Fase 3: Los primeros meses

CONOCIMIENTO DEL ENTORNO SOCIAL DE LA VICTIMA

La ira y frustración intensas que experimentan los damnificados durante los primeros meses después de un desastre se intensifican a causa de diversas reacciones psicodinámicas a los cambios necesarios en las condiciones de vivienda. Otros factores que contribuyen a la frustración son la mayor conciencia de lo perdido, dificultad para entender la forma de lograr ayuda económica y material, fatiga física, estrés emocional y cambios constantes en el grado de comodidad personal. Por lo general, los refugios para grandes grupos se cierran al cabo de un periodo breve. En lo sucesivo, los damnificados reciben alojamiento en viviendas temporales, casas móviles, casas de madera (como en Managua), hoteles y moteles. Algunas se mudan con parientes o amigos, mientras que otras regresan a sus casas dañadas y empiezan a repararlas.

El mundo cambiante de los damnificados en los meses que siguen al desastre origina nuevos tipos de estrés, además de los generados por la crisis inicial. La ayuda que ofrecen organismos, parientes o amigos a los damnificados provoca diferentes problemas logísticos y de desarrollo de recursos para los profesionales de salud mental, que deben emprender activamente la búsqueda y localización de pacientes dispersos. Una ventaja es que se topan con que éstos desarrollan nuevos ambientes que les brindan mayor comodidad e intimidad personales, además de cierta libertad para organizar su vida según sus propios deseos y estilo personal. El entorno físico más reducido y con mayor intimidad en que se celebran las conversaciones permite la interacción del trabajador de salud mental con los damnificados. La situación se enfoca de manera más precisa en los miembros de la familia, de modo que las técnicas y habilidades necesarias de intervención empiezan a guardar mayor similitud con las técnicas tradicio-

nales conocidas de intervención de los profesionales de salud mental.

En la medida en que tiene lugar esta reubicación temporal, termina una actividad de salud mental. Éstos, que quizás apenas hayan iniciado la organización de los servicios que los trabajadores de salud mental empiezan a comprender la forma en que funciona esta situación, los objetivos y actividades de representantes de otros organismos en dicha situación y el tipo de personal que asigna el gobierno, se cierran dichos refugios temporales. Continúan cambiando los documentos específicos de los organismos que se precisan para obtener ayuda o recursos adicionales, así como los reglamentos oficiales y las condiciones limitantes a que están sujetos los trabajadores de salud mental. Estos, que quizás apenas hayan iniciado la organización de los servicios, deben modificarla y continuar su trabajo. Es imperativa la creación de un modelo de asignación dispersa de recursos, si bien el grupo de organismos que deben continuar la colaboración estrecha varía de una comunidad a otra.

Es indispensable que el líder del grupo de salud mental identifique estos cambios a tiempo para hacer planes pertinentes según las modificaciones de los programas de otros organismos. Tiene que entender la forma en que funcionan los nuevos planes y trabar relaciones con los nuevos líderes de los organismos locales, estatales y nacionales, en niveles múltiples, así como organismos privados especiales de la comunidad.

Los esfuerzos de reconstrucción a largo plazo y las actividades de planeación de salud mental deben determinar si ocurre o no la colaboración continua. A su vez, esto sirve de base para que los organismos colaboradores participen en actividades ulteriores y determinen la forma en que se organizarán sistemáticamente los recursos de intervención en salud mental para los damnificados en los meses subsecuentes.

El proceso de desarrollo evolutivo inicia durante las primeras horas después del desastre entre los grupos de damnificados entra en una nueva etapa, con problemas también nuevos, incluidos los de comunicación. Emerge un nuevo complejo de límites en las actividades de los diversos organismos y trabajadores, conflictos en la estructura de poder entre dichos organismos, modificación de sus objetivos y niveles diversos de habilidades y conocimientos de los profesionales y voluntarios, lo que se añade a las múltiples dificultades en el intercambio de información adecuada. Es necesario revisar los convenios verbales celebrados entre los trabajadores y recordar dichos convenios al personal apropiado de las fases secuenciales de reubicación. Esto se vuelve en especial necesario a causa de la saturación de las líneas telefónicas y los mensajes deformados que transmiten los damnificados, además de los diversos profesionales que empiezan a aparecer en el sitio de los hechos, como evaluadores de bienes raíces, plomeros, carpinteros, y así sucesivamente.

