

"MENTAL HEALTH ASPECTS"

Raquel E. Cohen, M.D. MPH

Professor

University of Miami Medical School

Las oportunidades para la participacion de profesionales de salud mental en actividades de socorro para victima de desastres naturales han aumentado en los ultimos años. Este aumento se ha debido en parte al comienzo de una colaboracion entre las entidades oficiales del gobierno y las agencias de salud mental. Tradicionalmente el de las agencias del gobierno esta bien establecida, teniendo los socorristas la responsabilidad de mobilizarse rapido y efectivamente a las primeras noticias del desastre. En contraste, el rol oficial de los profesionales de salud mental en el programa de emergencia aun no esta definido debido a la novedad de la participacion de dichos profesionales.

Para que su contribucion sea efectiva, el profesional de salud mental tiene que desarrollar la habilidad de 1) mobilizarse rapidamente, 2) ganarse la entrada en el grupo ejecutivo del programa oficial de asistencia, y 3) proveer servicios efectivos, practicos y orientados a acciones que conduzcan a la resolucion de problemas enfrentados por las victimas o los socorristas. (1) Es decir, sus servicios tienen que tener las mismas características de mobilizar los recursos de salud mental que las del grupo oficial, atendiendo a las variables de ritmo, adaptacion a la situacion cambiante y precaria de los centros de refugio y comunicarse con los usuarios de sus servicios (victimas y socorristas) en un lenguaje que no contenga conceptos de "jerga psiquiatrica". (2)

Participacion Con El Gobierno Colombiano Despues Del Desastre

La oportunidad de participar en el esfuerzo organizado por el gobierno colombiano incremento mis conocimientos a traves de la colaboracion con colegas de salud mental. Mi interes en venir a trabajar y ayudar en el esfuerzo de asistencia a los ciudadanos que sobrevivieron la tragedia de Amero fue aceptada por el director del Departamento Nacional de Salud Mental y a travez de su hospitalidad

puede obtener conocimientos de las reacciones de las victimas y ayudantes durante las primeras semanas despues del desastre. En general muy pocos psiquiatras estan presentes en la primera etapa de emergencia en desastres naturales. La hipotesis que se arguye es que los problemas psicologicos son de segunda categoria, ya que lo mas importante es la salud fisica, el albergue y la comida. Aunque no hay argumento de que estas condiciones son de importancia primaria, el reconocimiento que la salud mental va a tener un impacto de larga duracion, nos indica que cuanto mas rapido empezemos a reconocer el traumatismo psicologico, mas posibilidad hay de prevenir la patologia que puede ser la consecuencia del evento traumatico. (3) Esta nueva area de investigacion que se esta enfocando en los estudios de la fenomenologia de "trauma psiquico" para diferenciarlo del proceso de perdida y duelo, nos demuestra que las primeras reacciones psicologicas despues de un evento como la Avalancha de Armero son de gran importancia, por los efectos que van a ejercer sobre la salud mental. (4)

Estudios y articulos publicados en los ultimos 10 años han incrementado nuestros conocimientos en muchas areas de participacion en salud mental despues de desastres. (5) Estas areas se pueden categorizar en 2 grupos: Metodos que son usados por profesionales para administrar, (6) intervenir, (7) consultar, (8) educar (9) y entrenar (10) en programas de salud mental o descripciones de reacciones humanas de victimas (11) o de profesionales de asistencia y emergencia. (12)

Las reacciones de victimas son estudiadas por etapas de occurencia en relacion al tiempo trascurrido despues del desastre. Este metodo esta relacionado a las teorias de crisis que explica el proceso de cambio en los mecanismos psicologicos para procesar el

estado de crisis y resolverlo. (13) Basandonos en muchos de estas areas de conocimientos, los principios que guian las tecnicas de los trabajadores de salud mental siguen incrementandose y evolucionando. La necesidad de modificar nuestros metodos para que sean mas precisos alientan a investigadores y profesionales clinicos. (14) Ademas estos nuevos estudios muestran la necesidad de participar desde el comienzo en la operacion de emergencia con los equipos socorristas, para documentar los primeros signos psicologicos de trauma. Esta oportunidad se me presento en Armero donde pude llegar a las 2 semanas del desastre.

