayuda en desastres. Por lo general, este personal es demasiado escaso para que comprenda con rapidez la forma de establecer el enlace con los profesionales de la salud mental y usar los conocimientos de éstos. En diversas ocasiones, durante las operaciones de ayuda en la ventisca de 1978 en Massachusetts, los miembros de la Cruz Roja se “sorprendieron” por lo útil que era la participación de los profesionales de salud mental. Se sintieron apoyados en la medida en que adquirieron conciencia sobre el potencial de ayuda y la flexibilidad de enfoque de dichos profesionales, que podían ayudar en la resolución de los problemas psicológicos de las víctimas. Los miembros de la Guardia Nacional, la defensa civil y los sistemas de atención médica sintieron lo mismo. Se tienen pautas amplias sobre la forma en que se supone que deben operar estos grupos, si bien se han advertido diferencias idiosincráticas e individuales en el enfoque los miembros de los diversos organismos.

Un ejemplo del tipo de problemas organizativos que pueden ocurrir con los miembros de un organismo colaborador ocurrió con un supervisor de la Cruz Roja en Massachusetts, cuando uno de los profesionales de salud mental empezó a diseñar los procedimientos que servirían de guía en la participación colaborativa. En cuanto el trabajador de la Cruz Roja identificaba a una persona con problemas emocionales o psicológicos, llamaba al trabajador de salud mental y le pedía su ayuda. La causa del bloqueo que se advirtió pronto en la relación de ambos trabajadores fue la forma en que el de la Cruz Roja identificaba y presentaba al profesional de salud mental con la víctima. El trabajador de la Cruz Roja reconoció que no sabía qué palabras emplear ni cómo introducir el concepto de ayuda psiquiátrica para solucionar los problemas del damnificado sin sentirse “culpable” por despertar la sospecha de que éste necesitaba un psiquiatra. Se llegó a un arreglo, consistente en que el profesional de salud mental se presentara como un orientador en crisis que participaba en un programa federal para ayuda en desastres.

AGRUPAMIENTO DE LAS PERSONAS DESPLAZADAS

En términos generales, es cierto que los grupos de tamaños variables, consistentes en familias o personas aisladas desplazadas, se agrupan alrededor de las áreas de refugio designadas por las autoridades. Es importante que los trabajadores de salud mental identifiquen las características étnicas y socioeconómicas de estos grupos. Las necesidades inmediatas de los grupos mismos se satisfacen en mejor forma si los trabajadores comprenden con claridad las costumbres y antecedentes culturales tradicionales de las personas que reciben su ayuda. Esto les sirve de guía en sus actividades de auxilio, de tal manera que sean aceptados y dichas actividades se ajusten a las necesidades de los damnificados, ya que las características especiales de los grupos son el factor del que dependen sus patrones de conducta durante el periodo de crisis inicial.

El concepto de la sensibilidad cultural puede ejemplificarse con la historia del caso de una víctima en un refugio:

Un barbero italiano de 50 años de edad estaba sentado, con una actitud más bien desalentada, sobre el catre que se le había asignado. El trabajador de la salud mental se acercó a él y le preguntó cómo se sentía. El barbero empezó a relatar la forma en que la tormenta había inundado su hogar y había destruido la mayor parte de la planta baja del mismo, donde tenía un refrigerador que acababa de llenar con alimentos. Había gastado cientos de dólares en comprar estos alimentos, en especial carne, para su familia. Continuó diciendo que había salido adelante del problema, si bien había tenido la aterrador experiencia de tener que esperar a que los recogiera una lancha mientras él y su familia se sentaban y veían el ir y venir de las aguas de la planta baja de su casa. Lo que finalmente le había originado estrés insoportable y conmoción fue pasar frente a su barbería en la lancha. Vio que había sido presa de los vándalos y era algo que no podía aceptar. Se soltó a llorar y gemir, al tiempo que expresaba su desaliento por el hecho de que hubiera gente que le hacía esto. Había intentado “controlar el llanto, como debe hacerlo un hombre”, pero perdió el control al ver que habían robado su peluquería.

CONFIGURACIÓN DE FUNCIONES

A continuación se presenta un esbozo detallado de la función de los trabajadores de salud mental durante las primeras 48 horas después de ocurrido un desastre. Sus funciones específicas durante esta fase se analizan como parte de los procedimientos de asistencia psicológica y de otros servicios más específicos después de desastres, como la obtención de recursos para ayudar a las víctimas en colaboración con otros organismos, como la Cruz Roja y diversos programas de ayuda a damnificados en los niveles local, estatal y nacional.

La función del profesional de salud mental que colabora con el personal de otros organismos y con funcionarios públicos que participan en las operaciones de control en la atención a desastres es todavía ambigua, aunque también forma parte integral de tales operaciones. La evolución de estas funciones alternas, según se practica en las situaciones de crisis de las nuevas comunidades, tiene efectos en las funciones clínicas tradicionales de salud mental. Las expectativas que tienen otras personas y los profesionales de salud mental respecto de estos últimos originan ciertas dificultades y problemas en el grado de adecuación que sienten dichos trabajadores en sus funciones de ayuda en desastres. Por ejemplo,

en un punto dado de las actividades después de la ventisca de Massachusetts, el personal de la Cruz Roja hizo observaciones sobre la forma en que percibían la actividad de los trabajadores de salud mental. En su opinión, estos trabajadores no tenían un enfoque claro y presentaban conducta confusa. No había dudas acerca de su interés genuino en ayudar a las víctimas y resultar útiles, pero los profesionales de salud mental parecían estar desconcertados, inseguros en cuanto a lo que deberían hacer y sin claridad acerca de la modalidad de su participación en las actividades en el refugio.

