Nueva Orleáns: algunos principios de intervención en desastres

Eduardo Horacio Cazabat
Daniel L. Mosca

Introducción

El 29 de agosto de 2005 tuvo lugar el mayor desastre natural de la historia de los Estados Unidos de América. El huracán Katrina arrasó vastas áreas de los estados de Louisiana, Alabama, y Mississipi. Como consecuencia de ello, una misión humanitaria argentina de expertos en salud mental en desastres viajó a Nueva Orleáns un mes después de la tragedia a prestar ayuda a las víctimas, siendo el único equipo internacional autorizado a entrar e intervenir en la zona del desastre. Los autores del presente artículo participamos de la misma, y nos proponemos desarrollar algunos de los principios que orientaron nuestra intervención.

Informe de situación

Al momento de la llegada del equipo argentino, estaba permitido el ingreso a la ciudad solamente a aquellas personas directamente afectadas a la emergencia, al rescate, la reconstrucción y la rehabilitación. Las calles se encontraban desiertas, solamente transitadas por patrullas militares y equipos de rescate. La circulación se encontraba restringida, debiendo hacerlo con uniforme e identificación visible. Regía el toque de queda desde las 18.00 hasta las 7.00 hs.

Un fuerte y nauseabundo olor impregnaba toda la ciudad, debido en parte a la basura depositada y no recogida, a las aguas putrefactas en los sótanos de casas y edificios que estaban siendo extraídas, a los distintos elementos (colchones, muebles, etcétera) dañados por la humedad, y posiblemente a cadáveres de animales y personas que todavía no habían sido trasladados. No había provisión de agua potable, ni servicios básicos como gas, luz, etc. salvo en sectores muy reducidos de la ciudad. Era una ciudad sin mujeres, sin niños y sin animales.

Dado que el gobierno local no estaba en condiciones de proveer la seguridad pública, la misma se garantizaba por medio de patrullas militares y por compañías de seguridad privada.

El equipo argentino, constituido por dieciséis profesionales, fue asignado a la ciudad de Jefferson Parish. Esta ciudad pertenece al cordón denominado Gran Nueva Orleáns, y tenía antes del paso del huracán, una población de 455.466 habitantes según el último censo efectuado el año 2000. De ellos, casi el 70% eran blancos, alrededor del 25% eran negros y un 7,12% eran de origen hispano. Extendiéndose a ambas márgenes del río Mississippi (East and West Jefferson), fue una de las regiones más afectadas por los huracanes Katrina y Rita, y al momento del arribo de la misión más del 50% de sus 1.644 km2 de superficie estaba cubierta por el agua. Muchos de sus barrios se consideraban irrecuperables, y por lo tanto se sabía que iban a ser demolidos.

Las tareas desarrolladas

Describiremos aquí las áreas de intervención en las que trabajamos los autores. Conjuntamente con las autoridades sanitarias de la ciudad de Jefferson, luego de la correspondiente acreditación profesional del equipo argentino frente a las autoridades del estado que les permitía intervenir en la emergencia, incluso prescribiendo medicación, se determinaron las prioridades y áreas en las que se desplegarían las tareas.

El 2 de octubre siguiente, estaba previsto el inicio del retorno de las familias evacuadas en tandas de aproximadamente 200.000 por día a los primeros barrios a los que se les había restablecido la provisión de los servicios básicos. Éstas volvían por primera vez a sus hogares, por lo que se podían prever variadas reacciones ante la situación que se disponían a enfrentar.

En el cronograma de retorno, se determinó que las escuelas serían reabiertas a partir del 10 de octubre siguiente, lo que daba una semana de re-acomodamiento

familiar, de ubicación de alojamiento alternativo en caso que su vivienda no pudiera ser utilizada y, para el requerimiento local, el inicio de una planificación de apoyo a los docentes que iban a tener que contener a esos niños afectados. A ello debía agregarse que las oficinas públicas de toda el área estaban cerradas, por lo que indudablemente los centros de salud iban a resultar el punto obligado de consulta para distintos tipos de temas vinculados con la crisis.