El reporte que sigue va a dividirse en 2 areas de actividades de salud mental organizado en la region de Armero. La primera va a describir las actividades de consultoria y educacion en salud mental y la segunda abordara la descripcion de 2 tipos de nuevas observaciones de conducta reactiva de victimas despues de un desastre.

Modelo conceptual de consultoria y educacion para profesionales en situacion de post-desastre.

El modelo conceptual para dar soporte y guiar la intervencion del profesional esta basada en la integracion de teorias psicologicas y experiencias de operaciones de rescate y emergencia. Todas las acciones en trabajo de consultoria tienen como base un grupo teorico de multiniveles adquiridos de material publicado: 1. teoria y literatura de consultoria (15) 2. contenido, experiencia y reportes de programas de emergencia. (16) Esta integracion de procesos de interaccion entre un especialista en salud mental de desastres y un miembro de programas de emergencia, con el objetivo de amplificar los esfuerzos y conocimiento del socorrista, es el enfoque de esta tecnica. En todas las experiencias despues

de un desastre, el enorme número de individuos que necesitan ser rescatados y agrupados en un sitio a salvo, es la primera prioridad de todos los esfuerzos. Un enorme, amorfo, fluido grupo de individuos con diferentes niveles de ansiedad se encuentran repentinamente viviendo en condiciones precarias y potencialmente explosivas. Estos grupos reúne a miembros oficiales de rescate, voluntarios, grupos religiosos, miembros de la prensa, y familiares de las víctimas. Este es generalmente el primer encuentro que tiene el profesional de salud mental cuando empieza a ayudar. Como se puede saber como comenzar? Mis experiencias en Colombia podrian sugerir una contestacion.

Actividades participatorias y colaborativas

Yo sabia que el metodo de consultoria y educacion podrian ayudar a las autoridades a proceder con sus programas de salud mental de emergencia y que seria un elemento esencial en organizar la intervencion necesaria en todos los niveles centrales y locales del pais. El deseo expresado de colaborar y participar con el esfuerzo nacional de emergencia fue recibido de una manera positiva. Rapidamente los detalles logisticos, planificacion y mobilizacion fueron ejecutados. Aunque yo sabia que los principios teoricos tendrian que modificarse debido a las caracteristicas de cultura, politica, economica, geografia, y grupos etnicos, tenia que empezar a trazar metas para producir una consultoria efectiva: 1. Los siguientes objetivos debian ser diseñados y organizados: ayudar a la victima a recuperar su capacidad de adaptacion; 2. el enfoque de la consulta era ayudar a la victima y el socorrista a desarrollar sus destrezas para negociar con los niveles burocraticos de emergencia; 3. desarrollar recursos de soporte y coordinar los esfuerzos para reforzar las actividades

hacia la participacion de los individuos afectados para que puedan reconstruir sus comunidades; 5. asistir en obtener recursos psicologicos y materiales que podrian ayudar en aliviar las reacciones de stress y promover la resolucion de crisis.

El centro de emergencia de las operaciones de salud mental estaba radicado en Bogota, desde donde se proveia soporte, recursos y guias a las oficinas, hospitales y centros de salud de la provincia de Tolima. Adaptando las actividades de consultoria a este diseño administrativo se dividió los esfuerzos a 3 niveles:

1. en Bogota; 2. en Ibaguè, la capital de Tolima; 3. en los pueblos alrededor de Amèro. Cada nivel tenia sus características, necesidades y recursos. En cada nivel habia que prestar atencion a las características de los grupos para armonizar los metodos de consultoria a los sistemas colombianos. Estos puntos eran importantes: 1. el grado de sancion al rol de la consultora que se debia obtener del grupo que coordinaba los servicios de emergencia a cada nivel; 2. la calidad y cantidad de informacion compartida con la consultora; 3. la armonia entre la consultora y los miembros de los programas de emergencia con respeto a conocimientos, destrezas y actitudes. Las posibilidades de coordinar todas estas variables e incrementar el conocimiento de la consultora acerca de las verdaderas necesidades del grupo socorrista crecio a medida del tiempo transcurrido en el area de Amèro.