Los conceptos tradicionales de los trabajadores de salud mental como personas que tienen muy claras sus funciones y deberes en la actividad clínica y que conocen la conducta esperada (según lo perciben sus colegas) se ven alterados en el entorno de la ayuda después de desastres. Parece ser que la conducta tradicional debe adaptarse en forma adecuada para satisfacer los diversos tipos de necesidades que exigen acción oportuna después de desastres. Estas necesidades incluyen la capacidad de los trabajadores de salud mental, que tienen acceso a datos mínimos, para colaborar en forma rápida y flexible con otros profesionales. En su trabajo con la Cruz Roja, voluntarios y trabajadores de defensa civil, surgen problemas en lo relativo a la confianza, estilo de comunicación y familiaridad con las tareas mutuas, además de que es factible que no se identifiquen ni elaboren con claridad soluciones de colaboración. Hay problemas relacionados con tradiciones, con la colaboración a causa de diferencias profesionales en los sistemas culturales y de valores, y conflictos ideológicos sobre la forma de ayudar a los damnificados. También pueden surgir problemas por las expectativas de funciones, estado y conducta; éstos se aunan a las diferencias en las expectativas que se tienen en las diversas disciplinas de salud mental (médicos, trabajadores sociales, enfermeros y otras) que componen el grupo.

El ejemplo siguiente ilustra los problemas de la definición de funciones y expectativas (“¿qué se supone que debo hacer?”, y “¿qué están haciendo los demás o se supone que deben hacer?”). La narración es la percepción de un supervisor de la Cruz Roja después de entrar por primera vez a un refugio temporal:

Durante los dos días siguientes empezamos a brindar la asistencia inmediata en la preparatoria. Creo que fue en el primero de los dos días cuando un hombre joven apareció y se identificó como psiquiatra. No estaba seguro de lo que se suponía que debía hacer, al igual que nosotros. Aunque la cantidad de casos era relativamente pequeña tal día (me parece que unos 45), era nuestro primer día y estábamos: 1) sopesando qué podía hacer cada uno de nuestros colaboradores; 2) intentando establecer el ambiente físico más eficaz para dar la mayor intimidad posible en la atención a cada caso; 3) tratando de indagar con el jefe del refugio qué había ocurrido hasta dicho punto, además de averiguar quién era quién en la comunidad y cómo podrían ayudar o dificultar el proceso asistencial, y 4) tratando de enfrentar la confusión y ansiedad generales producidas por la situación, sacando gente del refugio y colocándola en hoteles (¿cómo íbamos a encontrarla después si no nos buscaba?).

John estuvo algún tiempo con el psiquiatra pero estaba enfrascado en la solución de una u otra crisis, de modo que dediqué algún tiempo a describirle qué hacía la Cruz Roja en la atención de desastres, señalarle algunos problemas que tendría la gente y especulando sobre la forma en que nuestros trabajadores derivarían los pacientes hacia él. Dado que no había problemas evidentes en dicho momento, creo que le sugerí que estuviera en la sala de espera y, si advertía que alguien estaba en especial ansioso o deprimido, hablara con él. Creo que lo ví una vez en la sala de espera después de dicha ocasión pero, cuando tuvimos en nuestras

manos una persona que evidentemente podría emplear su ayuda, ya se había ido. (Recuerdo vagamente que se acercó a mí y me dijo que tenía un caso que atender en su clínica y que se iba.) Esto fue desalentador, ya que era de noche y muchos de nosotros estábamos también muy angustiados.

Creo que lo que ocurrió los primeros días es que a horas tempranas del día, cuando estábamos descansados (al igual que los damnificados), nos sentíamos inclinados a manejar las situaciones, incluidos los problemas emocionales de los damnificados, como parte normal de nuestro proceso de atención de casos. Teníamos paciencia y estábamos mentalmente alertas, de modo que podíamos brindar apoyo emocional junto con el proceso de asistencia material. Si eso ocurría, las personas que iban a proporcionar servicios de salud mental pensarían que no eran necesarias, perderían el interés y tenderían a regresar a sus trabajos normales, donde sabían que sí las necesitaban. Eso equivalía a que ya se habían ido cuando nuestra energía se agotaba y ya no podíamos manejar el estrés de los pacientes, aunado al de nosotros mismos.

Después de unos cuantos días más nos formamos una idea más clara de los límites entre nuestro procedimiento de ayuda material directa y el de intervención en crisis, de modo que tuvimos mayor capacidad para transferir las situaciones problemáticas, incluso cuando podíamos intervenir.

La función de los trabajadores de salud mental no puede elaborarse meramente por interconexiones con los miembros de otros organismos de asistencia en desastres que ayuden a legitimar tal función. Es cierto que estas interconexiones son útiles como base y guía en la elaboración de los objetivos de salud mental. No obstante, la conciencia constante que tienen los trabajadores de salud mental de sus funciones les ayuda a comprender éstas, lo que a su vez les permite realizarlas con mayor eficacia.

Esta nueva definición de funciones tiene que elaborarse en forma inmediata, enérgica y sistemática para que la reconozcan y acepten otros profesionales de salud mental y los trabajadores de los organismos asistenciales en desastres. Conforme se desarrollan grupos y tienden a enlazarse los miembros de los organismos, hay que compartir la aclaración continua de funciones. Esto se logra mediante convenios, negociaciones y acuerdos verbales con que se dan respuestas congruentes a las preguntas que surgen como resultado de las explicaciones derivadas de los intentos de solución de problemas. Preguntar: “¿qué puedo hacer ahora?” y “¿cómo puedo ser útil?” al mismo tiempo que se pregunta “¿qué puedes hacer tú?” y “¿de qué manera puedes ser útil en la ayuda a los damnificados?” es una forma de brindar respuestas congruentes a la miríada de situaciones que surgen.

