

dad de todas sus pérdidas. Al enfrentar las consecuencias del desastre a manera de segmentos, pudo asimilar los nuevos eventos estresantes en que se vio inmersa al tratar de obtener financiamiento, encontrar una nueva vivienda, visitar a su esposo en el hospital y más tarde, hacer los arreglos necesarios para su funeral. Intentó adaptarse a todas las situaciones y empleó la ayuda que le brindó un orientador en crisis. Su uso de actitudes defensivas es evidente, en especial durante el duelo después de la muerte de su esposo.

La señora L., viuda de 34 años, sufrió los incidentes recién descritos. Ella y su esposo habían dejado de trabajar cinco años antes, cuando quedaron desempleados a causa del cierre de la empresa donde laboraban. A pesar de graves dificultades económicas, pudieron efectuar el último pago de la hipoteca que pesaba sobre su casa. La señora L. se encargó de la atención de su achacoso cónyuge durante los últimos años de la vida de éste. Algunos años atrás, el hijo de la señora L. había abandonado a su esposa y sus dos hijos, de modo que ella tuvo que encargarse de la educación de sus dos nietos. Poco después, el hijo reapareció; había perdido su trabajo en otra ciudad y necesitaba apoyo emocional y económico. Aunque pocas veces tenían dinero suficiente, la señora L. se las arregló trabajando como niñera; nunca buscó la ayuda económica del gobierno.

La señora L. tenía dolores de cabeza intensos, que le diagnosticaron como de origen psicossomático, durante el periodo en que realizó trámites ante los organismos gubernamentales de ayuda a damnificados, después de conseguir una vivienda temporal, así como en el curso de la hospitalización de su esposo antes de la muerte de éste. Continuó reuniéndose en forma periódica con el orientador en crisis al que la asignaron, de modo que consiguió un sistema de apoyo. Una parte de la información que compartía con el orientador consistía en datos personales sobre su ocupación pasada, familia, religión, historia clínica, y así sucesivamente. Durante las reuniones, la señora L. describió su actitud ante la vida y su forma de resolver sus problemas. Al parecer, formaba parte de un grupo de damnificados que sufrieron aflicción emocional leve. A causa de la desproporción entre la gravedad de sus pérdidas, su edad y la manifestación y características cualitativas de su aflicción emocional, resaltó como una persona que había empleado sus habilidades de resolución en cada situación de crisis. Algunas de sus características consistían en ser evidentemente optimista, no sólo en la resolución de sus problemas sino también en cuanto a la esperanza de resolver tarde o temprano sus pérdidas. En vez de la sensación impuesta por el papeleo y las inspecciones, se sintió a gusto con el personal de los organismos gubernamentales y la ayuda que obtenía del orientador. Expresaba cierto resentimiento por la situación en que vivía y la posibilidad de negligencia en la "inspección" de la presa, pero al mismo tiempo satisfacción al realizar cualquier actividad que se pedía. Estaba plenamente consciente de las consecuencias graves de sus pérdidas, pero no temía al futuro y afirmaba que sus problemas sociales eran manejables, como lo habían sido en el pasado.

En lo fundamental, la señora L. era una persona reservada que no perdía fácilmente el control pero tampoco confiaba en los demás. Sin embargo, su actitud era cooperativa, cordial y agradecida en una forma discreta. Evitaba las expresiones emocionales de todos tipos, prefiriendo modular sus respuestas y mantener el control personal. Aprovechó todos los planteamientos que le hizo el personal gubernamental para solucionar sus problemas. Tenía memoria superior a la de una persona común y corriente, criterio social adecuado, capacidad conceptual y conciencia satisfactoria de la realidad dentro del caos prevaleciente en su vida.

La señora L. tendía al uso del autorrefuerzo positivo. Hacía preguntas apropiadas y escuchaba las opciones que se planteaban. Pudo utilizar la ayuda que se le brindó para adquirir conciencia de las soluciones de que disponía y evaluarlas. Ésta es la forma en que acostumbraba comportarse antes del desastre. Su actitud hacia la vida era práctica y con sentido

común. Su estilo cognoscitivo también era práctico y tendía a ser más concreta que conceptual en lo relativo a sus tareas cotidianas. Prefería los detalles concretos y consideraba su ambiente como algo que no había que conformar o modificar activamente. Su actitud de “tomar las cosas como vienen” se aunaba a su manera flexible de resolver los problemas. Con esta forma de pensar parecía controlar cualquier emoción basada en su vida de fantasía y no adquirir conciencia de cualquier pensamiento que le causara angustia. Por lo tanto, en circunstancias estresantes no era propensa a exagerar temores futuros. Para ella, se suponía que hay que enfrentar las tareas necesarias, y no preocuparse por ellas. Se basaba en concentrar su atención de manera específica y selectiva, formar conclusiones paso por paso e instruirse en forma autodidacta. Esta actitud de aceptación de la realidad le permitió soportar las pérdidas y desilusiones intensas, incluidos el dolor causado por la muerte de su esposo. No percibía las dificultades de la vida cotidiana como inevitablemente trágicas o insuperables. Los eventos aflictivos o fracasos parecían ser señales que movilizaban su conducta de resolución, en vez de activar el retraimiento o el autodesprecio. Su estado de ánimo variaba en una amplia gama y la aflicción al parecer activaba una conducta de mayor vigilancia, control y corrección. Controlaba sus emociones con sumo cuidado y participaba sólo en situaciones en que su actuación podía ser productiva.

La resolución de crisis, expresada en percepciones, cognoscitiva y conducta, es un concepto que se relaciona con los de estrés y crisis, pérdida y duelo, y sistemas de apoyo de la persona. La conducta de resolución dirigida a la adaptación y la salud y expresada en diferentes niveles consiste en modificar una situación estresante, sin definir nuevamente su importancia cuando hay un problema e intentar manejar el estrés que se está viviendo. Los profesionales de salud mental necesitan conocimientos sobre mecanismos específicos de resolución, a fin de diagnosticar trastornos en los damnificados y ayudarles en el logro de la adaptación y la evitación de trastornos emocionales.

Los cuatro conceptos claves presentados en este capítulo son el fundamento de los conocimientos que necesitan los trabajadores de salud mental a fin de comprender las reacciones de los damnificados y ayudarles en la superación de las consecuencias emocionales del desastre. Como se analizó, el estrés y crisis, pérdida y duelo, sistemas de apoyo social y emocional, y conducta de resolución y adaptación, son conceptos que se traslapan y suelen ser aplicables a la conducta de los damnificados.

Las personas que han sobrevivido a una inundación, huracán, terremoto o tornado experimentan el estrés que se deriva de la catástrofe misma y de sus consecuencias especiales, es decir, la muerte, pérdida de bienes materiales y reubicación. Estas tensiones pueden originar crisis en el damnificado, con consecuencias positivas o negativas en su conducta. La resolución de una crisis personal causada por un desastre depende en gran medida del grado de pérdida que sufra el individuo y de que disponga o no de apoyo social y emocional.

En el análisis de estos conceptos claves de uso común en la práctica de salud mental, los autores sugieren su aplicabilidad a las reacciones emocionales derivadas de desastres. Aunque son contadas las teorías que explican las consecuencias psicológicas de una catástrofe, además de que este tema continúa siendo controvertido en algunos círculos, es indispensable elaborar un marco de referencia conceptual para el análisis de estas conductas. En el capítulo presente se analizan cuatro conceptos relacionados entre sí que se consideran como conocimientos básicos para comprender este tema; en el capítulo siguiente se estudian los datos derivados de las investigaciones sobre desastres, a fin de profundizar en la gama de conocimientos aplicados en el área. Con

estos dos análisis, de conocimientos teóricos y aplicados, los autores presentan dos modelos de conducta de víctimas de desastres en el capítulo 3. Los profesionales de salud mental pueden emplear dicha información a fin de brindar servicios eficaces a los damnificados en sus comunidades.

---

## Conceptos aplicados en la comprensión de la conducta de damnificados

Cuando ocurre un desastre, los profesionales de salud mental tienen frente a sí diversas preguntas, como las siguientes “¿dónde puedo encontrar información acerca de los tipos de problemas que experimenta la gente después de una catástrofe?”, y: “¿quién me ayudará a comprender la forma en que suelen comportarse los sobrevivientes de un desastre?” En este capítulo se intenta responder a dicha pregunta y otras mediante el análisis de investigaciones sobre desastres en que se especifican los tipos de conductas observados en diversas condiciones, además de que se presentan dos modelos relacionados entre sí, ideados para explicar dichas reacciones.

No son muchas las investigaciones sobre las consecuencias emocionales de los desastres. En la mayor parte de la literatura existente se estudian las relaciones de conducta desde perspectivas diferentes, como la psicológica, intrapsíquica y sociológica. Para algunos autores, el concepto de cualquier respuesta psicológica grave a una catástrofe es tema de polémica considerable. Los investigadores en el área de salud mental no han dedicado atención suficiente a documentar estas respuestas, de modo que persiste la necesidad de investigaciones cuidadosas y continuas.

Muchas de las observaciones y estudios que se han hecho sobre los sobrevivientes de desastres señalan consecuencias emocionales específicas mediante el uso de un marco de referencia de fases de desastres. Estos elementos cronológicos consisten en las fases de preimpacto, impacto y posimpacto de una catástrofe natural. En otras palabras, la respuesta de la persona depende de las condiciones de la fase de que se trate. Este factor tiene gran importancia para los profesionales de salud mental que planean sus intervenciones terapéuticas.

Los autores tratan de integrar los conceptos básicos que se definen en el capítulo precedente con los diversos datos de las investigaciones que se estudian en este capítu-

lo mediante dos modelos de conducta de los damnificados. En estos modelos, se incorporan las fases cronológicas citadas y los conceptos de crisis y estrés, pérdida y duelo, sistemas de apoyo y resolución de crisis, junto con otros factores psicológicos y sociológicos. El objetivo de este intento de síntesis es que los profesionales de salud mental empiecen a plantear algunas teorías causales de las consecuencias emocionales de un desastre.

## CONDUCTA RELACIONADA CON DESASTRES

El tema de las consecuencias psicológicas de los desastres no ha sido un tema que atraiga mucho a los investigadores en salud mental. Gran parte de la literatura disponible al respecto se centra en variables sociológicas y hace énfasis en la organización de los servicios de emergencia, el impacto del desastre en la estructura social existente, los papeles de las víctimas y los trabajadores de los organismos asistenciales, y mejores formas de planear y organizar los programas de emergencia. Lo poco que se ha escrito acerca de la conducta de los damnificados no siempre ha sido sistemático ni comparable en cuanto a diseño, variables usadas o conclusiones generales. Algunos autores incluso afirman que un desastre natural tiene efectos psicológicos mínimos, si acaso, lo que les hace creer que el tema de las reacciones de conducta ante el desastre es, en el mejor de los casos, materia de controversia.

No obstante lo anterior, la literatura incluye datos que sustentan la opinión, común entre los profesionales de salud mental, de que un desastre sí origina efectos psicológicos graves. Lindemann fue uno de los primeros en explorar este tema, en su análisis de la conducta de las personas afectadas después del incendio del club nocturno Coconut Grove en Boston (Lindemann, 1944). Otros que han compartido su punto de vista son Lifton (1967), en su estudio sobre las víctimas de Hiroshima, desastre provocado por el hombre; Erikson (1976), con su trabajo después de la inundación de Buffalo Creek, y Cohen (1976), por un lado, y Ahearn y Rizo Castellón (1978), por el otro, en sus análisis sobre las hospitalizaciones psiquiátricas después del terremoto de Managua, Nicaragua. La pregunta que se plantea es: “¿Cómo reaccionan los individuos ante un evento que puede considerarse como cataclismo?”