Actividades colaborativas con los profesionales de salud

Las actividades iniciales fueron planificadas con el objetivo de dar consulta a los profesionales de salud. Estos profesionales trabajaban en los hospitales y los centros de salud del perimetro

geografico alrededor de Amero. La infraestructura administrativa para promover las actividades de consultoria fue diseñado y organizado por el director nacional de salud mental. Esta colaboracion que continuo durante todo el proyecto, hizo posible el mejor uso del tiempo y energia dedicados a las tareas dirigidas a impartir conocimientos y ayuda psicologica. La consultora pudo dedicar toda su atencion a estudiar la situacion, asesorar los problemas que se presentaban a todo nivel - victimas, familiares, profesionales y ayudantes, administradores, instituciones y agencias. El foco de intervencion estaba dirigido al problema identificado por los representantes de cada unidad o grupo profesional.

A medida que la informacion incrementaba la realidad de los hechos, se hacian mas evidente. Un tema en comun eran las tragicas perdidas sufridas por todos. La avalancha no solo habia devastado a familias e individuos pero tambien habia dado un terrible golpe al sistema de salud por la destruccion de los 2 hospitales con sus equipos medicos que menguaron los numeros de profesionales que podian ayudar en el rescate. La organizacion actual de recursos medicos sirvio como "mapa" para guiar los metodos de consultoria. A medida que la consultora adaptaba sus procedimientos y metodologia a las prioridades de los profesionales y las necesidades de las victimas, ella pudo moldear su reconocimiento a la fenomenologia de las reacciones de crisis, de acuerdo a los valores culturales de los habitantes de esta region. La necesidad de reconocer la importancia de estos factores, asiste a la efectividad de todos los esfuerzos necesarios para colaborar con las autoridades responsables en programas de desastres. Por una parte, puede ser de mucha ayuda traer a un experto en consultoria

de "afuera" pues tiene energia e interes a su disposicion para ayudar, porque no ha sufrido durante la tragedia. Por otra parte, una persona que no reconoce las poderosas influencias culturales y religiosas en todas las manifestaciones humanas post-desastre, va a tener dificultad en manejar su colaboracion con los grupos dirigentes y establecidos en la region destruida.

Cuando profesionales y representantes de diferentes agencias desean unir sus esfuerzos, hay que reconocer que existen barreras erigidas por diferentes creencias, puntos de vista, interpretacion y expectativas de comportamientos sociales, costumbres culturales y personales. En situaciones post-desastre como era lo que ocurría en el area alrededor de Armero, donde el cansancio, la irritabilidad, la impaciencia, el dolor y duelo se contagiaba facilmente, fue de mucha ayuda que la consultora tenia muy presente las reacciones de todos los grupos, las costumbres de la region, los metodos de comunicarse entre los diferentes grupos, la vaga nocion que tenian de como se podia utilizar los conocimientos psicologicos y aun la dificultad que tenian los socorristas de aplicarlos. Con esta expectativa realista de que la ayuda psicologica todavia no esta conceptualizada ni por las victimas, ni por el personal de salud, la consultora empezo a explicar exactamente que es lo que podria contribuir los conocimientos acumulados en este nuevo campo de la psiquiatria. Se propuso compartir la proposicion de que aunque partiamos de diferentes areas profesionales (medicina somatica y medicina psicologica) es posible integrar nuestros esfuerzos, unir nuestros objetivos y tecnicas y colaborar usando el mismo foco de intervencion - la victima. Si podemos intervenir para simultaneamente ayudar a la victima a

recuperar sus destrezas y habilidades sociales, a reconstruir sus nuevas vidas al mismo tiempo que el psiquiatra compartía con los profesionales de salud la ayuda psicológica que les permitía continuar en su tarea diaria. Ellos mismos tuvieron necesidad de soporte, ya que muchos de ellos también habían tenido pérdidas importantes. Se podía llegar a este fin usando conocimientos acerca de trauma psíquico, reacciones de stress, duelo, adaptación y resignación, para interpretar la conducta paradójica de la víctima a través de las etapas del proceso de recuperación.