Este método de división de trabajo entre los diferentes grupos para facilitar y organizar la asistencia es evidente en el ejemplo siguiente, que muestra la forma en que se dividieron y asignaron las responsabilidades entre un grupo de ciudadanos y profesionales de Managua y otro grupo de profesionales de Estados Unidos, que trabajaron conjuntamente después del terremoto de 1972. Un elevado porcentaje de ciudadanos recibieron vivienda temporal en el campamento “América” (una hilera de casas de madera construidas por la Agency for International Development), donde los trabajadores iban de puerta en puerta en búsqueda de ciudadanos con problemas o dificultades. Cuando identificaban alguien que en su opinión necesitaba ayuda, lo derivaban a un grupo especial alojado en una de las pequeñas casas temporales de madera del campamento donde se había reubicado a todos los ciudadanos. En dicha casa, había psicólogos del grupo estadounidense que tomaban las anamnesis y realizaban

exámenes del estado mental con la ayuda de un grupo de estudiantes de la Universidad de Managua. Cuando un caso grave con síntomas de crisis aguda ameritaba intervención psiquiátrica o psicológica ulterior, la persona era derivada a un grupo psiquiátrico de apoyo que operaba en una de las clínicas de consulta externa que permanecían en pie. Este grupo de profesionales, paraprofesionales y voluntarios se reunía al final de día e intercambiaba rápidamente información o recibía instrucciones sobre la forma de ayudar a los damnificados; de esta manera, las habilidades e interés de todos se fomentaban al máximo.

En virtud de los cambios constantes por los procedimientos de reubicación también incesantes, deben elaborarse pautas de conducta normalizadas y ponerlas en práctica para facilitar la solución de problemas eficaz e informada entre todos los profesionales organizados de ayuda en desastres, que continúan modificando sus actividades conforme pasa el tiempo. Los convenios armoniosos y minimización de conflictos deben lograrse de manera que los grupos de ayuda estén listos para trabajar y tengan energía suficiente para apoyar y guiar la vida y el mundo dolorosamente desorganizados de los damnificados.

HABILIDADES

Tras evaluar la situación social que rodea la conducta de los damnificados después del desastre, llega el momento de analizar los métodos de intervención. Hay que tomar decisiones sobre la forma en que los trabajadores de salud mental deben intervenir como un grupo de primeros auxilios y los procedimientos que han de instituirse para ayudar a que los damnificados enfrenten la crisis mediante la adquisición de una sensación de control sobre su ambiente cambiante, no familiar y estresante. En primer término, es necesario que los trabajadores de salud mental practiquen las técnicas básicas de elaboración y puesta en práctica de la relación con personas que presentan conducta afligida. Esta técnica es conocida para los profesionales que atienden personas en crisis. En segundo lugar, es necesario que los trabajadores de salud mental se familiaricen con las reacciones individuales esperadas a la experiencia de sobrevivir a un desastre. El diálogo siguiente, entre un damnificado y el trabajador de salud mental, muestra la reacción emocional a un desastre:

Trabajador de salud mental: “Me interesa saber ¿cómo se siente? ¿Qué experiencias ha tenido?”

Víctima: “Fue muy deprimente. Trataba de pensar qué podía hacer, pero no podía encontrar ninguna respuesta acerca de lo que iba a hacer. Llegué más o menos al punto de escuchar a los demás y dejar que se encargaran. Sabía que iba a necesitar mucho tiempo para salir adelante. No importa quién lo ayude a uno, no puede reponer, no puede uno hacer que las cosas vuelvan a ser como eran. Ya todo había cambiado. Lo que había se había ido, y esto es cierto. A pesar de toda la ayuda que uno reciba, que se agradece, no es posible reponer, no es posible hacer que las cosas vuelvan a ser como eran. Las personas ni siquiera sabían qué daños habían sufrido. Estaban en el refugio, habían dejado todas sus cosas, y no sabían qué iban a encontrar cuando regresaran. Todo estaba en el aire en este punto.”

Esta víctima está expresando su sensación de pérdida y tratando de explicarse a sí misma qué ha ocurrido.

El repertorio de habilidades de intervención de salud mental y los objetivos de dicha intervención durante la primera fase después de un desastre pueden conceptualizarse, como procedimiento, en términos de un esfuerzo de “primeros auxilios”. Esta ayuda psicológica consiste en una intervención cara a cara con los damnificados. Este es el primer paso en su reorientación y adaptación a la nueva realidad transitoria, el paso inicial para la resolución de su crisis. Los damnificados necesitan ayuda para enfrentar la realidad y evaluar lo que ha ocurrido, lo que ocurre y lo que ocurrirá. Hay que tener mucha cautela para no obstaculizar los mecanismos de defensa que emplean con el fin de conservar el control. Un ejemplo del manejo de emociones por mecanismos de negación se muestra en el diálogo con una víctima rescatada:

Pregunta: “¿Cómo se siente por el hecho de que la evacuación de personas haya tardado tanto antes de que llegaran hasta usted? O simplemente se dijo: ¿qué puedo hacer?”

Respuesta: “Un poco molesto, pero tengo que ponerme en su lugar. ¿Qué tanto pueden hacer? ¿Cuántos son? ¿Qué equipo tienen? Verá, hay que tener el equipo, y ese es el primer problema aquí. Hay que tener el equipo. También hay que tener unas 300 personas, y sólo tienen unas 20. Si solo se tiene una barca, ¿para qué sirve tener 300 personas?”

El orientador en crisis acepta la realidad de los hechos. Apoya la sensibilidad y adaptación del damnificado a esta primera experiencia traumática y real y no trata de estimular la ira contenida y limitada. En la situación inmediata del damnificado, conservar el control es el objetivo principal de la orientación.

El trabajador de salud mental debe acoplar las técnicas empleadas para ayudar y apoyar a los damnificados en la reacción al estrés que produce directamente el desastre mediante técnica apropiadas según las reacciones emocionales y sensaciones características de las personas que forman parte de un grupo alojado en un refugio público. Además, es necesario alimentar de manera continua la relación entre orientadores y damnificados. Los trabajadores deben expresar su conmiseración sin mostrarse omnipotentes ni tener “fantasías de rescate”. Es imperativo que evalúen con rapidez el estado mental (funciones cognoscitivas y defensivas, así como niveles de angustia, depresión, temor o ira) y las relacionen en forma apropiada para ayudar a los damnificados. Deben combinar las expresiones respetuosas de apoyo con el uso óptimo del tiempo, técnica cuya adquisición reviste importancia durante esta etapa. Hay que lograr el equilibrio entre la expresión de conmiseración y el refuerzo y la recompensa al “papel de víctima”. El trabajador también debe advertir las partes saludables de la personalidad del damnificado y emplearlas para aumentar su capacidad de resistencia por el momento. Una técnica útil es prometerle, si es factible, que se le atenderá durante un periodo breve en el mismo día o el siguiente.