De los tres centros de salud existentes previamente, sólo se preveía la reapertura del West Jefferson Mental Health Center, por lo que los miembros del personal tanto administrativo como profesional estarían sometidos a una demanda inusual, al tiempo que ellos mismos habían sido afectados por el desastre en diferentes medidas.

Por este motivo, se pautó con las autoridades atender a través de entrevistas individuales a miembros del staff, manteniendo una guardia pasiva dentro del establecimiento para todo aquél que requiriera atención en cualquier momento. Al ser su primera semana de actividades laborales luego del desastre, las dificultades planteadas tenían mucho más que ver con su vuelta a la ciudad que con su reinserción laboral. Muchos de los miembros del equipo del Centro, al igual que sus pacientes, habían perdido la mayoría de sus pertenencias, la vivienda completa o parte de ella y, en muchos casos, remitían además la conversación a la separación con familiares y compañeros de trabajo que, habiendo sido evacuados no volverían en un futuro cercano a la ciudad. Estas características hacían al personal más vulnerable al estrés traumático vicario y al burnout, poniendo de este modo en riesgo no sólo su propia salud sino también la calidad de la atención brindada.

La participación fue de casi la totalidad de los miembros que estaban trabajando en ese momento en el lugar, habiendo sido asistidos en ambas modalidades 87 personas pertenecientes a la institución.

Paralelamente, se ofreció Capacitación para atención en situaciones post-crisis al personal clínico. En conjunto con la Dirección del Centro se diseñó un programa de entrenamiento de acuerdo con las necesidades percibidas por las autoridades.

Los objetivos de aprendizaje fueron:

1. Comprender las características principales, las manifestaciones y los dinamismos del trauma psicológico
2. Saber qué hacer y qué evitar frente a un incidente critico
3. Identificar otras posibles reacciones
4. Aprender un protocolo de defusing
5. Prevenir la traumatización secundaria del profesional
6. Conocer los principios psicofarmacológicos del tratamiento

Concurrieron a las actividades más de 110 personas pertenecientes al staff del Centro.

Un segundo nivel de capacitación fue dirigido específicamente a los terapeutas del lugar, consistente en aprender los principios generales de tratamiento del trauma y recibir entrenamiento en protocolos de tratamiento de Terapia Cognitivo Conductual. Esta capacitación la recibieron 38 profesionales del Centro.

La atención directa del personal representa una práctica primordial, ya que en este caso tratándose de personal asistencial damnificado, su exposición era doble, encontrándose en mayor riesgo de desarrollar sintomatología postraumática, dificultando de esa manera su labor asistencial. Por otro lado, la capacitación es imprescindible ya que tiene un efecto multiplicador, alcanzando mucha mayor población que la asistencia directa que pudiera proporcionar el equipo de la misión argentina, y prolongando sus efectos en el tiempo.

Misión de Seguimiento

Entre el 15 y el 19 de mayo de 2006 se realizó un seguimiento del trabajo realizado. En esta oportunidad una misión reducida a seis integrantes trabajó en el reforzamiento y consolidación de la tarea realizada en la misión anterior.

Se realizó seguimiento de las personas que habían realizado consultas, se dio supervisión a quienes habían participado de los cursos de entrenamiento clínico y se participó en la formación de agentes comunitarios de salud

El impacto del huracán Katrina en la sociedad de Nueva Orleáns

El saldo del paso del huracán Katrina por el estado de Louisiana tuvo un profundo impacto en la estructura social, económica y demográfica de la sociedad. A las 1244 víctimas mortales registradas y los aproximadamente 8.000 desaparecidos reportados, deben agregarse el aproximadamente millón y medio de evacuados. Este hecho convirtió a Nueva Orleáns y sus alrededo-

res en una ciudad fantasma durante un tiempo considerable.

Sin duda se trató de una crisis global que puso en grave riesgo el funcionamiento de la sociedad. Una ciudad sin los servicios básicos tales como luz, agua, gas, asistencia sanitaria, transportes o seguridad es imposible que funcione como tal. La imposibilidad de brindar esos servicios se debía tanto a la destrucción física de la infraestructura (ya sea por rotura o por encontrarse bajo el agua) como a la falta de personal para ejecutarlos, dado que el grueso de la población se encontraba evacuada.