Las consecuencias emocionales de un desastre dependen de muchos factores. Entre éstos se incluyen el tipo y duración del desastre mismo, de la fase de advertencia que le precede y de experiencias previas, así como la magnitud de la destrucción, el número de muertos y la forma en que los damnificados perciben e interpretan estos aspectos. Todos los factores citados pueden afectar la intensidad y magnitud de los efectos psicológicos (Fritz, 1967). La reacción inicial comúnmente observada es un estado temporal de choque, por lo que la gente puede experimentar confusión, aturdimiento y cierta desorientación, estado que puede persistir durante minutos u horas (Wallace, 1957).

En un estudio de las víctimas del huracán Audrey, se pidió que recordaran sus pensamientos durante el periodo de impacto. Muchos aparentemente habían superado el choque que les produjo la situación y la lucha por la supervivencia inmediata hasta el punto de que recordaron poco de lo que habían pensado durante tal periodo (Fogleman y Parenton, 1959). La reacción de choque puede considerarse como normal

en el contexto de pérdidas y destrucción considerables. Desde el punto de vista psicológico, los desastres tienen un efecto “narcótico”, que impide temporalmente que las personas asimilen el grado en que cambia su mundo y la posición que guardan en él (Moore, 1956).

Al momento de la catástrofe, cada individuo tiene frente a sí la dificultad de interpretar una realidad nueva y quizá aterradorante. La tendencia común es relacionar los signos del desastre con eventos normales y familiares. Esta inclinación es particularmente común en desastres que ocurren sin previo aviso o en que se desconoce la causa desencadenante. En ocasiones, se da la advertencia de peligro inminente, pero es habitual que las personas hagan caso omiso de ella. Este problema de interpretación correcta de la realidad también se intensifica cuando el individuo no ha tenido otras experiencias en desastres (Kilpatrick, 1957; Fritz, 1961). Un ejemplo de esto se refleja en el siguiente estudio de caso:

Fue una pesadilla, la presa South Fork había estallado y el torrente de agua avanzó hacia el valle Conemaugh y la población de Johnstown. Se transmitió de inmediato la advertencia del peligro, por vía telegráfica. Tan pronto recibió el mensaje, la señora Ogle, jefe de la Western Union Office [oficina de telégrafos] salió para comunicar a los habitantes del pueblo las nuevas del peligro inminente, como lo había hecho muchas veces en el pasado. ¿Por qué los habitantes de dicho poblado hicieron caso omiso de su advertencia, lo que dio por resultado 2 200 muertes? Según el periódico *Harpers Weekly* del 15 de junio de 1889: “Miles de personas no dieron crédito a la alarma porque era como muchas otras falsas advertencias que habían escuchado antes” (Gelman y Jackson, 1976).

A continuación se da otro ejemplo más reciente:

El huracán David tenía mucha fuerza cuando se acercó a Miami en septiembre de 1979. Con sus vientos de 220 a 240 kph, es la tormenta tropical más intensa que haya habido en el Caribe durante el siglo. Miles de personas murieron en las islas de Dominica, Española (República Dominicana y Haití), Santa Lucía, Barbados y Martinica.

Cuando el National Hurricane Center [EE. UU.] dio la alarma de huracán en el condado de Dade, el personal gubernamental inició la evacuación de miles de ciudadanos. Unos 5 000 a 6 000 ancianos fueron llevados de South Miami Beach al refugio de la Cruz Roja. Otros 20 000 residentes buscaron refugio en otros centros, en espera de que pasara el huracán.

El huracán siguió un curso de norte a noreste, a unos 50 kilómetros al oriente de Miami. Se informó de algunas ráfagas de 115 kph en Miami Beach y la porción norte del condado de Dade, pero la región no se vio sometida a los efectos plenos del huracán.

Los funcionarios gubernamentales se sintieron complacidos al ver que David no se había dirigido hacia la región. También les agradó la eficacia de sus medidas de planeación y evacuación. Todo había transcurrido sin mayores problemas. Sin embargo, poco después un psicólogo indicó que el pequeño error había sido el escaso refuerzo psicológico para quienes habían escuchado la advertencia y aceptado la evacuación. Expresó su temor de que en futuros huracanes algunas personas hicieran caso omiso de la alarma considerándola poco seria.

Hubo quien empezó a preguntar qué efectos emocionales podría tener ese pequeño error. Nadie parece saberlo a ciencia cierta, pero se habla de que sí ocurre algo. La reacción más notable después de este huracán fue de ira. Un varón de 70 años de edad afirmó, tras pasar la noche en un refugio, en condiciones de apiñamiento y olores desagradables: “Me la pasé mejor en las trincheras de la Primera Guerra Mundial” (Dade County Civil Defense Division Report, 1980).

Durante una crisis, es probable que ciertos mitos influyan en las percepciones que tiene un individuo. Uno de ellos es el *mito de la invulnerabilidad personal*, que hace que la persona crea que, si bien la fuerza destructiva es real, no le causará daños en lo personal. Cuando ya no es posible sostener este mito, suele ser reemplazado con la *ilusión de posición central*, o sea la sensación de que la fuerza destructiva está dirigida de manera exclusiva a la persona (McGonagle, 1964). Ambos mitos deforman la realidad y son dañinos hasta el punto de que pueden impedir que el individuo enfrente la realidad misma y hacer que adopte una conducta inapropiada. Resulta interesante que estos mitos suelen continuar mucho tiempo después del impacto del desastre e influyan sobre la conducta de las personas durante semanas e incluso meses posteriores.

Además de los problemas de percepción, hay factores psicofisiológicos que afectan la conducta personal poco después del desastre. Las respuestas emocionales varían de una persona a otra, pero parece haber consenso generalizado de que la emoción predominante que se expresa es el temor. Este suele manifestarse en la huida instintiva para salvarse a sí mismo y la familia, una sensación de seguridad al estar entre la muchedumbre y un estado de ánimo muy sugestionable. En casos más graves, la persona también experimenta petrificación por el miedo, alucinaciones y delirios (Fritz, 1961).

Los damnificados casi siempre tienen una actitud tranquila, comprensiva y considerada en su trato entre ellos y con los trabajadores que les ayudan (Wallace, 1957). Sin embargo, esta actitud dócil no debe equipararse con una de impotencia, irresponsabilidad y dependencia. Según Quarantelli (1960), esta "imagen de dependencia", en que se considera que los damnificados son impotentes e irresponsables, es una opinión errónea sobre su conducta.

La hostilidad e irritabilidad pocas veces se relacionan con la actitud tranquila y no exigente de muchas víctimas de desastres. Estas sensaciones, que se expresan inmediatamente después del cataclismo, suelen derivarse de un resentimiento generalizado que existía antes del desastre (Fritz y Williams, 1967). Debe agregarse que se trata de sensaciones que se vuelven más evidentes al cabo de semanas o meses, en especial si no se cumplen las promesas que hagan los trabajadores de los organismos que brindan asistencia a los damnificados.

Otra falsa idea de la conducta de los damnificados es la "imagen de pánico". La idea popular de que una catástrofe origina pánico por lo general se ha refutado en los estudios sobre la conducta de los damnificados. Cuando ocurre la reacción de huida, no se manifiesta en la forma que sugiere dicha imagen. El pánico, que es una forma relativamente infrecuente de conducta en el área de impacto de un desastre, ocurre sólo cuando la persona o el grupo se ven amenazados directamente por un peligro, o si el individuo considera que el escape es imposible en la situación. Una respuesta más frecuente al peligro es la de huir, que usualmente es la única elección razonable (Quarantelli y Dynes, 1970; Fritz, 1957).

Jack London, en su descripción como testigo presencial del terremoto de San Francisco, publicado el 5 de mayo de 1906 en el periódico *Collier's Weekly*, narra la ausencia de pánico como sigue:

Por increíble que parezca, la noche del miércoles, mientras la ciudad entera se derrumbaba estrepitosamente en ruinas, fue una noche serena. No hubo multitudes. Tampoco gritos ni

gemidos. No hubo histeria ni desorden. Pasé la noche del miércoles en el camino de las llamas que avanzaban, y en todas esas terribles horas no vi una sola mujer que llorara, un sólo hombre que estuviera alterado, ni una sola persona que tuviera el más leve signo de pánico.

En términos generales, la conducta humana parece ser adaptativa. Las personas actúan para protegerse a sí mismas y a los demás, en vez de enfrascarse en actos irracionales que tiendan a aumentar el peligro. Gran parte de las tareas de rescate inicial con frecuencia son obra de los damnificados mismos; la ayuda mutua y a la propia persona son comunes. Incluso entre las personas que están en el epicentro de un cataclismo, las formas de conducta centrada en objetivos son mucho más frecuentes que las de tipo irracional e incontrolada (Fritz, 1957; McGonagle, 1964).

La tendencia general suele ser hacia la conducta adaptativa, pero se dispone de poca información que explique los tipos de problemas psicológicos que experimentan algunas personas. Las estadísticas generales que describen la respuesta humana a los desastres indican que un 15 a 25% de la población afectada puede evaluar su situación y tomar medidas prontas, eficaces, sostenidas y que corresponden a la conducta adaptativa. El resto permanece en un estado de aturdimiento y asombro durante periodos variables. Al cabo de una hora poco más o menos después del impacto, la mayoría suele responder en forma apropiada, al tiempo que un 15% del total requiere uno o dos días para adoptar una conducta intencionada. Es en este último grupo que la desorientación, confusión, llanto, angustia paralizante e histeria hacen su aparición. Estas reacciones pueden persistir durante un período indeterminable (Fritz y Williams, 1957). El siguiente es un ejemplo de este tipo de personas:

La señora S. viuda de 45 años rescatada de un techo después de una inundación grave, había permanecido sola en la oscuridad durante cuatro horas, en espera de que la embarcación de rescate se acercara a su casa y la encontrara. Tenía en sus manos un pequeño perro, que pasó al bombero que le ayudó a entrar en la barca. El perro cayó en el agua, que todavía era un torrente, y desapareció. La señora S. trató de "ordenar" que la embarcación se diera la vuelta para buscar al perro y, cuando se le negó esta posibilidad, empezó a llorar en forma inconsolable e ininterrumpida durante el resto del viaje hasta el refugio. En éste, aceptó todas las órdenes y sugerencias con una actitud muy dócil pero caminó incesantemente de un lado a otro. Se rehusó a comer durante dos días y sólo hablaba acerca de la forma en que la habían rescatado. Después de permitirle que ventilara y compartiera sus sentimientos, empezó a planear los pasos necesarios para su reubicación.

Muchos estudios de la conducta relacionada con desastres se organizan con base en secuencias cronológicas. Aunque hay variantes, su forma general usualmente consiste en las fases de preimpacto, impacto y posimpacto. La primera fase, de preimpacto, incluye diversos factores importantes, como la duración de la advertencia sobre el desastre y la respuesta a ella, las experiencias anteriores de la persona con desastres y el grado de estrés presente en los sujetos antes de la catástrofe. La segunda fase, de impacto, abarca las respuestas de conducta inmediatas a los diversos tipos de desastres, al tiempo que la tercera, o de posimpacto, corresponde al grado de desorganización de la comunidad o la forma en que los damnificados continúan ajustándose. La comprensión de cada fase y su influencia en la conducta humana es importante para los profesionales de salud mental en cuanto a la planeación e intervención.