Tipos de consulta usado en Armero - Consultoría de caso centrado en una víctima

El objetivo de este tipo de consultoría era responder al profesional que estaba preocupado por un caso específico y no sabía si las reacciones de su paciente eran apropiadas o patológicas. En esta categoría habían muchos reportes de víctimas que expresaban alucinaciones visuales. Creían ver en el cuarto del hospital a familiares que perdieron en la noche de la tragedia. Investigando los factores que se asocian con patología de la percepción fue evidente que estas "visiones" no eran parte de patología del sistema cognitivo sino pertenecían al proceso de duelo que se ve en desastres de esta categoría. Esta investigación de datos se puede hacer de 2 maneras: 1. en una entrevista solo con el profesional: 2. entrevista con la víctima y el profesional en conjunto. El objetivo del intercambio con el profesional que estaba seguro que la víctima presentaba un cuadro psicótico era para ayudarlo a modificar su actitud y técnica para asistir a su paciente, a través de la etapa de resolución de crisis. Otro tipo de consultoría enfocada en la víctima se refería a problemas que tenían los profesionales con la conducta de los pacientes hospitalizados por traumatismo o amputaciones.

Esto ocurrió cuando empezó a estabilizarse el curso hospitalario en los heridos y operados. Una necesidad vital que apareció inicialmente era la de orientar al paciente en su nueva realidad. Necesitaban información clara, realista y en pequeñas dosis de lo sucedido en su situación individual y lo que tendrían que confrontar con su nueva realidad. Se aconsejó que un profesional, generalmente, una enfermera, sería la persona escogida para informar a las víctimas acerca de las circunstancias en que se hallaban y los pasos que habrían que tomarse para solucionar las situaciones que se presentaran, especialmente la parte emocional. Una de las contribuciones del consultor era ayudar a los profesionales de los hospitales a manejar las interacciones entre los familiares y las víctimas. Estas reacciones emocionales eran apropiadas como manifestaciones post-traumáticas pero socialmente era difícil de entenderlas y aceptarlas. La víctima que necesita estímulos sociales continuos de su medio ambiente para recuperarse, se aislaba por sus arranques emocionales, pérdida de control y comportamiento complejo. Estas acciones tendían a apartarlos de estímulos sociales necesarios, a menos que los profesionales reconocieran y aceptaran que estas eran expresiones de reacciones de traumatismo psíquico y de intenso duelo.

Muchas de estas manifestaciones de emociones y de conducta, también eran expresiones de desorganización psíquica producida por la falta de los estímulos familiares. Esta situación desencadena a su vez un grupo de reacciones desconocidas para cada individuo que los asusta y añade otro nivel de ansiedad. Esto produce una falta de energía, motivación, interés en actividades sociales, y aparece como signos de reacciones traumáticas

fisicas o psicologicas. El personal de hospitales espera generalmente que cuando las heridas cicatricen la energia e interes social aparezca. Una continua ocurrencia de apatia despues de que se curen las heridas puede indicar los primeros signos del duelo. Se noto tambien que este nivel bajo de energia estaba acompañado de sistemas sensoriales (vista, oido) con reacciones alteradas. Las victimas decian que tenian percepciones de realidad difusa, veian cosas, creian oir voces como por ejemplo, angeles volando. Tenian necesidad de mantener a las personas alejadas y no tener que interactuar emocionalmente; querian que los dejaran solos y poder recordar los eventos del desastre. Los profesionales pedian consejos sobre como entender y reaccionar a estas manifestaciones. Se les dio consultoria para aconsejarles que por una parte siguieran con su calida manera de portarse pero estando sensitivos a la necesidad de mantener distancia emocional apropiada para cada victima. Tambien era importante que se dieran cuenta de su propia irritabilidad e impaciencia. Cuando notaban reacciones agresivas y de rechazo a las victimas, esta era una reaccion natural de los profesionales que trabajan en desastres.