La crisis fue global, no respetando diferencias de sectores, etnias, nivel sociocultural, etc. El viento y el agua no hicieron diferencias entre barrios ricos y barrios pobres, destruyéndolos e inundándolos por igual.

Aunque se trate de un fenómeno de tipo natural, la población afectada asignaba un gran grado de responsabilidad a los niveles gubernamentales, por la falta de previsión, falta de obras, fallas en la activación de los dispositivos de alerta, tardía y desordenada evacuación, y retraso en las tareas de rescate. La responsabilidad humana en la catástrofe, como es sabido, aumenta el impacto emocional subjetivo, agravando las consecuencias. La idea que circulaba entre quienes iban retornando a sus hogares (o lo que quedaba de ellos) se resumía en la consigna “Olvídense de Irak, ayúdennos a nosotros”. En ese marco, el congreso de los Estados Unidos votó un presupuesto de 400.000 millones de dólares para la guerra, lo que fue vivido por muchos de los habitantes de Nueva Orleáns como desinterés, olvido o burla, incrementando la sensación de abandono, desprotección y las consecuentes reacciones de ira, angustia, depresión, etc.

El tejido social fue seriamente afectado. Gran parte de la población humilde, que por lo general no eran propietarios de sus viviendas, encontraban poco interés en volver a un lugar donde no tenían nada por recuperar, y muchos de ellos decidieron quedarse a vivir en otros estados. Por lo tanto, se registraba una gran escasez de mano de obra, provocando grandes dificultades para la reanudación de actividades de todo tipo (servicios, comercio, etc.)

A nivel familiar se produjo una desarticulación semejante, dado que ante lo precipitado de la evacuación no fue posible mantener unidas a todas las familias, dándose casos en que algunos integrantes de una familia volvían a Nueva Orleáns mientras otros decidían establecerse en otro estado, desmembrando la unidad familiar.

Si bien la ciudad había pasado ya por crisis provocadas por huracanes, ésta difería en el hecho de que en las anteriores oportunidades, la ciudad y la sociedad continuaron funcionando pese a las dificultades. En esta ocasión, la parálisis fue casi total, con una inercia difícil de vencer, prolongándose en el tiempo de tal manera que muchos de los habitantes presentaban una sensación de futuro desolador, o directamente falta de futuro. Hay una vivencia subjetiva muy diferente entre quien lo perdió todo pero a su alrededor todo comienza a funcionar y encuentra puntos de apoyo para recuperarse, y aquél que habiendo perdido todo, ve todo desolado a su alrededor, y no encuentra en quién o qué apoyarse. Esto, junto con la falta de trabajo, la reducción de salarios y los despidos producidos en la administración pública, la escasa actividad económica en todos los niveles lleva a experimentar un gran temor a caer en la indigencia. Esto se vio agravado por la insatisfactoria respuesta de los niveles gubernamentales, tanto a corto como a mediano y largo plazo. Como ejemplo, al comienzo de la nueva temporada de huracanes y a casi un año del paso de Katrina, los diques del lago Pontchartrain no habían sido restituidos al nivel de seguridad previo al desastre, provocando un temor intenso en la población, acompañados por una sensación de abandono y olvido de su situación.

Al mismo tiempo, los episodios de criminalidad registrados (saqueos, robos, violencia interpersonal) produjeron un aumento de la sensación de inseguridad, promoviendo mayor estrés psicosocial

La acumulación masiva de desechos en mal estado, además de los productos químicos que la inundación arrastró consigo produjo una crisis a nivel ecológico cuyas consecuencias son difíciles de prever en el corto plazo. Los depósitos de residuos fueron sobrepasados, convirtiéndose en enormes montañas de desperdicios. Por ejemplo, miles y miles de heladeras en desuso, o acondicionadores de aire vertiendo sus gases a la atmósfera, o los combustibles, insumos industriales, etc. arrastrados por las aguas se constituyeron en una grave amenaza para el medio ambiente y la salud