Una viuda de edad madura pedía ayuda a un trabajador de la Cruz Roja, haciéndole una pregunta después de otra en forma incesante: ¿Dónde los iban a reubicar?, ¿iban a recibir la ayuda que necesitaban?, ¿tendría dinero para arreglar su hogar?, ¿cuándo podría regresar a su casa para encontrar a una de sus mascotas? Se llamó al orientador y éste procedió a identificar la angustia intensa como parte de una personalidad iracunda y compulsiva. Después de permitir que la mujer expresara sus problemas y temores acerca de vivir en cercanía tan estrecha con otros, el orientador obtuvo datos acerca de las medidas que se iban a tomar y prometió que informaría a la viuda sobre ellas, al día siguiente. Se acordó una consulta de diez minutos cada mañana y la paciente se convirtió en una participante activa en el grupo

del refugio. Su angustia disminuyó y ayudó a una de las enfermeras en la programación de la atención a otras personas.

Al tiempo que los trabajadores de salud mental elaboran y adaptan sus funciones de planeadores, consultores, colaboradores y orientadores, es preciso que tengan en mente de manera constante sus propias limitaciones de fuerza, la contagiosidad de los temores e ira de los damnificados y su propia susceptibilidad a ellas. También deben protegerse contra las fantasías omnipotentes y muy seductoras de rescatar a los damnificados. La experiencia es muy personal y de carácter también muy emocional. La atención a personas afectadas por desastres se acompaña de altibajos emocionales, de modo que los trabajadores de rescate que no tengan muy claros sus recursos de enfrentamiento de crisis y los exceden sufren dificultades durante los primeros días después del desastre para mantener una conciencia equilibrada de la realidad.

En resumen, en los primeros dos o tres días los trabajadores de salud mental basan los procedimientos de ayuda en el diagnóstico de la conducta de crisis de los damnificados. Definen las prioridades de intervención, como la ayuda a quienes pierden el sentido de orientación, el refuerzo de la realidad, el logro de confianza de los damnificados en sí mismos y en quienes les ayudan, y la satisfacción de sus necesidades por medio de otros organismos. Además de crear sistemas de apoyo en derredor de los damnificados, hay que crear un sistema en el grupo de personas afectadas que están en los refugios temporales. La gran diversidad de recursos disponibles debe estar apoyada y organizada para satisfacer las necesidades específicas de los damnificados. Muchas de estas necesidades son materiales, si bien algunas son psicológicas. El trabajador de salud mental, al aceptar esto, puede movilizar la ayuda psicológica apropiada mediante la observación de la forma en que otros organismos o grupos atienden a dichas personas, así como las consultas para lograr la asignación apropiada de recursos los propios damnificados. Esto requiere una técnica especial que permira a los trabajadores de salud mental indagar, directa y personalmente de los damnificados y en las palabras de estos mismos, lo que perciben como necesidades inmediatas, a fin de interpretarlas. Después, el trabajador colabora con otros organismos y moviliza los recursos de éstos, de modo que las víctimas se sientan ayudadas, y no impotentes, desesperanzadas y privadas. La disminución del estrés es el objetivo primordial de esta fase.

Fase 2:

Las primeras dos semanas

CONOCIMIENTOS

La creación de una infraestructura temporal compuesta por estructuras humanas que forman enlaces colaborativos entre los trabajadores de salud mental y otros organismos sirve de base para la elaboración de programas en la segunda fase de la atención en un desastre. Los objetivos y actividades ulteriores de los trabajadores de salud mental se identifican en forma progresiva, conforme dichos trabajadores se unen a sistemas más amplios de operaciones de ayuda, que empiezan a crecer y adquirir patrones y estructuras más claros en los días ulteriores al desastre. Es necesario tener en cuenta que ciertos organismos de ayuda en emergencias, como la Cruz Roja, tienen sus propios objetivos, métodos y procedimientos, además de que sus operaciones forman parte de un sistema mucho más amplio en el nivel nacional, del que son “estaciones de campo” en el sitio de desastres.

Procedimientos similares a los empleados en los refugios pueden elaborarse como guía para los profesionales de salud mental en la solución conjunta de problemas con los representantes del gobierno u otros miembros de organismos de ayuda en desastres, que son extensiones de organizaciones mucho más grandes y complejas. Hay variantes sobre la manera en que se formalizan los enlaces administrativos con los grupos de salud mental y la forma en que los individuos acepten la introducción progresiva de los conceptos y métodos de salud mental en sus propios sistemas.

Un ejemplo de la dificultad en el establecimiento de enlaces de comunicación en la intervención de ayuda en desastres surgió en Massachusetts en 1978, cuando gran parte de los datos personales que los trabajadores de la Cruz Roja obtuvieron de los damnificados no estuvieron disponibles para los trabajadores de salud mental en vir-

tud de requisitos de confidencialidad. El personal de la Cruz Roja no había negociado la autorización previa para comunicar nombres y descripciones de episodios personales a los trabajadores de salud mental, que estaban interesados en el seguimiento y las visitas subsecuentes a los hogares de las personas para brindarles orientación en crisis a un plazo más largo que el de la atención en los refugios temporales, que se cerrarían después de varias semanas. Fue imposible que tuvieran acceso a tales datos en virtud de reglamentos regionales o nacionales.

En esta situación, se celebraron actividades y reuniones con el personal distrital y regional de la Cruz Roja para continuar la elaboración de una relación profesional colaborativa y planear la posibilidad de intercambiar información de casos en el futuro. Estas actividades aclararon de manera adicional las complejidades de la legitimación y autorización dentro de los modelos de servicios colaborativos. Este procedimiento puede variar dependiendo de que la atención de salud mental se origine en una clínica satélite cercana, una sola persona que brinda tales servicios, trabajadores de centros o clínicas de salud mental, o representantes oficiales de organismos centrales y regionales de salud mental.