El impacto y las características del desastre continúan cambiando conforme empiezan a disminuir la intensidad, desorganización y nivel de confusión en general, entre los damnificados y quienes los ayudan. Las etapas de desarrollo de la adaptación a la realidad, la resolución de crisis y el entorno psicológico de los damnificados se modifican en forma paralela. Los damnificados empiezan a mostrar sus características personales y específicas relacionadas con diferentes niveles de adaptación, que fluctúan en el tiempo. Quienes tarde o temprano son más vulnerables a descompensaciones fisiológicas o psicológicas leves o moderadas empiezan a mostrar signos de estrés psicofisiológico como parte de la respuesta a la crisis. Asimismo, comienzan la búsqueda y aceptación de ayuda en forma cada vez más numerosa, en los centros de orien-

tación. A manera de ejemplo, el caso siguiente ilustra la forma en que se ayudó a un damnificado mediante los esfuerzos concertados del trabajador de salud mental y los de otros organismos que tradicionalmente brindan ayuda en desastres:

Una viuda de 56 años siempre había vivido en la playa de una población afectada por un huracán. Esta mujer pidió orientación a través de algunos amigos. Se quejaba de debilidad, había disminuido unos siete kilogramos de peso y estaba muy nerviosa. Se veía agitada y lloraba con suma facilidad. Su esposo había muerto cinco años antes y vivía sola. Hablaba en forma casi constante y espontánea, y le preocupaba la demora en la obtención de los fondos prometidos por el organismo de ayuda federal y el hecho de que no había podido obtener el reembolso del pago que había efectuado a los trabajadores que arreglaron su casa. Quería contratar a sus propios trabajadores, en vez de los que enviaba el organismo de ayuda. Este insistía en que enviaría a sus propios trabajadores, pero ella no tenía confianza en ellos y no esperó, por lo que contrató a gente de su confianza. Ahora, les debía dinero y había recibido una factura por trabajos hechos en forma independiente de las "normas gubernamentales". Todavía eran considerables las tareas de reparación pendientes y sentía que lo que habían hecho los trabajadores como parte de las reparaciones mínimas no era suficiente. Sus síntomas de estrés parecían relacionarse con su falta de satisfacción por el hecho de que los empleados gubernamentales no parecían responder a sus cartas y llamadas telefónicas. Además, había recibido las formas incorrectas cuando pidió un subsidio y un préstamo, y le habían negado la ayuda fiscal relativa al mobiliario que había perdido, por lo que dicha pérdida no estaba bien documentada.

La mujer se quejó de las grandes dificultades que tenía en su vida diaria y en el trato con los organismos porque, según sus propias palabras: "No tengo un hombre". Era evidente que, si bien había varios problemas reales originados por el desastre, sus necesidades de dependencia la abrumaban. Todavía era de duelo su actitud, y sólo había expresado de manera parcial sus sentimientos al respecto. Sus mecanismos de defensa, debilitados por el estrés resultante del desastre y los acontecimientos ulteriores, no eran suficientes para contener sus conflictos en el marco de una estructura de personalidad rígida y obsesiva, que no le permitía enfrentar la ira.

Esta mujer sentía que no sabía cómo tratar con un mundo "masculino". El trabajador de salud mental pudo guiarla en todo el complejo mundo del trato con los organismos gubernamentales, para lograr que recibiera apoyo más apropiado. También la ayudó a ponerse en contacto con un sistema de apoyo adecuado que no había utilizado: su familia, que vivía cerca, y muchos buenos amigos. Por añadidura, el orientador la ayudó a recordar las ocasiones en que ella y su esposo habían enfrentado ciertas dificultades, y esto aumentó la conciencia de sus habilidades personales.

Después de seis o siete visitas, la paciente parecía estar mucho mejor. Sin embargo, poco después llamó de nuevo al orientador y, cuando éste la visitó, parecía agitada y agotada, mostrando signos de la presión a que estaba sometida en su forma de hablar, además de insomnio. Su problema, en sus propias palabras, era que: "No he podido pagar lo que debo y la gente espera recibir dinero que no tengo". Parecía ser que el cheque para el pago de algunas facturas se había perdido y estaba retrasada en algunos de los pagos. El trabajador de salud mental se puso en contacto con las personas apropiadas y empezó a solucionar el problema, después de lo cual dijo a la mujer que lo llamara en dos días si él no lo hacía antes. Ella llamó uno o dos días después y dijo: "No podía esperar más, de modo que fui al organismo del gobierno y pude solucionar el problema de comunicación". Después de eso, ella fue capaz de manejar sus emociones y soportar la ansiedad de la espera.