Por último, si bien los primeras labores de rescate fueron realizados por equipos llegados de todos los Estados Unidos, a medida que la sociedad de Nueva Orleáns

fue poniéndose con dificultad en movimiento, la labor de asistencia a los damnificados comenzó a ser desarrollada progresivamente por la población local, que revestían la doble condición de damnificados y ayudadores, exponiéndolos doblemente al impacto del trauma y haciéndolos más vulnerables, y por lo tanto probablemente menos efectivos en sus labores, perpetuando el ciclo de traumatización

Principios de intervención en crisis

En este marco, los autores del presente artículo, desplegamos nuestra labor en tres áreas a) asistencial, b) atención en crisis c) docente.

Nos proponemos enumerar y desarrollar algunos de los principios que guiaron nuestra intervención en las áreas asistencial y de atención en crisis.

Las actividades se desarrollaron en el ya mencionado West Jefferson Mental Health Center. Dicha institución es un centro de salud mental en principio orientado principalmente a la asistencia de pacientes drogodependientes, que debió readaptarse frente a la circunstancia para la atención de todo tipo de demanda en salud mental, previéndose un altísimo componente de demanda por situaciones de crisis y trauma.

La labor de atención en crisis consistió en acudir frente a las emergencias detectadas junto con un trabajador social del sistema de salud local al lugar de la misma. La labor asistencial se desarrolló enteramente dentro del West Jefferson Mental Health Center. Allí, los autores permanecimos de guardia pasiva brindando atención a todo aquél que lo requiriera. El hecho de trabajar en un ámbito laboral cerrado, donde la población consultante también trabajaba, permitió la realización de seguimientos tanto formales como informales, al cruzarnos con ellos en los pasillos, o simplemente acudir a sus lugares de trabajo para comprobar la evolución. También es necesario considerar que nuestra intervención tenía un plazo fijo limitado, ya que nuestra permanencia allí sería por el plazo de dos semanas, plazo en el cual deberíamos hacer la totalidad de nuestro trabajo, buscando de maximizar el impacto del mismo, al tiempo que debíamos cuidar de no dejar procesos abiertos dado que difícilmente hubiera personal capaz de poder seguir su desarrollo y llevarlo a buen término, dadas las circunstancias anteriormente descriptas.

Los síntomas y problemas presentados predominantemente fueron:

- Desesperanza
- Miedo al futuro
- Miedo a volverse loco
- Miedo a la pérdida del control
- Miedo a no poder salir adelante
- Reexperimentación de traumas previos

Si bien, estos y otros principios fueron aplicados simultáneamente en cada consulta, intentaremos individualizar la aplicación de cada uno en diferentes ejemplos clínicos.

Principio de Normalización: Según el Principio de Normalización de Frank Ochberg, (Ochberg, 1993) la persona traumatizada reacciona a un evento estresante anormal, fuera del rango de lo común, al que no está acostumbrado, y por lo tanto reacciona de una manera desconocida para sí, por lo que puede confundir la anormalidad del trauma con la anormalidad su propia respuesta. No es su respuesta lo anormal, sino el evento que la desencadena. Parece existir un patrón general de ajuste al trauma, que incluye pensamientos y sentimientos dolorosos y desorientadores y quizás no bien entendidos pero que son normales, dadas las circunstancias. El proceso de curación emocional frecuentemente incluye reexperimentación, evitación, sensibilización y auto-culpabilización. Este fue el caso de una consultante que a partir del huracán comenzó a reexperimentar intrusivamente un accidente automovilístico en el que había sido atropellada por un camión. Su preocupación radicaba no comprender por qué rexxperimentaba un trauma lejano, y no el del huracán. Al comprender que esta reexperimentación se debía a los dinamismos neurobiológicos del trauma, y que probablemente se fuera disipando con el correr de los días, su preocupación cesó, aceptando como normales los recuerdos intrusivos, que efectivamente cesaron a los pocos días.