Para los trabajadores de salud mental, la comprensión de los diversos enfoques relacionados con la autorización, poder y número de recursos de salud mental (personal, tiempo, etc.) es importante en la elaboración de un plan utilizable. Esto reviste importancia decisiva, en particular si se considera que los sistemas de salud mental todavía están en las fases iniciales de definición de papeles y funciones, así como de recepción y aceptación de responsabilidades después de desastres. Los sistemas gubernamentales de salud mental tendrán que hacer esfuerzos de importancia para participar, elaborar procedimientos y definir relaciones con los organismos de ayuda en desastres, tanto de manera formal como informal, a fin de prestar servicios profesionales de utilidad en la ayuda en desastres. Las variables importantes para el éxito de dicho esfuerzo al parecer se basan en la premisa de que el personal gubernamental de salud mental tome decisiones con rapidez; debe ser eficaz, con desperdicio mínimo del tiempo de los trabajadores de otros organismos, y aceptar tareas en forma independiente, basándose de manera mínima en la orientación y el apoyo de otros representantes, que están abrumados con sus propias tareas. Las necesidades de todo tipo de ayuda que tienen los damnificados y la falta general de familiaridad con la mayor parte de quienes les brindan ayuda forman la contraparte de dichas variables. Los grupos de trabajadores de salud mental participantes deben hacer frente a dichas variables conforme continúan brindando ayuda en las primeras semanas después de un desastre.

El caso siguiente pone de relieve algunas de estas cuestiones:

Los profesionales de salud mental que colaboraban con un grupo de la Cruz Roja en un centro federal establecido en un pueblo devastado habían establecido un método por el que, cuando los trabajadores de la Cruz Roja veían a un individuo que manifestaba aflicción psicológica, invitaban a los profesionales de salud mental para que participaran en la entrevista. Los trabajadores de la Cruz Roja solicitaron la ayuda en el caso de una mujer caucásica y soltera de 40 años que estaba confundida, perturbada e iracunda ante el hecho de que se le había reubicado, de un refugio en una preparatoria, a una casa con una familia. En ésta, rentaba un cuarto pero no tenía acceso a diversos servicios de la casa, incluido un aparato televisor. Había perdido el departamento que estaba rentando en forma previa, ya que la construcción resultó dañada, además de que su carro fue arrastrado por la inundación. Trabajaba

como ayudante de contador, pero estaba tan afligida que no había podido regresar a su trabajo. Lo que solicitaba era ayuda de la Cruz Roja para instalarse en un motel y obtener un préstamo a fin de reparar su automóvil.

A causa de su aflicción psicológica, esta mujer no podía expresar sus necesidades, por lo que el trabajador de la Cruz Roja solicitó la ayuda del profesional de salud mental a fin de indagarlas. Después de obtener algunos antecedentes necesarios, el resto de la entrevista se dedicó de manera principal a que la mujer ventilara su ira y sensación de pérdida de su ambiente familiar, simbolizado por el hecho de no emplear el televisor a su conveniencia en la habitación rentada. Cuando su ira disminuyó y se sintió apoyada, pudo pensar en forma más organizada y definir con mayor claridad lo que deseaba. Era evidente que sería casi imposible reubicarla en un motel, pero sí podía pasar de la habitación rentada a un departamento. Cuando se le planteó esta posibilidad, de nuevo regresó a su posición infantil de dependencia, diciendo que no sabía cómo encontrar un departamento, que no tenía automóvil y que quería que alguien la transportara. Esto precipitó de nueva cuenta otro círculo vicioso de preguntas, negación de necesidades, solicitud de ayuda y renuencia a participar de manera colaborativa en pensar cómo buscar un departamento. Al continuar apoyándola no obstante su ira y desesperación, empezó a hablar de manera concreta sobre la forma en que, mediante lectura del periódico y posiblemente la ayuda de un amigo que la transportara, podría encontrar una vivienda adecuada. Después, la mujer y el trabajador de salud mental hablaron con el personal de diversos organismos dedicados a proporcionar los recursos apropiados.

Este caso muestra la complejidad de la intervención de los trabajadores de salud mental, que deben ayudar a la movilización de los recursos saludables y el enfrentamiento de crisis de las personas traumadas, para que éstas puedan funcionar de manera adecuada en el amplio sistema burocrático establecido para ayudar a cientos de personas al mismo tiempo. Los damnificados con frecuencia se sienten frustrados por el papeleo necesario y quizá se molesten por tener que hacer largas colas esperando su turno para que se les asignen recursos que satisfagan sus necesidades específicas. Los profesionales de salud mental tienen que buscar activamente ayuda en otros organismos y sistemas de apoyo, a fin de elaborar un “plan de acción” que movilice a los damnificados en la búsqueda de la restauración de su modo de vida habitual.

FUNCIONES

Los trabajadores de salud mental deben observar y aprender la forma en que los organismos locales, estatales y nacionales, como la Cruz Roja, autoridades sanitarias y organismos de defensa civil, distribuyen y organizan su personal. Esta comprensión deben adquirirla en el entorno físico establecido para ayudar a los damnificados. En este punto, los enlaces que establezca el grupo de trabajadores de salud mental deben continuar mejorando la colaboración y coordinación sistemática de servicios iniciada durante las primeras semanas. Surgen nuevas relaciones dinámicas de grupo entre el personal asistencial y se aclaran algunas dificultades personales o conflictos entre organismos. En este punto, también se necesitan conocimientos actualizados sobre cualesquiera reglamentos de autoridades superiores de los sistemas u organismos de ayuda en desastres, mismos que tienen efectos en la asignación de recursos en el nivel local. Estos conocimientos son importantes para que los trabajadores de salud mental puedan movilizarse y ampliar los recursos auxiliares para beneficiar a los damnificados.