Son diversas las respuestas emocionales relacionadas con la fase de impacto que se señalaron ya en páginas previas. Estas reacciones, según muchos investigadores, continúan durante semanas y meses ulteriores, en el periodo de posimpacto. Los autores usualmente comentan la fase final del desastre como el periodo en que la víctima se enfrenta con la vida cotidiana en un ambiente que ha sufrido modificaciones radicales. La experiencia de peligro extremo y vulnerabilidad personal no pasa con el cataclismo, incluso para las personas que se han adaptado satisfactoriamente después de sobrevivir. Es algo que requiere tiempo para su asimilación. En el periodo que sigue a un desastre, los damnificados suelen estar afligidos por recuerdos atormentadores del evento y un temor intenso a que se repita (Wolfstein, 1957).

Según muchos expertos, la primera expresión emocional abierta ocurre durante el comienzo de la fase posimpacto, el así llamado "periodo de rebote". En dicho punto, la persona tiene necesidad de estar con otros y ventilar sus sentimientos relacionados con las sensaciones de pérdida que le causan conmoción o quizá de soledad (Tyhurst, 1951). Es usual que los damnificados sientan una gran necesidad de hablar y narrar sus experiencias relativas al desastre. Cuando se posterga la expresión emocional, los damnificados suelen manifestar hipoactividad, impotencia y un vagabundeo errático, apatía abrumadora o depresión. Una reacción extrema suele ser la respuesta de "choque", evidente cuando el individuo no puede comunicarse en forma normal (Healy, 1969). En este punto, tanto las características de sus respuestas y su tratamiento por el personal de socorro al parecer tienen importancia decisiva en los fenómenos psicológicos subsecuentes. Muchos expertos consideran que los servicios de salud mental profesionales en esta etapa facilitan la recuperación acelerada respecto de la desintegración temporal, además de ayudar a los damnificados afligidos (Tyhurst, 1951).

El periodo de rebote arriba descrito va seguido de lo que algunos denominan fase postraumática. Se ha planteado la hipótesis de que forma parte del periodo posimpacto y que puede continuar durante el resto de la vida de la persona. Las reacciones de esta fase abarcan la angustia fluctuante y transitoria, estado de fatiga, episodios psicóticos, pesadillas repetidas acerca de la catástrofe y reacciones depresivas. Las expresiones más graves y duraderas de estos síntomas han recibido los nombres de "síndrome traumático" o "neurosis postraumática" (Tyhurst, 1951).

Otro investigador, al describir esta fase, ha señalado que los damnificados suelen experimentar insomnio, molestias digestivas, nerviosidad y otros síntomas físicos. Algunas expresiones más graves de conducta podrían ser una reacción de depresión que se manifiesta por la falta aparente de emociones, una expresión ausente o inmovilidad. La respuesta de hiperactividad puede consistir en una actitud tendiente a discutir, habla rápida, pérdida del criterio, llanto inconsolable o vagabundear corriendo sin sentido aparente. También puede haber reacciones corporales como la náusea intensa, vómito e histeria de conversión (Healy, 1969).

El periodo de posimpacto o postraumático ha sido interpretado como una fase en que ocurren diversos problemas emocionales duraderos. Lifton, en su obra *Death in Life*, estudia los problemas psicológicos a largo plazo de los damnificados de un desastre causado por el hombre, el bombardeo de Hiroshima (Lifton, 1967). En su análisis, elabora cinco conceptos para comprender mejor la conducta de los sobrevivientes, a saber, huella de la muerte, sensación de culpabilidad relacionada con la muerte, atur-

diminuto, rechazo a la atención compensatoria, temor al contagio y definición de la propia persona.

La base de todos los conceptos acerca de los sobrevivientes es la “huella de la muerte”. Con la conciencia vívida de ésta, los damnificados pueden responder con una mayor vulnerabilidad o con una sensación de invulnerabilidad reforzada a causa de haber enfrentado la muerte y haberla vencido. La huella de la muerte se relaciona con “fascinación por la muerte”, que suele manifestarse en la forma de un gusto anormal por la escenas de muerte y más adelante, una imagen imborrable de encuentro con la muerte. Los síntomas iniciales de estas sensaciones se han descrito como características de pena aguda, que incluye preocupación por la muerte, sensación de culpabilidad, molestias corporales y conducta hostil.

La experiencia de sobrevivir usualmente se acompaña de una sensación intensa de culpabilidad. Esto puede ser resultado de sentir que se sobrevivió a expensas de otros. La defensa principal del damnificado contra la sensación de culpabilidad por la muerte es la interrupción de los sentimientos, o sea el aturdimiento psíquico. Este es un proceso que protege contra la impotencia total y contra una sensación de que una fuerza indomeñable ha invadido a la persona. Aunque el aturdimiento psíquico se inicia como un mecanismo de defensa, su fracaso suele abrumar al individuo con imágenes acerca de la muerte. Al quedar atrapado por “amenazas” o preocupación continua acerca de la muerte, el damnificado quizá sólo pueda expresar o disipar sus sentimientos por medios no verbales o con síntomas psiquiátricos adicionales.

El estado general del sobreviviente y sus relaciones personales pueden estar bajo la influencia de la sospecha de que se le brinda atención compensatoria y la percepción del temor que tienen otros al contagio. Esta sospecha puede hacer que la víctima sienta que todos abusan de ella, en particular quienes más ayuda le brindan. La angustia relacionada con el contagio suele fomentar una sensación de exclusividad entre los sobrevivientes, con base en sus experiencias compartidas y el “conocimiento de la muerte”.

En última instancia, cada uno de los sobrevivientes debe enfrascarse en un proceso de formulación al reestablecer, desde su interior, una definición de la propia persona con respecto a la “nueva realidad”. Esta es la manera en que el damnificado intenta recuperarse del trauma del desastre y poner en práctica la conducta de resolución de crisis necesaria para comenzar una nueva vida.\*

Diversos estudios de desastres contribuyen a nuestra comprensión sobre la etapa posimpacto. Uno es el fino análisis de Erikson sobre las consecuencias emocionales de la inundación de Buffalo Creek. El autor, al advertir la gama de problemas psiquiátricos presentes después de la catástrofe, llegó a la conclusión de que muchos eran resultado de la desorganización social causada por el cataclismo, si bien algunos eran resultado directo del desastre mismo. El proceso de reubicación, el hecho de vivir en un ambiente no familiar y la necesidad de iniciar de nuevo la vida sin los seres amados ni trabajo fueron estreses adicionales que originaron problemas psicológicos. El impacto de la desorganización social en el periodo ulterior al desastre ha sido denominado “el segundo desastre” (Erikson, 1976).

\*Evelyn J. Bromet y Charles Schulberg, investigadores de la University of Pittsburgh, han iniciado un estudio en Three Mile Island, acerca de las consecuencias psicológicas y aspectos sociales del accidente nuclear ocurrido en dicho sitio.

Datos más específicos sobre las respuestas emocionales forman parte de un estudio de hospitalizaciones psiquiátricas después del terremoto de Managua, Nicaragua (Ahearn y Rizo Castellón, 1978). Estos investigadores, al comparar los números de hospitalizaciones antes y después del desastre en la única institución psiquiátrica del país, advirtieron un aumento del 27% después de la catástrofe. Este estudio confirmó investigaciones precedentes en el sentido de que los síntomas neuróticos son comunes tras un cataclismo. En Managua, las hospitalizaciones posteriores al desastre motivadas por neurosis aumentaron 46% durante el año, si bien el incremento fue del 209% en el primer trimestre después del terremoto. Resulta interesante que las formas de neurosis con mayores aumentos incluyeron la angustia, reacciones depresivas e histeria. Los pacientes que tenían estos problemas por lo general fueron madres jóvenes.

Otros resultados del estudio de Managua son instructivos. Por ejemplo, los nuevos casos de psicosis disminuyeron 17%, al tiempo que las rehospitalizaciones de un mismo paciente aumentaron 49% en el año ulterior al terremoto. Por alguna razón, los desastres naturales no originan psicosis, aunque es evidente que las personas con antecedentes de trastornos psiquiátricos graves son mucho más vulnerables al trauma del desastre y sus posefectos. Otro resultado concuerda con la teoría del "segundo desastre" planteada por Erikson. Las hospitalizaciones posteriores al cataclismo por síndromes orgánicos cerebrales aumentaron 42.4%, y las relacionadas con retardo mental, 35.4%. Dado que los desastres no originan ninguno de estos dos trastornos, ¿podría ser que estas hospitalizaciones hayan aumentado como resultado de la desorganización social después del terremoto? En las condiciones de vivienda temporal prevalentes, ¿tuvieron las familias problemas especiales en la atención de uno de sus miembros porque tenían que vivir con parientes en una tienda de campaña o un campamento para refugiados? Además, es posible que la destrucción de otros recursos o servicios (como hospitales, farmacias y los servicios de médicos locales) haya hecho que las familias buscaran ayuda en la única fuente disponible y accesible, a saber, ¿el hospital psiquiátrico? Es indudable que esto podría ser cierto.

Por último, las hospitalizaciones por trastornos de la personalidad disminuyeron 34% durante el año ulterior a la catástrofe de Managua. La reducción en la conducta desviada se explicó con base en dos posibles factores: en primer término, se redujo la incidencia real de tales desviaciones, y en segundo lugar, las normas sociales se relajaron en el periodo ulterior al desastre hasta el punto de que las definiciones de desviación que se tenían previamente ya no eran funcionales.

La literatura sobre el tema es escasa y los estudios difieren en cuanto a su metodología y enfoque, pero parece haber datos cada vez más numerosos en el sentido de que los desastres causan problemas emocionales o influyen en la aparición de éstos. En esta sección se ha analizado la gama de conductas que suelen derivarse de los desastres. Los profesionales de salud mental deben familiarizarse con diversos tipos de respuestas o conductas posibles después de una catástrofe. También deben tener en mente que los problemas emocionales cambian con el tiempo y se relacionan con muchos otros fenómenos humanos, como los de crisis, estrés, resolución de crisis y sistemas de apoyo, analizados en el capítulo precedente.

## MODELOS DE CONDUCTA RELACIONADA CON DESASTRES

Los profesionales de salud mental usualmente afirman que los desastres naturales originan reacciones psicológicas en los damnificados o influyen en dichas reacciones, y los autores concuerdan con dicho planteamiento. No se han definido bien a bien las relaciones de causa a efecto, pero es frecuente que se empleen los conceptos de crisis y estrés, pérdida y duelo, recursos sociales y emocionales, y resolución de crisis y adaptación para explicar las consecuencias emocionales de los cataclismos naturales.

Los autores presentan a continuación dos modelos con base en los conceptos descritos en el capítulo 2 y las experiencias aplicadas que se relatan en la primera parte del capítulo presente. Estos modelos explican la fenomenología de la conducta relacionada con desastres y pretenden servir como guía para la intervención. Aunque hay traslape entre los dos modelos, proporcionan dos enfoques distintos al lector.