Un episodio más ocurrió cuando hubo una confusión acerca de una factura no pagada y la mujer se presentó a las oficinas del gobierno con su hermana y habló en un tono más

bien iracundo a un empleado del organismo gubernamental. Después de eso, llamó por teléfono al trabajador y se sintió muy culpable por haberlo “insultado”, además de temerosa de que se hubiera puesto en su contra y no recibiera el dinero. Cuando recibió el dinero, una semana después, se sintió mejor y al parecer recuperó el control sobre su conducta, se relacionó más adecuadamente con el trabajador al que había “insultado” y señaló que todos sus síntomas habían desaparecido. Esta mujer necesitaba que su mundo “concreto” guardara semejanza con el previo. Esto ocurrió cuando pudo pagar todas las facturas.

FUNCIÓN DEL TRABAJADOR DE SALUD MENTAL

La función del trabajador de salud mental experimenta otro cambio importante cuando las actividades se dividen en dos niveles, a saber, los refugios temporales centrados en familias y las oficinas centralizadas de organismos gubernamentales para la distribución de recursos y la ayuda en salud mental. Las expectativas de funciones que surgen en los refugios temporales acerca de la ayuda de los trabajadores de salud mental reaparece en esta fase. La función de dichos trabajadores puede sufrir alteraciones y tornarse vaga o confusa para los miembros de otros organismos que, en su mayor parte, han regresado a sus oficinas. Los damnificados experimentan una confusión similar y suelen preguntarse qué pueden hacer los trabajadores de salud mental por ellas en esta etapa de reconstrucción de sus hogares y sus vidas.

A manera de ejemplo, si una persona tiene dificultades para obtener dinero u otros recursos que le permitan reparar su hogar dañado, quizá sienta que es mínima o nula la utilidad de “simplemente hablar con el trabajador de salud mental”, aunque sufra insomnio, molestias intensas con sentimientos agresivos, o periodos de llanto. De nueva cuenta, es necesario que el trabajador de salud mental elabore un concepto interno de intervención psicológica y participe en las actividades relacionadas con la adquisición de recursos materiales. La ayuda terapéutica en esta área puede brindarse después de orientar a las personas y crear expectativas apropiadas sobre la contribución que pueden hacer los trabajadores de salud mental a otros, como los miembros de los diversos organismos gubernamentales y los damnificados mismos. Con base en sus actividades y el repertorio de conductas que muestren, los trabajadores de salud mental pueden reforzar la importancia de su función, de reciente aparición, en la ayuda en desastres durante la tercera etapa.

Las funciones iniciadas en los refugios temporales puede usarse como fundamento para crear una relación de colaboración profesional. Por ejemplo, la relación con los líderes de los grupos de la Cruz Roja, que son los mismos en los refugios temporales y las viviendas transitorias, suele continuar sobre una base de colaboración y responsabilidades compartidas, aunque la relación cambie en cuanto a las estrategias y responsabilidades. En la medida en que los representantes de los organismos se conocen entre sí, es posible hacer mejores arreglos y modificar la forma en que funcionan los trabajadores de salud mental, así como las técnicas relativas que son útiles para otros profesionales. De tal suerte, pueden hacerse las mejoras que procedan y es posible realizar cambios en los procedimientos interactivos a manera de prueba. Esta área de colaboración es tan nueva que son pocas las pautas disponibles al respecto.

El mismo tipo de negociaciones tienen que celebrarse con el líder, por lo general un administrador federal, de la oficina central de organismos del tipo de FEMA. Es

común que dicha persona tenga poca experiencia en la orientación en crisis o el trabajo de salud mental centrado en una población dada. Es útil enlazarse con él a fin de reforzar la posición de que todas las actividades de salud mental son parte de un programa nacional de ayuda a una población después de un desastre.