En los servicios de salud mental después de un desastre, es improductivo emplear sólo técnicas psicológicas o considerar éstas como un procedimiento que se practica independientemente de todos los demás fenómenos que ocurren en el espacio vital de los damnificados y su entorno. Hay que conocer y movilizar todos los recursos de ayuda disponibles, con inclusión de la interacción psicológica y la ayuda concreta disponible de la Cruz Roja y otros organismos de ayuda en desastres. Los damnificados esperan algo más que la mera interacción personal: necesitan vivienda, alimentos, dinero, ropa y transporte, aspectos de la ayuda que deben estar integrados.

Las necesidades vitales primordiales, así como las expectativas que tienen los damnificados en cuanto a ayuda concreta, hacen que la interacción psicológica por sí sola no revista significado para ellos. *El conocimiento sobre la forma y el sitio en que se obtienen recursos completos, aunada a la técnica psicológica apropiada para ayudar y brindar los recursos a los damnificados como parte de las actividades de ayuda integrales, define y diferencia la ayuda psicológica en desastres de los servicios de salud mental tradicionales que se prestan en clínicas y hospitales.*

La diferenciación entre los grados de actividades de asistencia en desastres, en las redes local o nacional, también es necesaria. La pregunta que hacen una y otra vez los trabajadores es si la persona ha sufrido pérdidas mínimas o importantes. Al parecer, una norma general entre el personal experimentado de diversos organismos es que las personas que han sufrido pérdidas totales necesitan más de todo en las primeras etapas de las operaciones de ayuda. Al plantearse esta cuestión, se empiezan a definir las dos categorías. El extracto siguiente, de una conversación grabada entre un damnificado y un trabajador de salud mental, ilustra con claridad los sentimientos de pérdida, confusión e impotencia del damnificado cuando intenta hacer los arreglos para recibir ayuda en un refugio temporal con el fin de reorganizar su mundo:

Un día, abrieron la iglesia. . . era martes. Fuimos a dicho sitio,, pero nos trataron como si no supiéramos la forma de hacer las cosas. Hicimos cola, recibimos números y ni siquiera nos ofrecieron una taza de café: fue algo espantoso. Después, estábamos totalmente confundidos. No sabíamos a dónde ir primero. Nos daban un número: va usted a este lugar, va usted a este otro lugar. . . tantos lugares y tantas cosas que hacer. . .

Todavía no quería regresar a la casa. ¿Sabía usted eso? No pudieron hacer que me acercara a la casa durante seis semanas. Cada vez que anduve cerca, me quedaba sentado en el carro y no me acercaba a la casa. No quería regresar a ella porque era la segunda vez que nos tocaba una tormenta. La tercera voy a morir allí.

Me dijeron que fuera al escritorio de vivienda. Supuse que encontrarían vivienda temporal. . . Me dijeron que fuera al HUD, que es la oficina encargada de la vivienda. No sabía que eso tuviera que ver con una oficina tan grande del gobierno; hasta donde yo sabía, se trataba simplemente de una vivienda. Me dijeron que me iban a ayudar a encontrar una casa. Me tomó 20 años construir mi hogar y sólo bastó media hora para destruirlo. Ya no podía llorar. No tenía más lágrimas. Y me dijeron que nos iban a ayudar con la casa. Después, continuaron preguntándonos si queríamos rentar una casa. No lo recuerdo, la verdad que no lo recuerdo.

Lo siguiente que recuerdo es que mi hijita estaba muy enferma. Pensé que ya no podía resistir más. En ese momento ya no resistíamos mucho; en realidad nos había afectado mentalmente. Ví a mi pobre hija, que tampoco podía acercarse a la casa. También estaba atemorizada. Yo estoy atemorizado. ¿Dónde vamos a ir? No tengo un centavo. Todo nuestro dinero está en la casa.

Continuamos regresando al mismo lugar. Qué van a hacer por nosotros? Cada vez que miraba a la gente, alguien tenía lágrimas. Era como una pesadilla. Recuerdo a mi amigo que estaba sentado: su madre tiene 90 años y la pobre viejita no podía estar donde estaba. Se puso muy grave. . . Tuvo que irse a vivir a la casa de su hijo, y todo el tiempo lloraba. La pobre mujer no sabía qué iba a hacer. Su hogar estaba inundado.

Todos estábamos en la misma situación en la preparatoria, sentados y sintiéndonos desatendidos, sin saber qué iba a ocurrir con nosotros. Si uno preguntaba, nadie sabía nada. Era algo desesperante. Era como si estuviera uno a merced de los demás. No sabíamos a dónde íbamos a ir y no nos importaba. Lo único que nos importaba era no regresar a nuestra casa inundada. No sabíamos nada. No supimos a dónde íbamos a ir hasta la noche del último sábado, cuando llenamos algunas formas y nos dijeron por primera vez que nos iban a llevar al Ramada Inn. Pero después no nos llevaron, y tuvimos que ir a otro motel. Permanecimos en él una noche, y después nos trasladaron con Howard Johnson. No supimos nada hasta el último momento; nadie nos decía nada. Si uno preguntaba cualquier cosa, ellos decían: "No sabemos nada al respecto". Supongo que a lo mejor no lo sabían. . . ¿Entiende lo que le quiero decir?

La función del trabajador de salud mental continúa definiéndose con base en las diversas expectativas, actividades y conducta en evolución que tienen lugar en la cambiante situación de los arreglos de vivienda y refugio temporal, conforme transcurren los días. Estas función se desarrolla de manera ulterior conforme los trabajadores advierten el tipo de ayuda que pueden brindar en coordinación con otra y como complemento de ésta. Los profesionales también interactúan con los grupos de planeación de los programas de ayuda a damnificados y quienes apoyan la expectativa de agregar componentes de salud mental en el diseño y puesta en práctica de tales programas. En el pasado, dichos planes evolucionaban sin incluir conceptos de salud mental. Hoy, los objetivos de salud mental pueden formar parte de los planes globales y procedimientos de ayuda que se organizan y llevan a la práctica. Otros organismos empiezan a esperar que los profesionales de salud mental realicen actividades diagnósticas de problemas de conducta y expresiones emocionales; se espera que dichos profesionales brinden tratamiento y prescripciones a los individuos con problemas, incluido en esto el diagnóstico de abuso de fármacos y alcohol. También consideran al trabajador de salud mental como consultor y colaborador. Se espera que el psiquiatra ejerza a la vez la función de médico, en virtud de capacidad de diagnosticar y prescribir medicamentos. Los profesionales de salud mental serán considerados cada vez más como miembros del grupo de ayuda en desastres en la medida en que se confíe en ellos y se les asignen responsabilidades, participen en la difícil asignación de recursos de los programas y asistan a las reuniones de solución de problemas en todos los niveles de planeación de los organismos correspondientes.