### Factores que influyen en la conducta relacionada con desastres

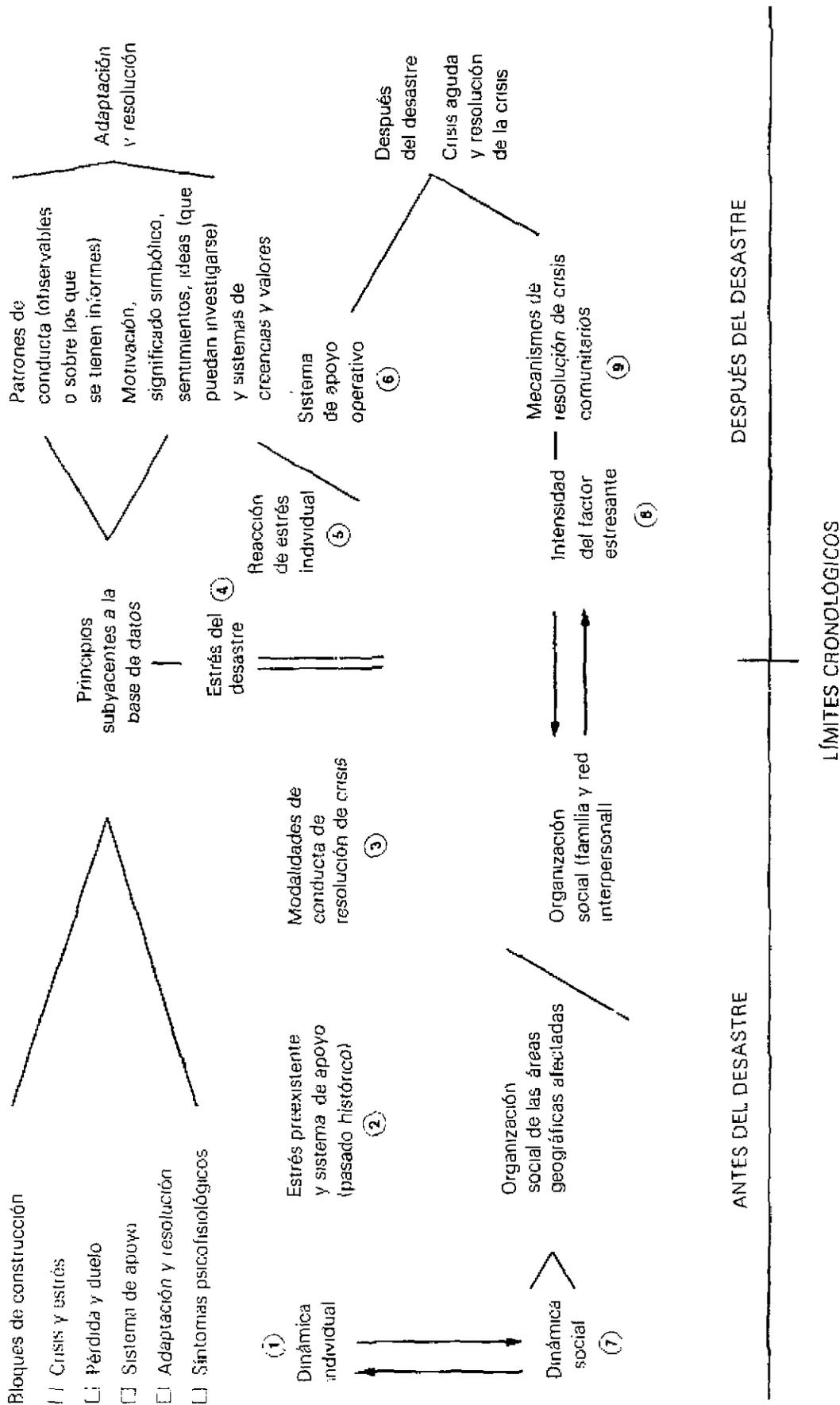
La figura 1 es un diagrama sobre cada uno de estos elementos conceptuales con que se intenta explicar las consecuencias de un desastre en la conducta. Se parte del principio de que una catástrofe natural, como un terremoto, es un evento crítico que tiene impacto en el equilibrio personal y origina estrés intenso. Al momento del desastre, la conducta del damnificado depende de numerosos factores antecedentes, además de la interpretación y definición que confiera a este evento amenazante. Con antelación al desastre, ciertas personas están expuestas a otras crisis o eventos, como el divorcio, nacimiento de un hijo o mudanza, que son indicativos de su vulnerabilidad especial a otra crisis. Otro factor es el hecho de que el individuo haya tenido o no experiencias previas y exitosas de resolución de crisis, así como experiencias con desastres. Quienes han tenido las primeras suelen poseer habilidades adicionales que les permiten resolver en mejor forma la crisis originada por el desastre, mientras que las personas que ya han sufrido catástrofes suelen ser capaces de interpretar los signos del desastre en forma más satisfactoria y manejar con mayor eficacia el estrés relacionado con el desastre mismo. En efecto, las experiencias previas y el estado físico y emocional anterior al desastre influyen sobre la forma en que los damnificados enfrentan un desastre natural y sus consecuencias.

El impacto inicial de un desastre como un evento crítico suele originar estrés muy intenso ( $S_1$  en la figura 2). El hecho de que la víctima tenga o no reacciones psicológicas depende de varios factores:

- El tipo y duración del desastre;
- El grado de pérdidas sufridas;
- El papel social, las habilidades de resolución de crisis y el sistema de apoyo del damnificado, y
- La percepción e interpretación que el sobreviviente da a la catástrofe.

Algunas calamidades naturales, como los terremotos, son repentinas y de corta duración, mientras que otras, como las inundaciones y huracanes, se desarrollan con lentitud y tienen duración relativamente prolongada. Este segundo grupo de catástro-

FIGURA 1. Paradigma de factores de influencia en la conducta relacionada con desastres.



fes naturales usualmente incluye advertencias, a las que comúnmente se reacciona con indiferencia o rechazo. Los individuos juzgan la gravedad del peligro según definan la naturaleza del desastre y sus posibles consecuencias para sí mismos y sus familias. Su conducta al momento del impacto y en en las primeras horas o días después del mismo también se relacionan con:

- El grado de pérdidas que han sufrido (muerte de seres amados, pérdida de su hogar o trabajo);
- Su papel social y la conducta que otros esperan de ellos;
- La presencia o ausencia de recursos emocionales y una red de relaciones sociales, y
- Su habilidad y capacidad para resolver el estrés causado por el desastre natural.

Algún tiempo después, la víctima enfrenta la nueva realidad social de tener que ajustarse y comenzar una nueva vida. Este periodo, al que se hizo referencia en páginas precedentes como el “segundo desastre”, origina estrés que se agrega al causado por la fase de impacto. En la figura 2, este estrés se indica con la  $S_2$ . Su origen es la crisis que emana del entorno destruido y la desorganización social resultante. Los damnificados ya no tienen el ambiente familiar de su barrio y quizá tengan que enfrentar las dificultades de la reubicación. También es factible que continúen lamentando la pérdida de un ser amado, o que hayan perdido sus redes de apoyo social o sus trabajos. Cada uno de estos factores origina cambios bruscos en los papeles sociales y dificultades en el reajuste, además de modificar radicalmente las interacciones sociales. El estrés que resulta del periodo ulterior al desastre ( $S_2$ ) también puede ser causa de síntomas psicofisiológicos.

Es igualmente concebible que algunos individuos, no afectados inicialmente por el desastre, se vean expuestos a las condiciones prevalecientes en la fase posterior al desastre y experimenten crisis y estrés intenso, que se denota como  $S_3$ . En desastres de gran magnitud, los habitantes de poblaciones vecinas suelen sentir los efectos de la reubicación de las víctimas cuando dan alojamiento a familiares o sus pueblos reciben cientos o miles de refugiados. Por añadidura, las personas no afectadas directamente por el desastre suelen sufrir la pérdida de su trabajo o reducción de sus ingresos si la economía de la región se ve afectada por el cataclismo. Además, las hay que han perdido seres amados y reaccionan con un proceso de pena tardía. Como se describe en la figura 2, estos individuos también suelen experimentar los efectos de crisis conforme el desastre los expone a estrés intenso.

## **Modelo conceptual para la intervención relacionada con desastres**

El modelo conceptual de la figura 2 consiste en la organización y creación de una base teórica de conocimientos a efecto de comprender la relaciones que hay entre las fuerzas dinámicas, los recursos de resolución y las crisis que caracterizan a la persona después del desastre. El modelo incluye el uso de estos conocimientos para elaborar procedimientos y métodos de orientación en crisis.

Este modelo explica, mediante el empleo de varios conceptos relacionados entre sí, las crisis individuales después de un desastre y las áreas apropiadas de intervención

psicológica. Los autores esperan que el modelo ponga de relieve la interacción dinámica de la catástrofe y sus efectos, las características de los damnificados y el ambiente en que ocurre el evento crítico. El modelo de referencia parte de las premisas siguientes:

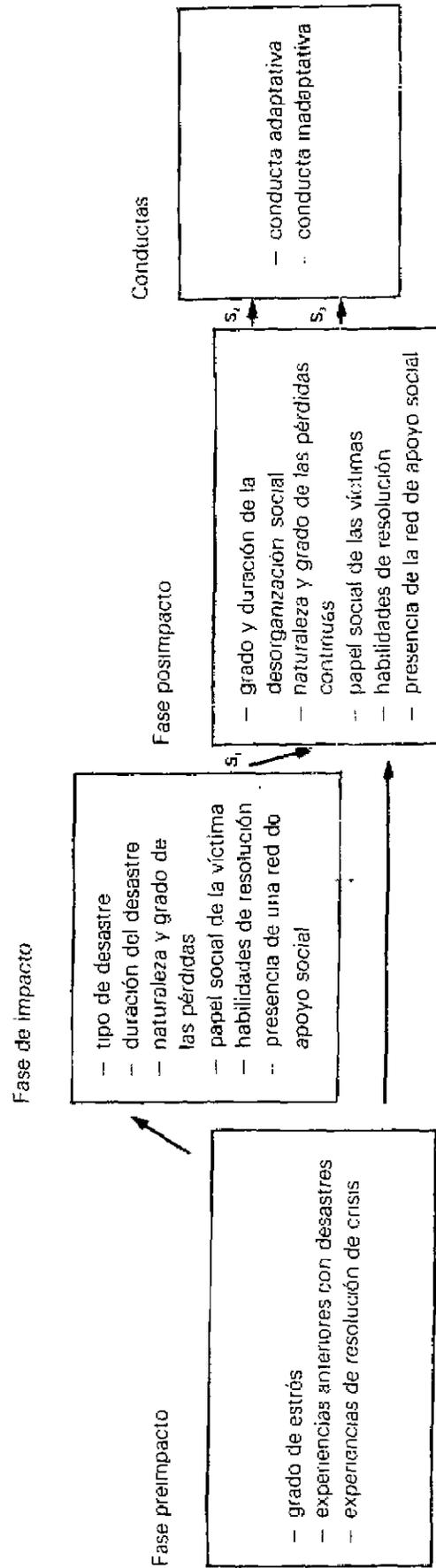
- Las reacciones de luto y pérdida ocurren después de desastres cuando éstos afectan al individuo mediante la pérdida de personas, bienes materiales o su entorno;
- Los individuos se adaptan de manera variable a las situaciones y ambientes nuevos;
- Los síntomas de crisis son a la vez causa y efecto de la desorganización social, psicológica y fisiológica, aspectos que pueden estudiarse como parte de un proceso interrelacionado;
- Los damnificados necesitan ayuda social, psicológica, fisiológica y económica, y
- Los posefectos de la resolución de crisis pueden ser de larga duración, además de ser moderados, mínimos o graves según ocurra la resolución adaptativa o inadaptable de las demandas a que se ve sujeta la persona como resultado del desastre.