El enfoque de la intervención del personal para ayuda a los damnificados se adecúa al modelo de tratamiento de casos en el enfrentamiento del estrés que experimenta una persona en su situación vital. El objetivo es conjuntar recursos que apoyen y ayuden a la persona en su capacidad de adaptación y resolución de problemas. Dentro de esta función de administración, el trabajador de salud mental debe incorporar las funciones de planeador, enlace y obtención de recursos, al tiempo que participa en operaciones de intervención sanitaria y ayuda en desastres que, a estas alturas, se han modificado en cuanto a su ubicación, objetivos, recursos disponibles y personal.

Los recursos estatales y nacionales que se movilizan en la ayuda para la reconstrucción de hogares y barrios continúan teniendo importancia decisiva en la atención de los problemas de salud mental de los damnificados. Hay que establecer enlaces importantes entre los líderes de los grupos de salud mental y los planeadores, administradores y miembros de los niveles administrativos más altos de los organismos públicos y privados. Muchos enfoques de solución de problemas dependen de la cantidad de recursos y ayuda disponibles para los damnificados.

Los problemas de comunicación importantes, representaciones incorrectas y demoras entre los recursos ofrecidos y los servicios prestados a los damnificados son otra parte importante de aflicción recurrente en las crisis después de desastres. La colaboración activa y sistemática entre representantes gubernamentales de todos los niveles de los trabajadores de la salud mental fomenta el uso eficaz y eficiente de los sistemas de apoyo a los damnificados. La necesidad continua de documentación y comunicación entre los miembros de los diversos organismos refuerza la función del personal de salud mental como interventores y miembros auxiliares del grupo general de ayuda en desastres. Es frecuente que surjan dificultades en la colaboración, coordinación e interpretación del lenguaje de documentos, problemas que son factores estresantes simbólicos para los damnificados y que obstaculizan de manera adicional la resolución de sus crisis. Estas dificultades deben analizarse a fin de idear nuevos procedimientos con que se les dé solución. Esto se facilita si se investigan cuestiones relacionadas con el carácter confidencial de los datos y se establecen reglamentos que obliguen al intercambio de información. Las discusiones del intercambio colaborativo en ciertas áreas y la aceptación del mismo ayudan a que los trabajadores de salud mental creen sistemas de apoyo comunitarios para la población afectada. Estos intercambios con frecuencia están limitados por factores sociales o legales, que dificultan los esfuerzos cooperativos.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

El repertorio necesario de técnicas de intervención en salud mental aumenta conforme se identifican los diferentes objetivos y niveles psicológicos de intervención. Dado que el ritmo de las actividades de servicios en desastres se modifica tarde o temprano, por lo común después de varias semanas, pueden ocurrir nuevas actividades de planeación. Que esto se refleje en las opciones de acción y la elección de las

mismas cuando se tiene más tiempo para las intervenciones fomenta el uso de modalidades terapéuticas conocidas. Los cambios en el entorno físico y social, estado emocional de los damnificados y organización de las estructuras de los organismos de ayuda en desastres desde las primeras horas en los refugios, incluye la elección de los diferentes enfoques en la intervención de la salud mental. La estabilidad de los arreglos que se hacen para las condiciones de vida de la población afectada en los diversos refugios continúa cambiando, al tiempo que el ritmo de su solicitud de ayuda se desacelera y se vuelve irregular. Cada familia parece tener necesidades específicas y problemas diferentes. Estos cambios particulares y fluctuantes se manifiestan como variantes de la conducta y fenomenología de la crisis. En esta etapa, los trabajadores de salud mental atienden a familias de manera específica y ajustan sus servicios según el tipo y cantidad de ayuda adicional ya otorgada y el nivel de recursos psicológicos de que dispone el grupo de trabajadores de salud mental.

El ejemplo siguiente pone de relieve estas cuestiones. Se trata del caso de una familia de cuatro miembros en que el padre se puso en contacto con el orientador en crisis:

El padre era un mecánico automovilístico de 59 años sin trabajo. Había vivido con su esposa de 55 años y dos hijas de casi 20 años. Durante la tormenta, su hogar quedó inundado y fueron evacuados. En el principio, los ubicaron en una escuela designada como refugio. Esto fue seguido de su mudanza a un motel, en el que vivieron seis semanas, después de lo cual tuvieron que vivir con algunos parientes hasta que se reparó su casa.