Principio de colaboración y fortalecimiento (empowering): Fomentar competencia y autoeficacia. La relación terapéutica debe llevar a fortalecer a aquél que ha sido afectado en su seguridad y dignidad. El trauma afecta tanto la seguridad como la autoeficacia y la imagen de sí mismo de la persona. Aquél que ha resultado traumatizado siente que sus fuerzas no son suficientes para enfrentar la adversidad, siente que algo dentro de sí está fuera de control, que

algo no funciona bien. Por lo tanto, trabajar con los recursos propios del consultante, lo ayuda no sólo a enfrentar la adversidad del trauma, sino también a reconstruir su sentido de la eficacia y autoimagen, dado que las herramientas vienen de dentro de sí mismo, de su historia, de su experiencia, y no de una fuente externa como puede ser el profesional. Toda persona tiene la experiencia de haber enfrentado situaciones difíciles con recursos propios. Rescatar los estilos de afrontamientos exitosos, en un momento en que se siente desprotegido, débil, ineficaz es una manera de que rescate sus propias herramientas, las que le han servido en otras ocasiones, las que sabe manejar adecuadamente, en las que confía. Varios de los consultantes que concurrieron con diversos motivos de consulta habían enfrentado exitosamente otras situaciones traumáticas (desde violaciones a otros huracanes o evacuaciones). Pedirles que detallaran cómo habían hecho para enfrentarlas y superarlas, en algunos casos fue suficiente como para que se conectaran con los recursos adormecidos, y solos se dieran cuenta de que ellos mismos sabían cómo hacerlo, sin necesidad de ayuda externa.

Principio de Formación de la Alianza Terapéutica: es sabido que un factor crucial en el éxito de cualquier actividad de tipo psicoterapéutico reside en la formación de una alianza terapéutica sólida. Esta alianza se basa principalmente en las habilidades psicoterapéuticas básicas de empatía, aceptación incondicional y autenticidad del terapeuta. Esto significa comprender y compartir cómo debe ser estar en el lugar del consultante, comprender las circunstancias y sentimientos que motivan determinado comportamiento, y permite establecer relación cálida de apoyo, demostrando el interés por ayudar. Una de las consultantes concurrió expresando su tristeza y angustia debido a que su única familiar, su hermana, había decidido quedarse a vivir en otro estado donde había conseguido trabajo. El acompañamiento realizado por medio de expresiones empáticas, le permitió disminuir su nivel de angustia y así poder decidir que una parte importante de su sueldo sería destinado a solventar las comunicaciones telefónicas que serían por mucho tiempo la única posibilidad de mantener su vínculo con su hermana, aceptando de esta manera la realidad y encontrando la manera de afrontar su aislamiento.

Principio de permitir experimentar emociones: muchas veces, la reacción emocional frente al trauma genera en la persona afectada la experimentación de emociones que pueden no ser aceptadas fácilmente, ya sea porque no son socialmente aceptadas (ira, revancha, envidia, etc.) o porque devuelven al sujeto una imagen de sí mismo que no encaja con su ideal o imagen previa (miedo, vergüenza, desapego, etc.). La lucha por reprimir y hacer desaparecer esas emociones indeseadas consume la energía de la persona en una tarea infructuosa. En la relación establecida en el espacio asistencial, se permite a los consultantes expresar libremente sus emociones, ya sea por la aceptación sin juicios del material aportado, ya sea haciendo las preguntas oportunas que permitan desplegar las emociones no aceptadas. Por ejemplo, un consultante de origen afroamericano se presentó refiriendo sentimientos incontrolables de ira y deseos de venganza causados por la discriminación que sentía tanto en carne propia como por lo que veía y conocía acerca de la realidad que sufría la gente del mismo origen. El consultante se desconocía a sí mismo, en su trayectoria y su ideología pacifista, avergonzándose profundamente de sus emociones. La aceptación de su ira tanto como su normalización por parte de los autores fue suficiente para que su ira disminuyera y prácticamente desapareciera en los días siguientes, experimentando una sensación de alivio muy significativa.