Tambien era importante ayudarlos a notar que hay un contagio que ocurre cuando se esta tratando de ayudar a cientos de victimas. La calidad de dolor originado por una catastrofe, produce en todos emociones desagradables incluyendo un sentido de culpa por haberse salvado y quizas no haber perdido tanto como las otras victimas.

Otro tema que aparecia en las consultas era como comunicar a las victimas el hecho de que un ser importante habia muerto.

Los profesionales no sabian como, cuando y con cuantos detalles contar lo ocurrido. Tenian miedo de que la victima no podria soportar la noticia y se empeoraria fisicamente o se "volveria loco". Se les dio consejos a las enfermeras para que primero evaluaran la situacion fisiologica, despues de la cirugia o cicatrizacion de heridas, el nivel de funcionamiento psiquico, la ayuda familiar y social. Despues de tomar todas estas variables en consideracion, deberian escoger un momento adecuado para dar la noticia y quedarse con el individuo para ayudarlo a procesar el dolor. Las enfermeras notaron que las victimas tenian variadas clases de reacciones: negacion de los cambios ocurridos por amputaciones o parte del cuerpo desfigurado; obsesion por encontrar a sus parientes; apatia y falta de interes cuando se les daba la noticia; ansiedad por saber cuan dependiente iban a quedar en manos de otros, cuando se daban cuenta que no podian caminar, incluyendo ir al baño por su propia cuenta. La pregunta problematica para la consultora era si se deberian esperar algunos dias, dando apoyo a la defensa psicologica de negacion, para no empezar el proceso de duelo y dar mas tiempo de cicatrizar heridas o por otra parte empezar con el doloroso proceso emocional de confrontar las terribles perdidas y los problemas realistas de tener que enfrentar una realidad no deseada.

Teoricamente, el paciente deberia empezar y continuar con el trabajo de duelo sin demora para desligar los lazos emocionales de lo perdido y tener energias libres para empezar nuevas relaciones. Esto es necesario para una adaptacion saludable y un reajuste competente. Encontrar el tiempo optimo para hacer este trabajo psicologico, en este desastre, era muy dificil,

pues el nivel de traumatismo que afecto a las victimas incluia tantas areas fisicas y psicicas, que habia muy pocas experiencias documentadas que nos pudieran servir de base y guia.

En el proceso de duelo, hay que pasar por la etapa de culpabilidad donde uno recuerda incidentes en el que no se porto noblemente. Esta realidad se presentaba continuamente en las victimas, y los profesionales pedian ayuda para manejar este proceso. Muchas victimas tenian recuerdos durante el dia o pesadillas en la noche cuando vislumbraban a individuos que se hundian en el barro y elevaban las manos para ser salvados. Los sobrevivientes que estaban tambien en peligro de hundirse, no extendian los brazos para ayudar por miedo de morirse. Memorias, de oportunidades de haber podido hacer un esfuerzo de auxilio y no haberlo hecho eran constantes. El sentido de culpa era intenso, ahora que estaban a salvo en los albergues u hospitales. Guiando a los profesionales a ayudar a los sobrevivientes con estas reacciones humanas y poner en perspectiva la situacion de la noche del desastre, ayudo a procesar estas emociones en las victimas que estaban obsesionadas con el continuo recordar de estas pesadillas.

Consultoria centrada en administracion de servicios y programas

Esta consultoria se enfoca en el diseño, organizacion, operaciones, uso de recursos humanos, objetivos de servicios, secuencias y politica. En el proyecto de Armero las siguientes actividades fueron ofrecidas por la consultora:

1. Consultoria a los profesionales del Departamento de Salud Mental - Bogota y Ibaque
 - a. Participacion en formular documentacion para planear futuras actividades asistenciales.