El contacto inicial con el orientador en crisis se estableció cuando el padre lo visitó en la oficina que el orientador tenía en el área del refugio. Fue el miembro clave de la familia, que inició y continuó el contacto, y que también manifestó los síntomas de tensión, suspicacia, ira y pérdida ocasional del control de impulsos. Los demás miembros de la familia aquejaban fatiga, depresión, problemas de sueño y dificultades en sus actividades cotidianas. Estos patrones de conducta parecían relacionarse con su sensación de frustración y de impaciencia acerca de la reparación de su hogar.

Durante la ayuda a los miembros de la familia en el llenado de formas oficiales, el trabajador de salud mental empezó a indagar sobre las experiencias que la familia había tenido desde la inundación y les hizo preguntas relativas a la evacuación y situación actual. Los cuatro miembros de la familia se tornaron visiblemente agitados y tensos cuando intentaron recordar y relatar lo que había ocurrido. El padre tuvo que ausentarse por breve lapso para calmarse. La esposa comentó al trabajador de salud mental que su cónyuge tenía antecedentes de hipertensión y parecía perder el control con facilidad y reaccionar con ira, quedando inmovilizado por su estado físico y emocional. Ella creía que los problemas originados por los daños a su casa, la evacuación y la forma en que tenían que vivir había agravado la enfermedad. El marido perdió la "calma" cuando acompañó a un inspector para verificar los daños de la casa antes de iniciar los trabajos necesarios para que la pudieran habitar sin riesgo.

El trabajador de salud mental pudo determinar que el marido necesitaba orientación en crisis inmediata. También brindó apoyo a los demás miembros de la familia pero se concentró en la satisfacción de las necesidades del marido. Procedió a brindarle ayuda en algunos de los procedimientos burocráticos para la obtención de los recursos apropiados y también inició un tratamiento de resolución de crisis a corto plazo con el propio marido. Después de cinco semanas, esta actividad empezó a disminuir, conforme ocurrió lo mismo con los síntomas psicológicos de la crisis. El sujeto admitió sentirse mucho mejor y las reuniones se programaron al ritmo de una mensual.

Un día, el marido se presentó en la oficina y comentó sus problemas relativos a una solicitud de préstamo para la reparación de su hogar. Al brindarle ayuda técnica de nuevo, resultó evidente que este acontecimiento había despertado una vez más la reacción iracunda del paciente. En virtud de la intensidad de las reacciones emocionales que experimentaba ante la situación que enfrentaba, el trabajador de salud mental ató cabos sueltos de la orientación precedente y estableció con rapidez una alianza terapéutica para la solución de este problema. Sin embargo, el vínculo terapéutico en ocasiones entró en conflicto con la necesidad que tenía el paciente, de tomar decisiones y actuar en forma independiente. Esta necesidad fue satisfecha al brindarle opciones para definir objetivos y resultados esperados específicos dentro de un marco cronológico. El paciente consideró útil este enfoque y recuperó su sentido de orientación y capacidad.

De nueva cuenta, en la medida en que disminuyeron las proporciones de crisis percibida del nuevo acontecimiento, el trabajador de salud mental disminuyó su actividad con la familia. Las consultas periódicas mostraron que las cosas funcionaban en forma relativamente satisfactoria y que el marido tenía cierta iniciativa para mantener en equilibrio relativo los asuntos familiares. Finalmente se mudaron de nuevo a su hogar, y en la última consulta parecían haber recuperado su funcionamiento usual.

En esta última fase, con la mayor movilización, la posibilidad de orientar a grandes números de voluntarios y profesionales en salud mental para que continúen brindando ayuda debe tenerse en cuenta. El reducido grupo de salud mental por lo general empieza su trabajo en un refugio y aumenta el número de sus miembros con la participación activa de otros profesionales de salud mental, que muestran su interés y disponibilidad para dedicar tiempo a las operaciones de ayuda. La posibilidad del tratamiento a corto plazo, la ayuda a parejas y familias y el inicio de la terapia de grupo se torna real. Al mismo tiempo, continúan la intervención en crisis, orientación y derivación a los servicios de apoyo en las clínicas de salud mental u hospitales. Las técnicas que se ponen en práctica para establecer los enlaces y colaboraciones con otros organismos empiezan a disminuir como actividad primaria. La necesidad de administrar los recursos y colaborar con otros organismos persiste, si bien las características psicodinámicas de los casos que persisten en la comunidad parecen ser más complejas y extensas. En este punto, aparecen los síntomas psicopatológicos, en vez de la disfunción a corto plazo y el "síndrome de desastres" abrumador que se observan durante los primeros días.