Rescatar la historia del consultante: La Reformulación Panorámica (Cazabat, 1996). Cada ser humano se caracteriza por la forma en que construye y organiza en particular los acontecimientos. Esa construcción, constituida por componentes cognitivos afectivos y conductuales, es una representación del mundo, un marco de referencia, que determina a su vez un abanico de conductas o cauces de acción posibles del sujeto. Una reformulación apunta a alterar esa construcción de tal manera que en ese nuevo marco de referencia la persona encuentre otros cauces de acción alternativos a los disfuncionales. La Reformulación Panorámica apunta a crear un marco general histórico. En ese marco, los acontecimientos aportados por el paciente, muchas veces dispersos, son encadenados por el terapeuta de manera que necesariamente desembocan en el rescate de capacidades, fragmentos de su historia significativos, fortalezas, etc. La narración que realiza el terapeuta contempla tanto el hilo de los hechos como el de la conciencia de los que intervienen en esa acción (in-

cluido el consultante). Así, por ejemplo, una consultante que a partir de la evacuación vivía permanentemente perturbada por los recuerdos intrusivos de una violación que creía haber superado, encontró las herramientas para sobreponerse a ellos cuando se vio reflejada en la narración de su propia historia de lucha frente a diversas adversidades como la violación, otras evacuaciones, una migración, etc.

Connotación positiva y prescripción de síntoma: en muchas oportunidades, según los postulados de la terapia sistémica, lo que ayuda a mantener los problemas es la persistencia en una solución errónea. Así, luchar por dominar eventos que sólo pueden suceder espontáneamente, están condenados al fracaso. Por lo tanto, es imprescindible no embarcarse en luchar contra lo inevitable (sentimientos, sueños, etc.). Una de las posibles formas de afrontarlos es aceptarlos, encontrándole algún aspecto positivo, y sugerir o prescribir esa conducta. Ese fue el caso de una consultante que desde el paso del huracán vivía atormentada por pesadillas que le alteraban toda su vida, invadiendo tanto sus días como sus noches. La consultante se preguntaba por el sentido de la persistencia de las mismas. Aprovechando su interés en los significados, le planteamos que quizás el sentido de la persistencia de sus pesadillas era que ella tuviera la oportunidad de encontrarles el significado. Que quizás no debía oponerse a ellos, sino más bien observarlos con curiosidad hasta encontrárselo. Efectivamente, pocos días después se acercó visiblemente aliviada (y agradecida) a comunicarnos que había encontrado el sentido de sus pesadillas, y que a partir de ese momento habían dejado de atormentarla.

Autorrevelación del operador: la autorrevelación del terapeuta (self-disclosure) es, según las más recientes investigaciones, uno de los factores de consolidación de la alianza terapéutica a mediano plazo (Kleinke, 1995). Esto consiste en que el terapeuta es capaz de compartir aspectos de su propia vida que hacen a la relación terapéutica y al proceso. El hecho de haber podido compartir con muchos de los consultantes experiencias que, aunque no hubiésemos sufrido huracanes o evacuaciones masivas, nos había puesto en situación comparable a la suya (crisis argentina del 2001/2) hizo que ellos se sintieran comprendidos. No es lo mismo conocer teóricamente una experiencia, que haber pasado por algo similar. Al mismo tiempo, esta dialéctica “conocer en carne propia-no compartir la experiencia concreta” permitió que los consultantes pudieran explayarse acerca de sus experiencias, emociones, etc. sin temor de afectar al operador. El hecho de provenir de un país tan lejano, brindó la también la confianza de poder expresarse en total anonimato, frente a alguien que difícilmente volverían ver.

Intervención minimalista. La intervención se hizo íntegramente en idioma inglés. Si bien los autores hablamos inglés, no lo hacemos con la fluidez de nuestro idioma materno. Esto significó que debimos aplicar mayor atención que la de costumbre a escuchar e interpretar lo que se nos decía, muchas veces en medio de una crisis, o el llanto, o expresado en el idioma o acento propio de la región, y, al mismo tiempo debimos pensar más cuidadosamente que lo habitual nuestras intervenciones, para asegurarnos de ser comprendidos. De esta manera, la intervención más cuidada, más elaborada, y orientada más certeramente hacia el blanco ganó en eficacia y precisión. Los autores estamos convencidos que de haber hecho la intervención en castellano, seguramente hubiéramos hablado más, sin aumentar por ello la eficacia.