La conducta colaborativa en la asistencia de desastres puede considerarse como la ayuda activa que el profesional de salud mental da a los trabajadores de otros organismos y su asunción de la parte de la responsabilidad que le corresponde en la atención de los problemas individuales o de grupo. Este tipo de conducta permite que los profesionales de salud mental, además de analizar y aconsejar, participen en la puesta en práctica de un plan de atención a los damnificados. Comparten la responsabilidad de resolver situaciones problemáticas en la medida en que ellos y los trabajadores de los diversos organismos actúan de manera conjunta y apropiada según sus funciones y adiestramiento profesional respectivos. Los profesionales de salud mental pueden

visitar a las familias con los trabajadores de los diversos organismos, a fin de obtener informes sobre daños y pérdidas. También pueden participar en las discusiones de grupo de un damnificado con dos o tres representantes de organismos. De igual manera, es factible que visiten las familias por sí solos y después se reúnan con representantes de organismos para analizar la situación y plantear recomendaciones. En las situaciones de colaboración, tanto los trabajadores de salud mental como los de otros organismos tienen contacto directo y continuo con los damnificados y sus familias, y ambas partes contribuyen al programa de apoyo a los damnificados.

La coordinación incluye las actividades que los profesionales de salud mental realizan cuando sirven de enlace entre los individuos u organismos que participan en la asignación de recursos y el programa de apoyo a los damnificados. Es necesario programar el momento para que esto ocurra. Tiene que haber oportunidades para las reuniones y decisiones de grupo, así como para la discusión entre los diversos trabajadores asistenciales sobre la posibilidad de compartir responsabilidades, si se pretende que haya una colaboración como parte de la intervención después de desastres. Está siempre presente el riesgo de que, a causa de la intensidad y enormidad de las actividades de ayuda, éstas se fragmenten y no se adecúen a la satisfacción de las necesidades múltiples de los damnificados. De tal suerte, se crea una red discontinua de servicios. Los profesionales de salud mental sensibles al diseño de sistemas pueden prevenir algunas experiencias frustrantes con que se topan los damnificados, que se pierden en la maraña burocrática de actividades de ayuda en desastres, maraña en que todos los trabajadores intentan su mejor esfuerzo dentro de sistemas logísticos de difícil control.

A fin de desarrollar esta función y asimilarla, los profesionales de salud mental deben agregar dos nuevos y valiosos objetivos a su repertorio de habilidades en el trabajo de intervención. El primer objetivo consiste en ayudar, con un enfoque terapéutico “colegiado”, a los miembros de otros organismos que proporcionan recursos concretos a los damnificados. El trabajador de salud mental debe ayudar primeramente a que éstos expresen sus necesidades inmediatas. Dado que los damnificados están afligidos, lo cual es comprensible, con frecuencia no pueden expresar sus necesidades en forma adecuada y, de tal suerte, quizá no reciban ayuda suficiente de los diversos organismos. La narración siguiente ejemplifica un doble nivel de intervenciones en que un trabajador de la Cruz Roja, junto con otro de salud mental, pudo observar una intervención y actuar a manera de brindar apoyo al damnificado:

El trabajador de la Cruz Roja vio a una mujer que parecía perturbada y deprimida, y pidió a un trabajador de salud mental que la ayudara. Se trataba de una mujer caucásica, casada y de 35 años de una población que había sido destruida por la inundación, misma que relataba que su esposo había sido hospitalizado con dolor torácico intenso al día siguiente al desastre. Su hija había tenido que irse a vivir con otro vecino porque no había vivienda temporal para la familia completa, al tiempo que un hijo vivía con un amigo y dos hombres maduros en un departamento. A la mujer finalmente le habían asignado un departamento en una población cercana, y lo había aceptado. Cuando pidió a su hijo que se mudara con ella, él se rehusó y mostró una actitud beligerante y hostil. Era evidente que las relaciones en la familia eran ambivalentes incluso antes del desastre, pero los acontecimientos subsecuentes a éste habían roto los vínculos familiares.

El trabajador de salud mental apoyó a la mujer y la ayudó a expresar su dolor, alentándola para que llorara y narrara sus sentimientos. Acto seguido, llamó al supervisor de escue-

las, que estaba en el refugio, para que ayudara a elaborar un plan de acción junto con la mujer. En dicho plan se usaría la experiencia del orientador de la escuela a la que asistía su hijo, a fin de explorar más a fondo los problemas. La mujer pudo controlarse, su llanto disminuyó finalmente, su expresión facial empezó a ser más vivaracha y hubo signos de esperanza cuando aceptó, por escrito, el nombre y número telefónico del orientador en crisis con el que iba a continuar trabajando. Acto seguido, se dirigió al trabajador de la Cruz Roja y pudo expresar claramente las cosas que necesitaba para su reubicación.