El hecho de que las familias sean reubicadas en comunidades distantes al tiempo que los funcionarios de los diversos organismos regresan a sus oficinas centrales, situadas en diversas partes de una ciudad, origina un distanciamiento físico y psicológico, así como una barrera cronológica. A menos que se hayan establecido vínculos adecuados desde el comienzo, esto aumenta los problemas psicológicos y materiales relacionados con la ayuda a los damnificados. Continúa el problema de la saturación de líneas telefónicas y los trabajadores de salud mental se topan con el hecho de que no sólo tienen que ayudar a la población afectada en la resolución psicológica de los síntomas ulteriores al desastre, sino que también es preciso que la auxilien en la resolución de la frustración adicional que ocasionan las demoras o confusiones en la obtención de ayuda concreta.

Los trabajadores de salud mental también deben intervenir si los damnificados continúan siendo incapaces, a raíz de problemas emocionales, de comunicar sus necesidades de vivienda o trabajo a los empleados de otros organismos. Los problemas

burocráticos de comunicación y toma de decisiones, así como las dificultades en el trato con empleados de organismos de ayuda en desastres que no están disponibles para ayudar, o los problemas con la pérdida o demora en la autorización de documentos, refuerzan y agravan la inestabilidad emocional ulterior al desastre e intensifican el estrés, que apenas empieza a resolverse mediante la intervención terapéutica del orientador en crisis. El fenómeno de damnificados que entran una y otra vez en desesperación, frustración y depresión, después de experimentar una sensación esperanzada de resolución de sus problemas, origina un área de trabajo psicológico continuo a la que deben ser sensibles los trabajadores de salud mental. Es preciso que éstos desarrollen habilidades para diferenciar los fenómenos psicológicos del duelo natural, crisis, adaptación y conducta enfocada a la realidad, que se derivan de la impaciencia y frustración.

Cada etapa de la ayuda a la población afectada por un desastre tiene dificultades, pero la última es en especial difícil, conforme las personas que han sido alojadas en refugios temporales regresan a su mundo y familia alterados o fragmentados. En esta etapa, enfrentan la batalla cuesta arriba de organizar sus vidas, trabajo o pasado alterados. Intentan estos ajustés al tiempo que continúan bajo tensión emocional y fatiga intensa, además de estar atrapados en las fases de duelo. Estas personas, que todavía no pueden funcionar de la manera acostumbrada, continúan siendo identificados por el personal que brinda ayuda. A la inversa, algunas personas pueden centrarse en las tareas de sus vidas cotidianas. Han desarrollado habilidades de adaptación adecuadas y se han resignado a enfrentar la experiencia dolorosa del desastre y la experiencia traumática de las mudanzas múltiples. Sin embargo, la tarea de readaptación se complica en forma adicional si han sufrido la pérdida de seres amados o de bienes materiales importantes, como sus talleres u oficinas.

Las reacciones emocionales surgen con niveles diferentes de intensidad cuando se enfrentan las fases finales del proceso de duelo y sus secuelas. La identificación de la fenomenología apropiada, a fin de hacer lo mismo con la fase de duelo y confirmarla, así como los conocimientos sobre la magnitud de la ayuda necesaria como un enfoque de “ayuda al yo” son dos de las habilidades necesarias para comprender el nivel de resolución al que han llegado las personas en este punto.

En el cuadro 2 se muestran las áreas de interés en estas fases del desastre, en la elaboración de un plan para satisfacer las necesidades de salud mental de la población afectada. Se indica la interrelación de aspectos clave que enfrentan los trabajadores de salud mental cuando intentan acoplar recursos profesionales, utilizarlos y aplicar de manera activa sus conocimientos. En dicho cuadro se resalta también la forma en que las actividades específicas se enfocan según la fase en que se está, dentro de una serie de necesidades psicológicas según el desarrollo de cada persona, las operaciones de ayuda y rescate, y la resolución de crisis con su resultado de adaptación. Se muestran los puntos inicial y terminal de la ayuda activa, así como todas las actividades que deben estar interrelacionadas, y se establece la proposición de que un cierto porcentaje de las resoluciones de crisis duran más tiempo que el esperado.