Estos principios deben considerarse al enlazar los conceptos presentados en la figura 2. Se tiene un cuerpo básico de conocimientos a partir del cual pueden correlacionarse estos conceptos para tomar en cuenta las relaciones sistemáticas y efectos interdependientes que influyen en la conducta de las personas después de un desastre. Los damnificados manifiestan conductas que indican el nivel de adaptación que pueden lograr mediante acciones personales, sensaciones (como las de esperanza o impotencia) y niveles de energía. El resultado de todo esto puede comprenderse de mejor manera si se investigan las variables antecedentes que caracterizan la constitución social, psicológica y fisiológica de la persona. Los humanos enfrentamos los desastres con un conjunto de mecanismos de resolución y eventos históricos personales que han dejado en nosotros diversos mecanismos adaptativos psicofisiológicos. El grado de desorganización funcional en que están inmersos los damnificados después del evento y las actividades subsecuentes de recuperación y restitución, que influyen en sus vidas, guardan relación causal con el desastre. El concepto de los sistemas de apoyo, ponderado contra los resultados de la crisis, se manifiesta con claridad en esta situación. La intervención psicológica debe dirigirse a dos niveles, el individuo y la comunidad. El objetivo principal de las actividades de los profesionales de salud mental es fortalecer los mecanismos de adaptación en el nivel individual y ayudar al desarrollo de los sistemas de recuperación y apoyo después del desastre en la comunidad, en una forma tal que se adecúe a las necesidades personales y facilite el progreso de la satisfacción de éstas.

En la figura 2 se presentan ordenamientos teóricos de los conocimientos básicos y se organizan los datos para que sirvan de guía al profesional en la elaboración de procedimientos para satisfacer este objetivo.

Las personas cuyo modo de vida se ve alterado repentinamente por el cataclismo y a las que se ofrecen nuevas condiciones de vida tiene que desarrollar una conducta de resolución para adaptarse a la emergencia y la situación cambiante. Las técnicas de observación psicológica y entrevistas pueden usarse para comprender este conjunto de conductas, a fin de evaluar el grado de aflicción y brindar la asistencia y el apoyo necesarios. De esta manera, pueden recopilarse datos para identificar los aspectos

**FIGURA 2. Modelo conceptual para la intervención terapéutica en desastres.**



$S_1$ , estrés producido por el desastre mismo  
 $S_2$ , estrés causado por el desastre y por la desorganización comunitaria ulterior  
 $S_3$ , estrés resultante de la desorganización comunitaria

siguientes, enumerados de manera tal que correspondan al modelo conceptual de la conducta de las víctimas de desastres. Dichos aspectos son:

1. Características de personalidad;
2. El tipo de eventos históricos por los que la víctima ha logrado su nivel de desarrollo;
3. Los mecanismos de resolución usuales y métodos de que dispone la persona para enfrentar las crisis;
4. La historia del desastre y la forma en que afectó al individuo desde el punto de vista de este último;
5. La conducta reactiva y habilidades personales para adaptarse a la nueva situación, que surge después del desastre;
6. Los sistemas de apoyo sociales y comunitarios de que disponen las víctimas y el uso que hagan de estos recursos;
7. El nivel de apoyo disponible a través de la comunidad y los organismos de ayuda en desastres, a la luz del grado de desorganización social;
8. La intensidad de los factores estresantes y su relación con el equilibrio entre la gravedad del desastre y la disponibilidad de recursos de apoyo.
9. La naturaleza de este equilibrio, que estimula u obstaculiza la calidad de los recursos de resolución de la crisis.

La información derivada de cada paso aclara la conducta del damnificado, así como su vulnerabilidad al estrés como resultado del desastre y sus necesidades específicas para recuperar el equilibrio. Además, es útil para comprender el entorno social y económico del que proviene y el nuevo entorno en que está inmerso. Este conjunto de variables es importante en la planeación de una estrategia de resolución de crisis.

En teoría, el individuo usa características de su personalidad para adaptarse. Si no puede hacer frente a los eventos múltiples que origina la catástrofe, en el siguiente término recurre a las fuentes de apoyo y acepta la ayuda de los organismos encargados de brindarla. Cuando estos recursos no están disponibles o son inadecuados para satisfacer las necesidades vitales afectadas por el desastre, el individuo emplea sus creencias, valores y símbolos culturales. En la conducta ulterior al desastre, se observa que las personas aprovechan los recursos disponibles en forma simultánea y complementaria.

En cada uno de estos aspectos, el profesional de salud mental tiene la oportunidad de brindar ayuda al individuo en su matriz social. El profesional advierte, en algún punto de la resolución de la crisis, una coyuntura que puede llevar por un camino patológico u otro saludable. El profesional de salud mental debe poseer los conocimientos y habilidades necesarios para evaluar la situación y poner en práctica procedimientos de intervención terapéutica que apoyen y guíen al damnificado en el logro del mejor resultado posible a la luz de la situación generada por el desastre en su comunidad.

En resumen, los trabajadores de salud mental deben suponer que habrá problemas emocionales como resultado del impacto de un desastre, en la medida en que los damnificados experimentan temor, choque, aturdimiento psíquico, angustia, depresión y síntomas psicósomáticos. En el periodo inmediatamente ulterior al desastre y conforme transcurren las semanas y meses, algunas personas no pueden resolver sus problemas y continúan manifestando angustia, depresión, ira, pesadillas, insomnio

y dificultad en las relaciones personales. Además, en la fase posimpacto otras personas no afectadas directamente por el desastre quedan expuestas al estrés que origina éste y manifiestan problemas emocionales. Los parientes de damnificados, residentes de poblaciones vecinas y trabajadores de los organismos que brindan ayuda en el desastre son grupos vulnerables a las consecuencias del estrés relacionado con el desastre mismo. Por último, los modelos que se presentan en las figuras 1 y 2 sirven con el fin de ensamblar la conducta relacionada con los desastres para el propósito de la intervención psicológica, si es necesaria.

---

## Forma de planear y poner en práctica los servicios de salud mental después de un desastre

En este capítulo se describe un modelo para el desarrollo y puesta en práctica de los servicios de salud mental con el fin de ayudar a las personas que sufren las consecuencias psicológicas de un desastre. Los administradores de salud mental que enfrentan el caos del periodo inmediatamente ulterior a la catástrofe y necesitan conocimientos para actuar a la brevedad con frecuencia se sienten perplejos e inseguros en cuanto a las medidas necesarias. Las respuestas difieren de un desastre a otro, pero es posible elaborar una guía para el diseño y ejecución de la ayuda psicológica a los sobrevivientes de cataclismos. Los administradores pueden emplear esta guía, aplicándola en forma flexible, como medio de comprobación de las actividades necesarias para prestar servicios pronto y eficaces a quienes los necesitan.

Los líderes de los servicios de salud mental, mediante la comprensión clara y plena de las consecuencias emocionales de un desastre, deben responsabilizarse de llamar a filas al personal necesario, movilizar los recursos que se precisan y planear la ayuda a los damnificados. Tienen que conocer de qué manera los ha afectado, qué elementos entran en el diseño del plan, qué coordinación con otros servicios es necesaria y la forma eficaz de aportar los servicios de ayuda psicológica a los damnificados. Sin tales conocimientos, los administradores suelen perder tiempo valioso en decidir qué tareas se precisan y la forma de lograrlas.

A fin de que los administradores de servicios de salud mental elaboren y pongan en práctica un programa de dichos servicios después de un desastre, en este capítulo se analiza un modelo en que se postulan los elementos de la administración y planeación de este tipo de proyecto. De manera específica, en esta guía se consideran los requisitos de:

- Evaluación de necesidades;
- Definición de los objetivos de intervención;
- Consideración de posibles opciones;
- Diseño de un programa, y
- Puesta en práctica y ejecución de un proyecto de servicios de salud mental.

En este capítulo también se presentan estudios de casos con que se detallan, paso por paso, los elementos del diseño y mantenimiento del plan o programa. Los autores, mediante estos ejemplos prácticos, esperan ofrecer algunas sugerencias y recomendaciones útiles para el logro de las tareas recién enumeradas.

## GUÍA PARA LA PLANEACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La planeación en el ambiente que sigue a un desastre requiere conocimientos, paciencia y flexibilidad. Es esencial tener datos precisos acerca de lo que ha ocurrido y quiénes están sufriendo, pero lo más frecuente es que la información sea inadecuada o difícil de reunir. Después de un desastre, los líderes de servicios de salud mental deben dedicar largas horas a decidir qué hacer y la forma de hacerlo. En muchos casos, se topan con situaciones que son peculiares de su comunidad y requieren flexibilidad e innovación en su enfoque para ayudar a las víctimas. La guía siguiente se presenta con el fin de ayudar a estos administradores en sus actividades. Los planificadores pueden (y, de hecho, deben) trabajar simultáneamente en varios elementos, pero cabe señalar que los pasos del proceso están interrelacionados y se traslapan.

### Aprobación y apoyo

Antes de actuar, los administradores de servicios de salud mental necesitan legitimación y aprobación de sus acciones. En algunos casos, ellos mismos tienen la autoridad necesaria en virtud de su puesto o situación legal, mientras que en otros tienen que buscar activamente la aprobación a fin de iniciar los servicios de salud mental para los damnificados. En el nivel local, la persona que usualmente tiene la autoridad necesaria para aprobar el inicio de estos servicios es el director del centro público de servicio de salud mental u otra institución similar. Si se precisa autoridad adicional, los administradores pueden buscar la aprobación o apoyo del director o comisionado de salud mental en el nivel estatal. La falta de aprobación temprana crea una situación en que suelen aparecer conflictos y competencia, con lo que disminuyen las probabilidades de éxito. El ejemplo siguiente es ilustrativo:

La idea de un proyecto de servicio de salud mental después del terremoto de Managua, Nicaragua, vino independientemente a la mente de dos profesionales, un psicólogo y un psiquiatra. Sin conocimiento alguno sobre la simultaneidad de sus propósitos, ambos se pusieron en contacto con el International Desk of the National Institute of Mental Health (NIMH) para explorar las posibilidades del proyecto y lograr el apoyo de dicho organismo. Después de manifestar que dicho proyecto era interesante y valioso, un representante de NIMH viajó a Nicaragua con uno de estos profesionales para buscar la aprobación gubernamental de un

programa conjunto de ayuda a los damnificados. Se reunieron con funcionarios del gobierno, representantes de la asociación local de psiquiatras y trabajadores de salud mental, a fin de discutir el proyecto. Todos lo aprobaron en forma entusiasta. Cuando el grupo de profesionales de salud mental estadounidenses llegó a Nicaragua en abril de 1973, sus miembros continuaron el proceso de confirmar la aprobación del proyecto mediante reuniones adicionales con los grupos arriba mencionados. (Además, se reunieron con la esposa del presidente de Nicaragua, que dio su apoyo personal al proyecto.)

Cuando este grupo salió de Managua a fines de abril de 1973, uno de sus miembros declaró a la prensa local que el régimen gobernante no sólo era represivo sino que también lucraba con la ayuda enviada por otras naciones para los refugiados del terremoto. A la llegada del grupo a Estados Unidos, el periódico *New York Times* reprodujo tales comentarios. En virtud de la publicidad adversa tanto en Nicaragua como en Estados Unidos, las medidas tomadas contra este grupo de trabajadores de salud mental fueron predecibles y rápidas: se retiró la aprobación formal para la continuación del proyecto.