Observaciones realizadas en la segunda misión

En mayo de 2006, casi ocho meses después de la primer misión, se realizó una segunda misión de seguimiento, más reducida esta vez (Basualdo et al. 2007) . Ambos autores participamos de la misma, y tuvimos oportunidad de verificar el impacto de la labor desarrollada en octubre de 2005.

Uno de los errores comunes en este tipo de situaciones es considerar que la situación traumática fue exclusivamente el huracán y que por lo tanto terminó. La realidad es que la situación traumática estaba en pleno desarrollo aún. Si bien la ciudad tenía un funcionamiento visiblemente más activo, muchísimos de sus habitantes aún no habían podido retornar, y barrios enteros se encontraban desabitados e inhabitables como verdaderos barrios fantasma. Aun quienes habían obtenido subsidios para reparar sus casas no habían podido hacerlo debido a la falta de mano de obra. Muchos aún vivían en carpas, casas rodantes o casas con un alto nivel de deterioro. La llegada de la misión argentina produjo un profundo impacto en la población alcanzada, dado que, según declaraban, se

sentían abandonados pues ya había pasado la novedad de la catástrofe, y ya nadie se acordaba de Nueva Orleáns. La problemática presentada, una vez pasado el momento agudo, se transformó en decepción, desmoralización y depresión.

Durante los cinco días que duró la misión los autores tuvimos la oportunidad de contactar a la mayoría de la gente que había solicitado nuestra atención y reforzar con ellos nuestra intervención.

Conclusiones

Los lineamientos de intervención en salud mental en desastres enfatizan, acertadamente, el aspecto del entrenamiento y capacitación de recursos profesionales locales que puedan seguir con la intervención más allá de la permanencia del equipo. Si bien ese fue un aspecto muy importante de la misión realizada (Basualdo et al. 2007), consideramos importante destacar el rol jugado por la atención directa en determinados casos. Dado que en el caso que nos ocupa, quienes tomaron la posta de la intervención, miembros del personal del West Jefferson Mental Health Center, eran a su vez afectados directos por el desastre, se imponía, junto con la capacitación, una labor de tipo asistencial para ayudarlos a recobrar la estabilidad necesaria para ejercer su trabajo terapéutico con la población afectada.

Bibliografía

Basualdo, M., Cazabat, E., Chames, S., Di Nanno, A., Gómez Prieto, C., Holgado, M., Interlandi, A., Luthy, V., Mosca, D., Nuesch, G., Pardo, C., Rodríguez, S., Sanguinetti, C., Roldán, A., Serrano, E., de Urquiza, E., Viola, L., Zaballa C. Crónica de la Intervención humanitaria en Nueva Orleáns. Revista de Psicotrauma para Iberoamérica. Vol 6 Nº1/2/3 2007

Beutler, L. Systematic Tratment Selection

Cazabat, E. y Urretavizcaya, A.: La reformulación panorámica. Sistemas Familiares, Año 12, Nº 1, Abril de 1996, pág. 31-36

Disaster Response Education and Training Project, Center for the Study of Traumatic Stress. Psychological First Aid. Disponible en http://www.usuhs.mil/csts/

National Center for PTSD. Psychological First Aid. Disponible en http://www.ncptsd.org

Fisch, R., Weakland, J., y Segal, L.,La táctica del cambio. Herder, Bs. As. 1982.

Frank,J., Salud y persuasión. Un estudio comparativo de la psicoterapia. Bs. As. Ed. Troquel, 1977.

Hirsch, H., y Rosarios, H., Estrategias psicoterapéuticas institucionales. La organización del Cambio. Bs. As., Nadir, 1987.

Kleinke, Chris. Principios comunes en psicoterapia. Desclee de Brower Bilbao, 1995

Ochberg, Frank. Posttraumatic Therapy. En John P. Wilson y Beverley Raphael (ed.) International Handbook of Traumatic Stress Syndromes, Plenum Press, New York, 1993.