TABLA 2. Planeación e intervención de los trabajadores de salud mental después de desastres

	Fase I	Fase II	Fase III
<i>Operaciones de planeación</i>	Decisión activa de ayudar Entrada al campo de acción Obtención de datos sobre la ayuda en el desastre Desarrollo de procedimientos de enlace	Identificación del papel de liderazgo Desarrollo de la dirección y administración de operaciones Refuerzo de vínculos adicionales con nuevos grupos de ayuda en desastres Selección y atribución de un área física para las operaciones de salud mental	Continuación de las reuniones sistemáticas y participación continua en la planeación constante y a largo plazo
<i>Consulta y enseñanza</i>	Desarrollo de relaciones colaborativas y participativas con los grupos de ayuda en desastres Desarrollo de procedimientos conjuntos con el personal de la Cruz Roja Ofrecimiento de ayuda técnica a los profesionales médicos Participación con los medios de comunicación en forma educativa, sean televisión, periódicos, radio y actividades comunitarias	Desarrollo y negociación de las relaciones de consulta con otros organismos de ayuda en desastres Participación y colaboración con los procedimientos de otros organismos Enlace de los servicios humanos dispersos y fragmentados	
<i>Objetivos de intervención psicológica:</i>	Desarrollo de procedimientos (acopio de información, documentación, carácter confidencial de los datos, sistemas de derivación, cierre de casos, acceso a documentación, almacenamiento de documentación, etc.) Selección ("triage") Primeros auxilios Orientación y apoyo Guía y consejo	Búsqueda activa de pacientes: Orientación en crisis Ayuda completa Apoyo: Derivación a una clínica u hospital Tratamiento a corto plazo Aclaración y enseñanza Ayuda para la obtención de recursos	Cierre de casos Vigilancia de la aceptación de la derivación de pacientes Vigilancia de los casos cerrados que han tenido problemas especiales Ofrecimiento de enlace con servicios adicionales si el individuo los necesita Seguimiento
<i>Proceso</i>			
<i>Técnicas</i>			
<i>Funciones</i>			
<i>Papeles</i>			
<i>Niveles de responsabilidad asumida</i>			

CONCLUSIÓN

En este manual se presentan los conocimientos básicos y aplicados de los efectos que tiene un desastre en la conducta humana. Es un intento de los autores por ensamblar, organizar y presentar el tipo de conocimientos de campo y documentar las técnicas de intervención fructíferas de los profesionales de salud mental que ayudan a los damnificados.

Esta es una área de intervención en salud mental que está en sus fases iniciales, pero ya se tienen algunos indicios sobre la manera en que las investigaciones básicas en los campos de la biología, química cerebral, medicina psicosomática, modelos de conducta y técnicas de intervención en crisis podrían mejorar la metodología de intervención en el futuro.

En este manual, se analiza la función de los trabajadores de salud mental y se identifican diversas funciones nuevas, que todavía precisan aclaración y definición adicionales. Los profesionales de salud mental tienen que participar en la planeación con los líderes clave de los organismos gubernamentales en los niveles estatal y nacional. Deben brindar orientación y consulta en el desarrollo inicial de los recursos de emergencia, en que la toma rápida de decisiones posibilita la intervención más apropiada con base en el conocimiento de la psicología de grupo y las reacciones psicofisiológicas. Esto requiere aumentar los conocimientos en la técnica de planeación y evaluación de necesidades. Éste es un nuevo campo para los profesionales de salud mental que colaboran con los organismos de defensa civil, Cruz Roja, sistemas o planes de atención en desastres y organismos similares. Otras habilidades y enfoques también son nuevos en el área de consulta, enseñanza y colaboración con los medios masivos de comunicación. El uso de nuevas tecnologías en la comunicación y el transporte rápidos forman parte cada vez mayor de los planes de ayuda en desastres, y también deben incorporarse a las técnicas de intervención de salud mental.

Por último, esta nueva metodología de ayuda psicológica a los damnificados debe ser tema de investigación, a fin de evaluar la manera más eficaz y efectiva de aplicarla. En el futuro inmediato no se tendrán recursos suficientes para ayudar al elevado número de personas traumatizadas que sufren los efectos de desastres naturales u originados por el hombre. De tal suerte, es necesario identificar métodos de intervención que controlen y prevengan los posefectos psicológicos devastadores de las pérdidas y los traumas que sacuden accidentalmente las vidas de las personas que tienen la mala fortuna de sufrirlas.