Un segundo grupo de estadounidenses llegó en mayo de 1973 a Nicaragua y tuvo que hacer frente a la pérdida de la aprobación formal. Sus miembros consideraron la terminación del proyecto y de todo esfuerzo para recuperar la aprobación plena a fin de continuar. Era evidente que la aprobación formal había disminuido pero ¿podría obtenerse apoyo informal suficiente para reactivar el proyecto? Los miembros del grupo no estaban muy seguros de ello. Sin embargo, sus esfuerzos, que duraron meses, resultaron fructíferos después de reunirse para discutir el asunto con los profesionales de salud mental (que valoraron la necesidad de estos servicios), líderes del campo de la psiquiatría y funcionarios gubernamentales interesados. Recibieron apoyo informal suficiente para continuar el proyecto, incluso sin la aprobación formal del gobierno nicaragüense.

El segundo grupo de profesionales norteamericanos dejó Managua en agosto de 1973, después de trabajar con sus colegas nicaragüenses en la creación de 10 centros de salud mental comunitarios para los 300 000 refugiados del terremoto. Cuando terminó el proyecto, seis meses después, más de 7 000 víctimas habían recibido algún tipo de servicio psiquiátrico de dichas clínicas gracias a los esfuerzos de 31 profesionales de salud mental nicaragüenses y sus colegas estadounidenses.

Los líderes de servicios de salud mental pueden tomar varias medidas inmediatas para obtener la aprobación. En primer término, los funcionarios locales o estatales de salud mental deben establecer comunicación telefónica para evaluar las consecuencias del desastre y la necesidad de actuar. Estas llamadas deben ir seguidas de reuniones, si es posible, para aclarar las cuestiones de aprobación y responsabilidades. Por ejemplo, los niveles de autoridad y el deslinde de responsabilidades deben estar claros para todos los participantes. Es frecuente que los funcionarios estatales y locales efectúen un recorrido en el área del desastre para evaluar lo ocurrido y decidir si debe iniciarse un programa. Por último, la aprobación debe quedar por escrito a fin de evitar confusiones o conflictos ulteriores.

Esta necesidad de aprobación se relaciona con la de apoyo formal e informal en todos los niveles. Los servicios de salud mental después de una catástrofe evidentemente no pueden operar en el vacío, sino que deben interrelacionarse con diversos servicios afines. Dado que se trata de servicios que se han incorporado sólo en fecha reciente a la ayuda que se brinda a los damnificados, es fundamental el apoyo de otros grupos y organismos. A fin de formar parte del sistema de ayuda, los servicios de salud mental requieren la aprobación y el apoyo de las autoridades, por ejemplo, los administradores de refugios, hoteles y organismos que tienen bajo su cargo los servicios de

emergencia en desastres. Además, conviene que los administradores de servicios de salud mental busquen el apoyo de organismos de servicios sanitarios y humanos, así como de sus trabajadores en el nivel local, a fin de tener los recursos humanos y económicos necesarios. Los convenios con otros organismos y profesionales pueden ser formales e informales, pero en ambos casos deben tener como objetivo lograr la cooperación requerida para ayudar a los damnificados y organizar el personal, equipo y recursos económicos que se precisan para actuar. Estos convenios por lo general se celebran por vía telefónica o en reuniones formales e informales. Es muy infrecuente que se pongan por escrito, en virtud de las limitaciones de tiempo, como lo ilustra el ejemplo siguiente:

En febrero de 1978, Massachusetts sufrió una ahora tristemente célebre ventisca que produjo inundaciones devastadoras a causa de marejadas en el litoral del estado. A causa de la magnitud de la destrucción de bienes materiales y el elevado número de personas que quedó sin hogar como consecuencia de este fenómeno, el presidente Carter declaró Massachusetts como área de desastre. Numerosos profesionales de salud mental respondieron con celeridad a la emergencia, con la esperanza de brindar ayuda psicológica a quienes la necesitaran. Sin embargo, pronto se toparon con la necesidad de legitimar su papel ante otros trabajadores que brindaban sus servicios a los damnificados.

Uno de los profesionales de salud mental que se ofreció como voluntario era una psiquiatra, directora de un centro de salud mental de una comunidad que había sufrido daños graves a causa del desastre. Cuando entró en el refugio principal del área, esta profesional observó representantes de la Cruz Roja y de diversos organismos gubernamentales que trataban de elaborar procedimientos de planeación coherentes y aclarar sus papeles. La escena era de confusión. Ella invitó a un pequeño grupo de estos trabajadores para que se reunieran en un cuarto adyacente y dedicó varios minutos a explicarles quién era ella y qué recursos podría aportar en la situación prevaleciente. Les mostró un ejemplar de los reglamentos del gobierno federal estadounidense sobre desastres, en que se estipula la intervención y orientación en crisis como parte de las actividades de ayuda a los damnificados, y pudo aclararles su papel y sus posibles contribuciones, con lo que recibió su apoyo y aceptación como miembro del grupo.

Esta psiquiatra continuó trabajando en el refugio durante varias semanas y recibió la colaboración abierta y positiva de los demás trabajadores. Sin la legitimación de su función y el apoyo de un reglamento federal, la psiquiatra habría sido un miembro aislado del grupo de ayuda.

Una forma de conservar el apoyo y la aprobación de los servicios de salud mental durante todo el periodo de ayuda después del desastre es crear, a la brevedad, un grupo de trabajo que ayude en la planeación y operación del proyecto. En la organización de un comité de este tipo hay que incluir profesionales de diversos niveles de los servicios de salud mental, servicios humanos y la comunidad en sentido amplio. Este grupo puede variar entre 12 y 25 miembros, y se sugiere que esté compuesto por 15 a 18. Debe incluir representantes de cuatro segmentos de la comunidad:

- **Expertos:** Profesionales de los servicios de salud mental y humanos que tienen conocimientos sobre las consecuencias emocionales de los desastres y la forma de brindar ayuda psicológica;

- Grupo de “poder”: Individuos que, en virtud de su puesto o posición en la comunidad, tienen influencia en ésta y pueden facilitar decisiones para la obtención de recursos o apoyo (los ejemplos abarcan políticos, empresarios o clérigos);
- Grupo de “sentimientos”: Miembros de la comunidad en sentido amplio, como los de grupos cívicos o sociales, que usualmente no inician acciones pero tienen el poder de obstaculizar aquéllas con las que no están de acuerdo. Estos grupos reflejan los valores, normas y sentimientos generales de la comunidad y podrían abarcar, por ejemplo, miembros de organizaciones feministas, clubes o sindicatos locales;
- Grupo de “necesidades”: Individuos que conocen el problema en forma directa, es decir, los damnificados (Burke, 1979).

Un grupo de trabajo como el delineado puede ayudar en el logro de la aprobación y el apoyo financiero para un proyecto de servicios de salud mental propuesto, además de interpretar necesidades, conformar los objetivos del programa y dar a conocer los servicios de éste a la comunidad en sentido amplio.

## **Evaluación de necesidades**

Todo plan para brindar ayuda psicológica debe responder a los problemas específicos de los damnificados. A tal efecto, los planeadores de salud mental deben:

- Conocer la definición que se da a los conceptos de salud y enfermedad en la comunidad;
- Indagar los problemas existentes a fin de determinar la naturaleza y magnitud de los mismos, así como los grupos afectados;
- Evaluar los recursos locales de que se dispone para combatir los problemas, y
- Emplear estos datos para elaborar los objetivos y estrategias del programa.

La forma en que se define un problema social es importante para la evaluación de necesidades. Este tipo de definiciones con frecuencia depende de la interacción de normas y valores, así como de la cultura y tradiciones, por lo que cada comunidad define los problemas en forma distinta. En el área de salud mental, es importante el punto de vista acerca de lo que constituye salud y enfermedad. La conducta aceptable en una comunidad puede considerarse desviada en otra. Por lo tanto, los planeadores de servicios de salud mental, en especial los que provienen de fuera de la comunidad, deben ser sensibles a estas definiciones cuando evalúen necesidades.

Los métodos para obtener información acerca de los problemas de las víctimas son variables pero usualmente combinan el estudio de las reacciones a otras catástrofes con el muestreo de los problemas existentes en la comunidad afectada. En una etapa muy temprana, los profesionales de salud mental deben leer las publicaciones sobre la conducta de damnificados a efecto de familiarizarse con los síntomas que suelen presentar. También son útiles los informes de otros proyectos de servicios de salud mental estructurados después de una catástrofe en que se detallan los tipos de reacciones de los damnificados. A manera de ejemplo, en Estados Unidos es usual que puedan

obtenerse tales informes mediante la unidad de desastres de NIMH\* o directamente de los centros de salud mental comunitarios en el área afectada.

Los profesionales de salud mental también deben hacer una evaluación de campo de los tipos de problemas más comunes que tienen los damnificados. Las estrategias para reunir esta información pueden ser formales o informales. Al establecer estaciones temporales de servicios de salud mental en los refugios, campamentos de refugiados y áreas afectadas, los profesionales pueden comprender, al cabo de un breve plazo, los problemas de los damnificados. Sin embargo, deben recordar que la naturaleza y necesidad de los mismos se modifican con el tiempo. Otra técnica útil es la revisión cuidadosa de los registros de casos en las clínicas y otras instituciones de salud mental, a fin de indagar los tipos de síntomas que expresan los individuos. Un enfoque todavía más informal es hablar con los trabajadores de salud mental y de otros organismos que ayudan a los damnificados, a fin de conocer y analizar sus observaciones sobre la conducta de éstos ante la catástrofe.

A manera de ejemplo, un enfoque rápido y práctico de evaluación de necesidades se empleó después del terremoto de Managua. Los voluntarios estadounidenses y nicaragüenses formaron grupos que se dispersaron en puntos claves de las áreas devastadas, como los campamentos de refugiados, hospitales, clínicas y centros operados por voluntarios y grupos religiosos. Cada grupo recopiló datos de los pacientes y transmitió dichas estadísticas a las oficinas centrales del proyecto. En éstas, se organizaron los datos según frecuencia, edad, sexo, tipo de problema y servicio necesario. Al cabo de una semana, este sistema de documentación indicó la evidencia clara de la necesidad creciente de servicios de salud mental que tenían los managuenses. También permitió calcular, de manera burda, el número total de personas con trastornos emocionales después del desastre.

En la evaluación de necesidades, los administradores y planeadores necesitan conocimientos de ciertos hechos específicos acerca de los damnificados y sus problemas. Una guía formal o informal, elaborada para investigar las necesidades, debe reunir la información siguiente, que resulta indispensable en la toma ulterior de decisiones relativas al programa:

- Antecedentes personales, como la edad, estado civil, nivel de estudios, número de hijos, dirección, etcétera;
- Síntomas principales (clasificados en categorías generales y amplias, a fin de evitar designaciones psiquiátricas);
- Grado de las pérdidas por el desastre, es decir, muerte de familiares o amigos, destrucción de su hogar u otros bienes materiales, o pérdida de la fuente de ingreso o trabajo;
- Estado de salud mental antes del desastre, es decir, intensidad del estrés, habilidades de resolución o antecedentes de tratamiento de trastornos mentales, y
- Sistemas de apoyo social y psicológico de la persona.