- b. Compartir principios administrativos de planificación en emergencia.
- c. Colaborar en la planificación de actividades educacionales dirigidas a empleados del sistema de salud mental, de salud física y de las agencias de emergencia (incluyendo la asistencia a niños).
- d. Colaborar en planificación con el Comité Nacional de Emergencia Colombiano.

Actividades y desarrollo de presentaciones educativa

La oportunidad para desarrollar actividades educativas se presento desde el momento inicial de la colaboración con los organizadores del programa de Salud Mental. Se planifico un numero de presentaciones a todos los niveles de grupos involucrados en el esfuerzo nacional de emergencia. Tambien hubo oportunidades para compartir con el publico en general y la prensa conocimientos utiles para diseminar el material psicologico aprendido en otros desastres.

La consultora trajo consigo una cantidad de material enfocado en dar rapido conocimiento de areas necesarias para ayudar a victimas.

Estos materiales fueron reproducidos y compartidos con muchos grupos interesados en incrementar sus conocimientos en esta area. El gran numero de publicaciones escritas en ingles, generalmente no son diseminadas pero las que fueron traídas y juzgadas utiles estaban traducidas al castellano.

El programa y presentacion a los profesionales de servicios a las victimas incorporaba los siguientes aspectos:

1. Principios basicos para comprender la conducta humana a travez de las fases de reacciones post-desastre.
2. Presentar metodologia para participar en la organizacion

- de servicios de salud mental que estuviera "en ritmo" con el resto del sistema de emergencia.
3. Desarrollar los pasos para planificar los servicios de salud mental integrandolos con todos los otros componentes - hospedaje, rehabilitacion, salud, recreacion etc.
 4. Presentar y explicar como la tecnica de consultoria enfocada en factores psicologicos manifestados por las victimas o trabajadores de emergencia, puede ser utilizado. Por ejemplo, este tipo de presentacion educativa se dio al personal de salud en Venadillo, Lerida, Guayabal, Mariquita y Honda. Tambien hubo oportunidad de presentar y recibir informacion de los jefes medicos administradores de los hospitales de esas ciudades.
 5. Presentar las tecnicas de educacion masiva a la comunidad.
 6. Educar a los profesionales acerca de las diferentes tecnicas que existen para ayudar a las victimas a recuperarse y procesar las reacciones de crisis y desordenes post-traumaticos. Un cursillo de este tipo se presento a los profesionales del Hospital Federico Lleras Acosta en Ibague.

Manifestaciones de las victimas dos semanas despues del desastre

Caracteristicas de reacciones post-traumaticas

La consultora tuvo la oportunidad de ver un gran numero de pacientes en los hospitales que recibieron a las victimas. Alli pudo observar, interogar y participar en muchas experiencias clinicas. Las siguientes descripciones ilustran ejemplos de reacciones iniciales de las victimas en sus procesos de crisis. La mayoria de los pacientes presentaban signos biologicos, por ejemplo, pupilas grandes con mirada fija (asociado a cambios

de reacciones del sistema autonómico). Manifestaban diferentes niveles de fluctuación emocional con síntomas ansiosos - si se oían rumores de otra inminente avalancha, por ejemplo toda clase de disturbios de sueño fueron reportados por víctimas y personal médico durante el primer mes. Muchos de los individuos expresaban una necesidad de estar constantemente mostrando mucha dificultad en relajarse. Este empuje hacia la acción estaba asociado con dificultad en hacer decisiones propias, falta de interés y energía para relacionarse socialmente, acompañado con ausencia de placer o goze que antes era parte de su mundo familiar.

La pregunta que hacían los profesionales y socorristas era que si estas manifestaciones era originadas por las consecuencias físicas del trauma cerebral sufrido durante el desastre o eran los antecedentes de un síndrome de depresión o ansiedad. Por que eran importantes estas preguntas? La razón era que se pueden hacer intervenciones preventivas usando diferentes métodos terapéuticos si se define la etiología.