El segundo objetivo importante consiste en que el trabajador de salud mental aprenda la forma de brindar ayuda rápida, eficaz y eficiente según las reacciones psicológicas y fisiológicas de los damnificados, además de colaborar con el personal de otros organismos para auxiliarlos física y psicológicamente. El método rápido de intervención puede ejemplificarse con el caso siguiente:

Una mujer caucásica de 40 años estaba desanimada y perturbada porque su esposo estaba pasando por un episodio de síntomas de abstinencia de alcohol. Él se rehusaba a que lo llevaran a centro de desintoxicación y su esposa estaba muy perturbada para convencerlo influyendo en alguna manera para que modificara su posición. Al tiempo que lo atendía un médico, un profesional de salud mental habló con ella y pudo averiguar antecedentes de sufrimiento y dificultades en las relaciones maritales que databan de antiguo, previos al desastre. Hubo varias ocasiones en que se separaron y después se reconciliaron, siempre con la promesa del esposo en el sentido de que dejaría de beber, pero era evidente que la relación se caracterizaba por un lazo masoquista, en que la esposa permitía pasivamente que la relación se deteriorara hasta el punto en que ya no podía soportarla y después se separaba como única forma de ejercer influencia en la conducta de su marido. También fue evidente que la mujer no podía permanecer en el refugio mientras su esposo estaba en el hospital, a menos que los trabajadores de salud mental les permitieran reunirse e hicieran los arreglos para que la transportaran de manera que pudiera verlo al día siguiente. Finalmente, ella aceptó y tomó la decisión de acatar el consejo del médico, misma que una vez puesta en práctica originó un cambio notable en ella, con disminución de sus síntomas de desánimo y tensión por crisis.

La posición que guardan de los profesionales de salud mental empieza a definirse conforme se aclaran todas estas funciones y las mismas son valoradas por los damnificados y otros trabajadores de ayuda en desastres.

HABILIDADES

Las habilidades de intervenciones en salud mental durante los primeros días que siguen a un desastre deben continuar aumentando y proceder según pautas establecidas, empezando por el enfoque de selección antes analizado, aunado a esto la adición de otros tipos de intervenciones terapéuticas breves. Deben establecerse objetivos para indagar con rapidez la estructura de personalidad, estado mental, necesidades y fuentes de problemas de los damnificados, conforme continúa la vida de éstos y reciben un nuevo hogar. A los factores estresantes después de desastres ya señalados, se aunan muchos problemas nuevos que surgen conforme los grupos de personas deben someterse a programas y procedimientos organizados, que se establecen para satisfacer sus necesidades de vivienda, recursos, cupones de alimentos, etc. Lo que realmente nece-

sitan los damnificados durante esta etapa es participar de manera activa en una parte de esta planeación e interrelacionarse con el sistema de autoridad en forma tal que sus acciones revistan significado para ellas. La respuesta a la pérdida de objetos materiales, estilos de vida habituales y rutinas diarias empieza a surgir conforme los damnificados entran en el sistema burocrático formal de la ayuda después de desastres. Esto subraya de manera adicional las dificultades que enfrentan los damnificados en la adaptación a su nueva vida, que continúa modificándose en forma casi diaria. La pérdida del espacio familiar produce una confusión de “esquema” que obstaculiza los modos acostumbrados y rituales de conducta diaria, lo que a su vez perturba las acciones de planeación y anticipatorias.

Cada una de las habilidades necesarias en los trabajadores de salud mental para que ayuden a las víctimas está sujeta a la influencia de la incertidumbre. La carencia de familiaridad con el entorno físico y los nuevos patrones de relación en el trabajo origina estrés e incertidumbre en los trabajadores de salud mental. Es evidente que la conducta del profesional en un medio que no le es familiar debe reflejar la nueva realidad y adaptarse a ésta. Los nuevos enfoques resultantes ponen de relieve la colaboración con otros organismos de ayuda en desastres para prestar atención psicológica a las víctimas.

A continuación se da un ejemplo. Tras de que un grupo de profesionales de salud mental obtuvo financiamiento para un programa de ayuda de un semestre después de un desastre, les fue necesario establecer enlaces con otros organismos de ayuda en desastres y grupos locales que habían estado apoyando a los ciudadanos durante meses en la reconstrucción de sus hogares y vidas. Un sistema de derivación a los trabajadores del proyecto se formó, y las reuniones se celebraron con regularidad. Este grupo continuó trabajando con los organismos de ayuda, de modo que todos los trabajadores participantes supieron cuál era el programa de servicios, qué solicitaban los damnificados y qué orientación en crisis podían ofrecerles. Se compartió información cuando terminaron las actividades de ayuda en el refugio temporal.

A fin de realizar las operaciones de ayuda de emergencia en las viviendas temporales dispersas, los trabajadores deben continuar la colaboración con los voluntarios de la Cruz Roja, personal médico y cualesquiera otras personas que participan directamente en la ayuda a los damnificados, sin importar dónde estén ubicadas. Cuando los damnificados precisan ayuda rápida, los aspectos logísticos de la comunicación pueden ser uno de los problemas más difíciles y el uso de los adelantos tecnológicos revisa importancia decisiva.

Las actividades de los trabajadores de salud mental abarcan el diagnóstico de situaciones sociales, emocionales y fisiológicas, así como la determinación de los métodos y procedimientos que deben emplearse en la ayuda a las personas afectadas para que éstas recuperen una conducta funcional e integrada en el marco de su vivienda temporal o de sus propios hogares dañados. Entre los procedimientos a corto plazo que deben emprenderse están los siguientes:

- Ampliar y reforzar los sistemas de apoyo de los damnificados (familiares o de organismos);
- Crear enlaces de los damnificados con los servicios de ayuda;
- Coordinar los recursos disponibles para los damnificados;

- Emplear procedimientos psicoterapéuticos, y
- Administrar sedantes leves u obtener medicamentos, después de la hospitalización, para los pacientes con trastornos mentales.

Es importante recordar que los objetivos de colaboración en las viviendas temporales siempre son a corto plazo. Estos refugios no son el sitio para iniciar el tratamiento de crisis o a corto plazo, ya que los cambios casi siempre ocurren de un momento a otro. Sólo puede tratarse de una operación breve, y un centro de orientación en crisis que funcione en un ambiente artificial y temporal sirve de base para establecer procedimientos que permitan saber que la persona necesita apoyo, se facilite su expresión de emociones y se la orienta hasta que el inicio de la planeación ulterior para su reubicación a largo plazo. Durante este periodo, hay que indagar dónde vivirá cada víctima en etapas ulteriores, a fin de poder brindarle de manera ulterior la atención psicológica a largo plazo.