En la búsqueda pacientes en el campo, los profesionales pocas veces tienen el tiempo suficiente para tomar una síntesis completa y elaborar un diagnóstico. Por lo gene-

---

\*El nombre completo y dirección de esta unidad son: Disaster Assistance and Emergency Mental Health Section, Division of Special Mental Health Programs, National Institutes of Mental Health, 5600 Fishers Lane, Rockville, Maryland, 20582.

ral se dispone sólo de un breve lapso, con frecuencia de minutos, para hacer una evaluación rápida y tomar nota de hechos sobresalientes. La guía recién enumerada puede servir al profesional en el uso eficaz de su tiempo para obtener datos útiles y relevantes.

El propósito principal de la evaluación de necesidades es conocer los problemas de los damnificados de modo que se puedan planear y prestar servicios adecuados a ellos. Una vez identificadas las consecuencias del desastre en lo referente a la conducta de los afectados, los planeadores deben tratar de extrapolar los datos a la población general y, de esta manera, determinar la magnitud de los problemas. Es indudable que se trata de una tarea difícil y muchas veces, cuando se carece de información suficiente, se calcula la población afectada como equivalente a 15% del total, porcentaje que se cita con frecuencia en la literatura sobre desastres.

Un segundo componente del proceso de evaluación es la investigación detallada de los recursos de que se dispone en la localidad. Los administradores y profesionales en salud mental necesitan saber qué fuentes de ayuda para los damnificados están disponibles y ser capaces de movilizar tales recursos en sus actividades terapéuticas. Estos recursos consisten en los servicios humanos y sanitarios disponibles, como serían los centros de salud públicos de la localidad, instituciones familiares y organismos públicos relacionados con el bienestar de la población. También se incluyen los servicios de ayuda a los damnificados en la obtención de alimento, vivienda, apoyo económico o reparación de su hogar. En el cuadro 1 se da un ejemplo de los tipos de servicios y organismos que brindan ayuda después de un desastre.

A manera de ejemplo, en Estados Unidos la Disaster Response and Recovery Division, de FEMA proporciona información sobre todos los servicios disponibles a las víctimas, además de operar centros de refugio temporal en que se concentran los diversos servicios (de los niveles, local, estatal y federal) disponibles para los damnificados. También es posible que algunos de estos servicios estén disponibles en refugios, hoteles, campamentos para casas rodantes u otros sitios en que se reúna a los refugiados.

En resumen, el inventario de los recursos en los niveles local, estatal y federal, cuando se compara con las necesidades existentes, pone de relieve las carencias. Estas listas, al permitir la identificación de los recursos disponibles para los damnificados y ayudar a los trabajadores de salud mental en la adquisición de conocimientos sobre el sistema de recursos que se tienen, también revisten importancia en la planeación y obtención de apoyo económico para nuevos servicios. En etapa ulterior, estos conocimientos adquieren importancia, cuando se plantea la cuestión de enlazar y coordinar los servicios.

## **Objetivos de los servicios de salud mental**

En la definición de objetivos específicos de los servicios de salud mental, los expertos en el área deben estudiar y analizar los resultados de la evaluación de necesidades y del inventario de recursos, a fin de completar su identificación de áreas problemáticas y su numeración de prioridades en cuanto a los servicios mismos. Los objetivos de éstos deben generarse a partir de la evaluación de los problemas e incluir la especificación de prioridades y de grupos blanco de tales servicios.

**TABLA 1.** Recursos administrativos para los servicios a víctimas de desastres

<i>Patrocinio organizativo:</i>	<i>Servicios brindados</i>					
	<i>Alimento</i>	<i>Vivienda</i>	<i>Ingresos</i>	<i>Salud</i>	<i>Información</i>	<i>Otros</i>
Voluntarios						
Cruz Roja	×	×	×	×	×	×
Ejército de Salvación	×	×				×
Organizaciones caritativas católicas	×	×	×			×
Menonitas		×				
Iglesias locales	×	×	×			
Sindicatos locales	×		×			×
Clubes cívicos y sociales	×		×			×
<i>Nivel local</i>						
Defensa civil					×	
Acción comunitaria	×	×	×		×	
Autoridades de salud				×		
Hospitales locales				×		
Servicios de salud mental				×		
Poder ejecutivo local					×	
<i>Nivel estatal</i>						
Autoridades sanitarias				×		
Autoridades de salud mental				×		
Poder ejecutivo estatal					×	
Guardia Nacional					×	×
Autoridades de desarrollo comunitarios		×				
Autoridades de empleo y seguridad			×			
<i>Nivel federal</i>						
Autoridades de salud, educación y bienestar social	×		×			
Autoridades laborales			×			
Autoridades agrícolas	×					
Autoridades de vivienda y desarrollo urbano		×			×	
Autoridades de fomento a la pequeña empresa			×		×	

En muchos casos, un grupo de planificación u otro de administradores y profesionales de salud mental establece objetivos del programa con énfasis en los servicios prioritarios. También suelen considerar el alcance y duración del proyecto, aunque es frecuente que esto dependa de otros factores, como los fondos económicos o personal disponibles.

Una vez que se han definido los objetivos generales, el administrador diseña otros específicos para satisfacer cada uno de aquéllos. La supervisión y evaluación del programa se facilita si se definen estos objetivos específicos en términos operativos.

## Enfoques alternativos del programa

Los objetivos son definiciones amplias de valores y prioridades que pueden traducirse en acciones mediante diversas estrategias del programa. Muchos proyectos de servicios de salud mental abarcan varios enfoques, pero es usual que se elijan uno o dos métodos de intervención. En este punto, los administradores deben seleccionar la mejor manera de lograr los objetivos, considerando la gama de opciones de que disponen. Por ejemplo:

En la semana subsecuente a la ventisca de Massachusetts, los líderes de los servicios de salud mental habían decidido emprender un programa de ayuda psicológica pero no estaban muy seguros en cuanto a la forma de ponerlo en práctica. En virtud de la destrucción considerable de bienes materiales, los refugiados estaban dispersos en un área amplia. Algunos estaban en refugios, otros en hoteles y los había que estaban viviendo con parientes. A la luz de su objetivo de proporcionar servicios de salud mental, los administradores consideraron seriamente un programa descentralizado, en vez de otro centralizado. Por una parte, había la necesidad de identificar a los sobrevivientes, definir los niveles de ayuda psicológica que requerían e identificar los procedimientos opcionales para brindarla. Por otra parte, estaba la cuestión de los costos, tiempo, logística y tipos de personal necesarios.

¿Qué enfoque sería el más adecuado? Cada estrategia tenía sus ventajas y desventajas. Los administradores decidieron reunirse y analizaron todos los datos disponibles, calcularon los recursos y costos de cada opción y, al final, decidieron optar por el programa descentralizado en los barrios afectados, al tiempo que mantuvieron un componente administrativo y fiscal centralizado.

Las alternativas de programas pueden depender de los métodos preferidos de tratamiento o de las diferentes estructuras administrativas y se eligen con el fin de lograr los objetivos generales y específicos del proyecto. La discusión de las formas alternativas de llevar a la práctica el programa debe llevar a la decisión y acuerdo pronto sobre una estrategia específica. Por ejemplo, un grupo podría considerar que un proyecto a corto plazo, centrado en los campamentos de refugiados y con énfasis en la orientación en crisis, es mejor que un programa a largo plazo en que se emplee la estrategia de terapia de grupo. También es factible que se considere un nuevo proyecto, independiente del sistema de salud mental existente, como una alternativa.

## Diseño del programa

Una vez que están claros los objetivos generales y específicos del programa, se han definido las prioridades y se conocen las diferencias en cuanto a las alternativas, los administradores de los servicios de salud mental están listos para elaborar los detalles del proyecto. En la creación de cualquier programa, es necesaria la comprensión de los elementos del proceso de planeación. Deben considerarse cuatro factores clave, a saber, los requisitos funcionales, tecnológicos, de eficiencia y sistemáticos (Perrow, 1967). Al centrarse en estos factores y considerar las consecuencias de cada uno, el administrador puede idear los pasos necesarios para diseñar un proyecto de ayuda psicológica a los damnificados. A efecto de facilitar la comprensión de estos factores, se definen en párrafos siguientes.

Los *requisitos funcionales* consisten en la identificación y enumeración de las actividades o servicios del programa, incluidos los enfoques específicos de intervención y de prestación de ayuda. Hay que detallar actividades como las de búsqueda activa de pacientes, identificación y diagnóstico de problemas, y modalidades terapéuticas.

En la puesta en práctica de las funciones del programa, los *requisitos tecnológicos* son reflejo de la necesidad de recursos económicos, materiales y humanos, por ejemplo, el tipo y número de personal; la necesidad de espacio e instalaciones, y los requisitos de equipo, materiales y mobiliario.

Un tercer considerando en la elaboración del programa es el imperativo de *eficacia*. Esto incluye la elaboración de un diseño del tipo de sistemas administrativo, contable, de flujo de información y de evaluación que se emplearán, además de la estrategia de integración de las unidades de servicio y la de supervisión. Por añadidura, hay que tomar decisiones sobre los aspectos siguientes:

- Financiamiento o patrocinio y administración del programa;
- Centralización o descentralización de los servicios;
- Presupuesto y costo del programa;
- Duración del proyecto;
- Jerarquías de responsabilidad, y
- Tipo de supervisión del programa.

El administrador de los servicios de salud mental, al enlazar los servicios propuestos con otros ya existentes en la comunidad, esto mediante convenios, representación en comités y contratos, toma en cuenta el último factor en el diseño del programa, los *requisitos sistemáticos*. El objetivo es maximizar la coordinación del proyecto con otros organismos. El elemento principal de estos requisitos son los convenios de cooperación con otros programas y servicios a fin de que sobreviva el programa, se evite la competencia y se brinden servicios de la calidad necesaria a los pacientes. En la elaboración de convenios de derivación de pacientes entre organismos, tareas de enseñanza al público y búsqueda de apoyo económico, material y moral, los administradores de servicios de salud mental deben enlazar el proyecto con los recursos disponibles en la comunidad. El siguiente es un ejemplo:

Poco después de la tormenta, el grupo de servicios de salud mental que estaba en Revere, Massachusetts buscó activamente afiliaciones y convenios con otros organismos. El primer nivel de convenios se logró en el campamento de refugiados con diversos organismos gubernamentales y privados, a fin de tener los vínculos de derivación colaborativa de pacientes y proporcionar consulta de casos. Más adelante, conforme las víctimas se dispersaron en viviendas temporales o en los hogares de parientes, el grupo se puso en contacto con el consejo coordinador de ayuda a los damnificados y la clínica de salud mental, ambos en el nivel local. Gracias a un conjunto de entrevistas personales con los funcionarios de estos organismos, se llegó a un convenio en que se especificaban procedimientos para compartir información, derivar pacientes e intercambiar recursos y ayuda técnica.

En la elaboración de un plan para ayuda a los damnificados, es importante recordar que cada paso en el proceso de planeación está relacionado con los demás. El diseño del plan, sujeto a la influencia de la evaluación de necesidades y la de los objetivos y prioridades establecidos del proyecto, tiene efectos sobre la etapa de puesta en

práctica del plan. Cada paso origina el siguiente e interactúa con éste y el que le antecede. Una vez elaborado, es usual que el plan sea aprobado por un comité, grupo de trabajo o administrador de salud mental.

## **PUESTA EN PRÁCTICA Y ADMINISTRACIÓN DE UN PROYECTO**

Durante la fase de puesta en práctica surgen diversas cuestiones. Estas abarcan el financiamiento del proyecto; la selección, orientación y adiestramiento del personal, y el diseño de las estructuras administrativa y de flujo de información. El administrador de los servicios de salud mental o director del proyecto, con la ayuda del grupo de trabajo, se encarga de cada uno de estos aspectos conforme progresa el proyecto.