Otra área preventiva de gran importancia en el ambiente del hospital durante el período agudo después del trauma eran los cambios de personal debido a la rotaciones y cambio de horarios. Cada rotación trae nuevos individuos hacia la cama de la víctima. Las relaciones humanas se fragmentaban eran superficiales y con poca información del mundo exterior compartido. Había una falta de conocimiento por parte del grupo médico del punto de referencia humana de la víctima así que fallaban en orientarlo y dar sentido del nuevo mundo al que debe empezar a adaptarse la víctima.

El grupo de víctimas que se estudio en los centros de

refugio tambien demostraban incapacidad de estar tranquilos, se movian de una silla a la otra, continuaban hablando de estar confundidos, desorientados, no podian concentrarse y tenian pocas energias para ayudar en el trabajo que se le asignaba en el centro. Tenian dificultad en organizarse en grupos para cumplir ciertas tareas - cocinar, limpiar y ayudar a las necesidades diarias. Tenian dificultades en desarrollar un significado psicologico a este mundo transitorio y no querian invertir energias emocionales en hacer nuevas relaciones humanas.

Las victimas en los albergues mostraban mas claramente los sintomas de duelo, angustia, preocupacion que los hospitalados. Verbalizaban continuamente acerca de muchos aspectos asociados con la avalancha, memorias de su vida perdida, anecdotas de tragicos episodios donde no pudieron salvar a una victima. Se mostraban impacientes e irritables en sus reacciones con otros individuos. Estaban preocupados por sus reacciones impulsivas en donde no se reconocian a si mismos y se culpaban de la poca tolerancia que tenian. Estas reacciones paradójicas durante el proceso de adaptacion, tiende a apartar a socorristas, pues ellos tambien estan cansados de soportar negativismo, agresion y desconfianza.

Procesos Aplazados de Duelo de Victimas y Familiares despues del Desastre de Armero - Ausencia del cuerpo difunto.

El proceso inicial de duelo de las victimas y parientes de "desaparecidos" despues de Armero estaba impedido, ya que no se sabia si la ausencia del individuo era debido a que estaba muerto o estaba en uno de los albergues u hospitales donde fueron llevados por los helicopteros a travez de varias regiones del pais. Esta situacion reforzaba la reaccion psicologica de

evadir el profundo dolor de la perdida. Como componente de estos procesos, la negacion, es una de las defensas principales para ayudar a no aceptar el hecho de que era posible que uno de los seres queridos era uno de los cadaveres sepultados con los 23,000 muertos en el lodo de Armero. Esta actitud era reforzada por las noticias dramaticas de la television y periodicos que celebraban cada vez que habia un re-encuentro de familiares esparcidos por el rescate. Muchos de los individuos en "espera" se encontraban tensos, con expresiones serias y musculatura facial que expresaban su dolor. Manifestaban estados emocionales bruscos, sin poder abandonar las ideas obsesivas de encontrar a sus parientes, siguiendo cualquier rumor o pista y no aceptando la mas minima posibilidad de considerar la muerte como explicacion a la ausencia del ser querido. Se notaba el uso de pensamiento magico, primitivo, desilusionado, racionalizaciones y fantasia; a pesar de esto podian seguir diariamente con sus trabajos intelectuales y profesionales. Trataban de seguir su rutina diaria como si no estuvieran de duelo, pero se podia notar una variedad de expresiones desplazadas de emociones reprimidas. Estas se manifestaban por incremento de verbalizacion, acompañado de actividad frenetica, tratando de cumplir con muchas obligaciones y negando que tuvieran problemas de sueño o apetito.

Estos problemas tambien se notaron en los profesionales de los equipos de emergencia que tambien habian perdido pacientes, empleo y hogares. Dos grandes hospitales regionales fueron destruidos con muchos medicos, personal paramedico y pacientes muertos. La consultora pudo ayudar a varios jovenes medicos a iniciar el duelo.