### **Financiamiento**

El costo de un proyecto de servicios de salud mental a damnificados es reflejo del tipo y magnitud del programa planeado, pero su financiamiento depende de la capacidad para demostrar que hay una necesidad, la adecuación del proyecto propuesto y la capacidad para movilizar los recursos de la comunidad. En teoría puede obtenerse dinero de diversas fuentes para financiar un proyecto de servicios de salud mental para damnificados, pero el financiamiento real usualmente es menor que el esperado y de muy difícil obtención.

Son diversas las fuentes de financiamiento, lo que depende de la situación en que se esté. Al responder con celeridad a un desastre, pocas veces hay tiempo para lograr un apoyo económico garantizado. Por lo común, la respuesta inmediata del programa se realiza con voluntarios y, al cabo del tiempo, se solicita ayuda a los centros de salud mental u otras instituciones locales. Esta ayuda usualmente consiste en personal, equipo y espacio prestados. Tiempo después, los administradores del programa de salud mental pueden pedir ayuda económica a los organismos locales o estatales. Entre estas fuentes se incluirían las autoridades estatales de salud mental, organizaciones caritativas o familiares, asociaciones de profesionales de salud mental, fundaciones locales o grupos que hayan emprendido la tarea de recabar fondos para la ayuda a los damnificados.

En el caso de un desastre declarado como tal por el jefe de una nación, los líderes de los servicios de salud mental suelen tener otra fuente de financiamiento, por ejemplo, en Estados Unidos, la Disaster Assistance and Emergency Mental Health Section del NIMH. En la Section 413 de la Disaster Relief Act de 1974 (Public Law 93-288) de dicho país se estipula la asignación de fondos para la ayuda y orientación en crisis a los damnificados. En lo fundamental, el texto de dicha ley es el siguiente:

Sección 413. El Presidente está autorizado (a través del National Institute of Mental Health) para brindar servicios y orientación profesionales, incluida la ayuda económica a los organismos locales o estatales, así como organizaciones privadas de profesionales de salud mental, a fin de que proporcionen tales servicios o adiestren a los trabajadores encargados de ayudar a los damnificados de desastres importantes para aliviar los problemas de salud mental causados o agravados por tales desastres o sus consecuencias.

Los fondos para este programa en realidad provienen del FEMA, pero los administra la unidad de desastres del NIMH. Los administradores interesados deben ponerse en contacto con este organismo para indagar los detalles relativos a las solicitudes de fondos. Los reglamentos actuales permiten proyectos con duración de un semestre, aunque en casos especiales el FEMA y el NIMH suelen autorizar una prórroga de uno a tres meses. Por último, al solicitar la aprobación de fondos para un proyecto bajo la Section 413 de la ley citada, se requiere una minuciosa evaluación de necesidades en que se documente que éstas exceden la línea base de carga promedio de casos clínicos.

## Estructuras administrativas

En muchos casos, el plan de servicios de salud mental estipula el tipo de estructuras administrativas que se considera necesarias para prestar servicios a los damnificados. De no ser así, se vuelve necesario para poder definir las cuestiones de patrocinio o financiamiento del programa, los tipos y grados de autoridad, y si el programa será centralizado o descentralizado. Una vez tomadas tales decisiones, los administradores del proyecto deben centrar su atención en el reclutamiento de personal, la prestación misma de los servicios, la creación de un sistema de flujo de información, la instauración de los procedimientos presupuestarios y contables, y la aclaración de los métodos de evaluación y responsabilización del programa.

*Reclutamiento de personal.* El personal necesario para operar un proyecto de servicios de salud mental para damnificados es diverso y abarca trabajadores tanto profesionales como no profesionales, además de ayudantes de oficina. En el plan del programa debe detallarse el personal necesario para el proyecto, además de incluir una descripción de las tareas asignadas a cada miembro. Es útil definir estas tareas en descripciones de puestos.

En la contratación del director del proyecto, los administradores del mismo o miembros del grupo de trabajo deben buscar las características siguientes:

- Experiencia administrativa y capacidad para la toma de decisiones, manejo de presupuestos, redacción de informes y análisis de datos;
- Conocimiento expreso de la comunidad y sus recursos;
- Habilidad para movilizar los grupos y recursos comunitarios;
- Habilidad en el trabajo clínico, con capacidad para entrenar y supervisar personal, y
- Capacidad para relacionarse y comunicarse con diversos tipos de personas.

El director debe inspirar confianza a otros, convertirse en líder, estar bien organizado y tomar la iniciativa en la solución de problemas.

Los individuos que prestan servicios directos a los damnificados pueden ser profesionales o no, lo que depende de los recursos económicos y la disponibilidad de recursos humanos en la comunidad. En muchos casos, hay que buscar clínicos adiestrados y capacitados en la intervención en crisis, las modalidades de terapia de grupo y la búsqueda activa de pacientes, para que funjan como supervisores, directores de centros o instructores. En ocasiones, se reclutan voluntarios para que localicen a los damnificados que necesitan servicio y les proporcionen orientación de apoyo a corto plazo.

Los administradores deben intentar el reclutamiento de voluntarios en el área afectada y buscar las características siguientes tanto en el personal profesional como el que no lo es:

- Conocimiento estrecho de la comunidad y sus recursos;
- Capacidad para relacionarse adecuadamente con otros;
- Habilidad o potencial para brindar orientación a los damnificados, y
- Madurez, motivación y estabilidad comprobadas.

Estos trabajadores potenciales también deben ser reflejo de la composición étnica, socioeconómica y religiosa de la comunidad. El proceso de reclutamiento puede ser formal e informal. Los administradores suelen enviar comunicados a los periódicos, organismos e instituciones educativas de la localidad, además de ponerse en contacto con asociaciones profesionales, como parte de sus esfuerzos formales de reclutamiento. También es factible que hablen con los directores de organismos, líderes de la comunidad y diversos profesionales y laicos, a fin de darles a conocer las posibilidades de trabajo. Estos pasos suelen iniciarse al mismo tiempo que se busca financiamiento, en virtud del limitado tiempo para reclutar personal antes de poner en práctica el proyecto.

*Modelos de prestación de servicios.* La prestación de ayuda a los damnificados requiere claridad en la organización de dicha ayuda, la división del trabajo y la delegación de responsabilidades. Los programas descentralizados con frecuencia tienen centros en los barrios afectados y se asigna a un grupo la responsabilidad de dar servicio a dichas áreas. En estos casos, un miembro funge como administrador y supervisor de las actividades del grupo, además de informar sobre las mismas al director del proyecto. En otros programas con estructura más centralizada, suele haber un solo centro pero se asigna a diversos grupos la responsabilidad de la búsqueda activa de pacientes y la orientación en crisis en un área específica. Ambos tipos de programas deben solucionar la cuestión de quién debe hacer qué y quién es responsable ante quiénes. Es evidente que estas alternativas dependen de las aptitudes del personal, sus intereses y las necesidades del programa.

Por ejemplo, en Managua las oficinas centrales del grupo de servicios de salud mental se localizaron en una de las pocas casas no dañadas en los límites del área destruida. Los miembros del proyecto se reunían ahí cada mañana y establecían sus objetivos y estrategias de trabajo del día. Después de trabajar en diversas clínicas, regresaban a las oficinas centrales por la noche para compartir información y discutir problemas relacionados con la prestación de servicios. Estas discusiones originaron la modificación y el reforzamiento de las estructuras organizativas del proyecto. Además, es frecuente que participaran en ellas los representantes de otros organismos, lo que sirvió para orientarlos acerca del trabajo de los grupos y permitió disponer de oportunidades para discutir convenios de cooperación.

*Sistema de flujo de información.* Cada programa requiere un sistema para mantener registros y recopilar información. El director del proyecto debe administrar los fondos del mismo mediante el establecimiento de procedimientos contables y de teneduría de libros, a fin de tener registros exactos de los fondos destinados a espacio, equipo,

materiales, suministros y pago del personal. También se precisan registros para que los trabajadores adviertan el progreso de los pacientes; estos informes de casos deben llevarse de manera que se garantice el carácter confidencial de los datos. En ellos, se señalan las observaciones, acciones y progresos del trabajador en la ayuda a individuos y familias, y es frecuente que se usen en las reuniones con los supervisores. El proyecto también debe servir para recopilar información entre los pacientes y el tipo de servicios que se les proporcionan en un formato estadístico que incluya la información siguiente:

- Información demográfica de las víctimas, es decir, edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, ocupación, ingresos y número de dependientes;
- Datos relacionados con el desastre, como las pérdidas sufridas y los síntomas físicos y emocionales;
- Información histórica acerca de otros problemas, antecedentes de estado de salud mental y grado de estrés, y sistemas de apoyo, y
- Datos relativos al tratamiento, como el número de consultas, tipo de ayuda y resultado terapéutico.

Como parte de la puesta en práctica del programa, el director del proyecto debe diseñar la papelería necesaria para los presupuestos y registros contables, administración de casos y mantenimiento de la información estadística necesaria sobre el proyecto. A manera de ejemplo, el proyecto de servicios de salud mental a víctimas de desastre financiado con fondos federales estadounidenses en Massachusetts incluyó un complejo sistema de administración de información encaminado a mantener registros, detectar tendencias y presentar informes a fuentes internas y externas. Los aspectos claves del sistema consistieron en procedimientos estrictos para la seguridad, el carácter confidencial y el mantenimiento ordenado de los expedientes. A partir de los registros, que incluían una forma de caso-paciente, una bitácora de actividades del personal, informe de grupo y formas centralizadas de control de presupuesto y financiación, el proyecto generó informes para el NIMH, el Federal Coordinating Officer (FCO) y el State Coordinating Officer (SCO) del FEMA, además de informes internos preparados para el grupo de trabajo del proyecto y el Commissioner of Mental Health.

*Evaluación y responsabilidades.* Conforme avanza el proyecto, es necesario evaluar el rendimiento personal y colectivo, además de informar a las autoridades pertinentes sobre las actividades del programa. Mediante el análisis de las formas estadísticas, dichas autoridades conocen las actividades de cada trabajador, así como un punto de vista sobre los damnificados y sus problemas. Los datos pueden emplearse para modificar las asignaciones de trabajo y las estrategias del programa. Además, esta información puede acumularse con regularidad para que el grupo de trabajo, líderes de la comunidad y fuente de financiamientos tengan un informe sobre las actividades del proyecto. Dado que el organismo e institución patrocinadores con frecuencia requieren estos informes, los datos estadísticos sobre el proyecto pueden emplearse para satisfacer los requisitos de comprobación de responsabilidades.

En resumen, en este capítulo se presenta un modelo para la planeación y administración de un programa de servicios de salud mental a damnificados. La descrip-

ción del proceso de planeación abarca los pasos necesarios para obtener la aprobación del programa, evaluar necesidades, investigar recursos, definir objetivos, considerar alternativas y diseñar el programa mismo. Las cuestiones del financiamiento, estructuras administrativas, reclutamiento de personal, estrategias de prestación de servicios, sistemas de información, métodos de evaluación y responsabilidades también se señalan como dimensiones de la puesta en práctica y administración de un proyecto.

---

## Educación y consulta

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

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

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

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

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

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

## EDUCACIÓN

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

### Enseñanza al público

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

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

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

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

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

Vaya el ejemplo siguiente:

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

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

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

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

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

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

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

## Orientación e instrucción al personal del proyecto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## CONSULTA

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

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