Estos profesionales tenian que enfrentarse con un enorme

trabajo medico y de emergencia, al mismo tiempo que los lideres tenian que ayudar con el animo y espiritu de sus equipos. Para poder hacerlo, ellos tenian tambien que postergar toda expresion de dolor psicologico. Dos semanas despues del desastre se estaban dando cuenta de que tenian dificultades en sus interacciones sociales, una alteracion en la calidad de relaciones humanas con sus amigos y dificultades con pacientes, victimas y figuras de autoridad. Ellos confesaron sentirse cada vez mas irritados, algunos contaron que se sentian avergonzados de no querer escuchar mas los dolorosos recuerdos de tantas victimas. La manera como se protegian era evitando hablar o ver a sus pacientes. Trataban de procesar y controlar estas tendencias pues no las consideraban profesionales y se daban cuenta que sus esfuerzos de encapsular sus emociones no tenian exito y perdian a veces el control. Esta area de problemas profesionales era una de las actividades de consultoria continua.

sumario:

Se ha presentado un resumen de las actividades de una consultora de salud mental que tuvo la oportunidad de participar con los esfuerzos del programa de asistencia de emergencia y asistencia despues de la tragedia de Amero. Dos areas de actividades se han descrito - consultoria = educacion en situacion de desastre. Tambien un grupo de observaciones de reacciones de victimas en hospitales y albergues, 2 semanas, despues del desastre, se han documentado.

BIBLIOGRAPHY

1. Cohen, R.E. Intervening with disaster victims. In H.C. Schulberg and M. Killilea (Eds.) The modern practice of community mental health. San Francisco: Jossey-Bass, Inc., 1982.
2. Trainer, P., and Bolin, R. Persistent effects of disasters on daily activities: A crosscultural comparison. *Mass Emergencies* 1. (4): 279-290, 1976
3. Glesser, G.C.; Green B.L. and Winget, C., Prolongued Psychosocial Effects of Disaster: A Study of Buffalo Creek. New York: Academic Press, 1981.
4. Eth S., Pynoos S.R.: Interaction of trauma and Grief in Childhood in Post Traumatic Stress Disorder in Children, Eth S. and Pynoos S.R. (Ed.) American Psychiatric Press, Washington, D.C., pp. 171-186, 1985.
5. Innovations in Mental Health Services to Disaster Victims, edited by Mary Lystad, Ph.D., U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C., 1985.
6. Cohen, R.E. Post-disaster Mobilization of a Crisis Intervention Team: The Managua Experience. In H.J. Parad, R., H.L.P. and P., L.G. (Eds.) Emergency and Disaster Management: A Mental Health Sourcebook. Bowie, Maryland: Robert J. Brady Co., 1976.
7. Galante, M.A. and Foa, D. An epidemiological study of psychic trauma and treatment effectiveness of children after a natural disaster. *Journal of Community Psychiatry* 25: 357-363, 1986.
8. Cohen, R.E., Consultation in disasters: Refugees. In Bernstein, N.R. and Sussex, J.N. (Eds.) Psychiatric consultation with children and youth. Jamaica, New York: SP Medical and Scientific Books, 1984.
9. Cohen, R.E. Intervention Programs for Children Mental Health in Mass Emergencies: Theory and Practice, Lystad, M., Brunner/Mazel, (in press.) 1987.
10. Cohen, R.E. "Crisis Counseling Principles and Services." *Disaster Handbook*, N.I.M.H., Washington, D.C., 1985.
11. Cohen, R.E. Reacciones individuales ante desastres naturales. *Boletin de la Organizacion Panamericana de la Salud*, April, 1985.
12. Disaster and Mental Health: Selected Contemporary Perspectives. Center for Mental Health Studies of Emergencies. U.S. Dept., H.H.S. 1985

BIBLIOGRAPHY (CONTINUED)

13. Cohen, R.E. and Ahearn, F.L. Handbook for Mental Health Care of Disaster Victims. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1980.
14. Raphael, B. When Disaster Strikes: Basic Books, New York, 1986
15. Caplan, G. The theory and practise of Mental Health Consultation. New York: Basic Books, 1968.
16. Ahearn, F.L. and R.E. Cohen (Eds.) Disasters and Mental Health, An Annotated Bibliography. U.S. Government Printing Office, D.H.H.S. Pub. No. A.D.M. 84-131, 1984.