

Apoyo psico-social inmediato a los supervivientes de un desastre

Peter Berliner, José Navarro Góngora y Vanessa Espailati

Profesor de Psicología Comunitaria, Universidad de Aarhus, Dinamarca, peer@dpu.dk

Profesor de Psicología de la Salud, Universidad de Salamanca, España, jgongora@usal.es

Profesora de Psicología, UNIBE (Universidad Iberoamericana), Santo Domingo, República Dominicana, v_espailat@hotmail.com

Abstract

Youn zetwal file tonbe

Fann fonten tet-mwen

Pakanpak

Youn loray gwonde tonbe

Nan mitan zantray-mwen

Tidife boule kale nan ke-m tou wouj

Ou met koupe-m

Rache-m jete-m

Ou met boule-m

Fe chabon ak mwen

Zwazo p'ap sispann

Fe nich nan rasin-mwen

Resumen

La estrella brilla y decae

hende mi frente

sien a sien

Llamas vivas

dentro de mis entrañas

Llamas que cortan

mi corazón palpitante

Puedes trocearme

desarraigarme, expulsarme

Puedes quemarme

en carbón

Los pájaros no dejarán

de anidar en mis raíces.

Un fragmento de un poema del poeta haitiano Emanyel Ejen, pseudónimo Manno Ejen, que enfrentó la opresión política, pero que claramente muestra su resiliencia frente a la adversidad.

Traducción del creolé: José Navarro Góngora

1. Introducción

Hay cierto acuerdo sobre las consecuencias en la salud mental de muchos de los supervivientes de emergencias complejas, como los desastres importantes y masivos, especialmente cuando implican heridas graves, pérdidas y duelos (Staub, Pearlman, Gubin y Hagengimana, 2006; Silove, 2004; Joseph, Williams y Yule, 1997). Ello es especialmente cierto allí donde la infraestructura social se vio afectada, cualquiera sistema de salud mental previo a la emergencia es insuficiente para dar respuesta a las muchas necesidades de de las comunidades afectadas.

El marco para entender el apoyo psicosocial para las personas que se vieron expuestas a incidentes críticos y potencialmente traumáticos se ha venido desarrollando en las décadas pasadas. En muchas partes del mundo las familias extensas y las redes sociales con relaciones duraderas, múltiples y profundas entre sus miembros se vieron debilitadas por la nueva forma de estructurarse de las familias actuales y por el acceso trabajo de sus miembros. Ello significa que la forma tradicional de apoyarse mutuamente ya no es suficiente en caso de desastres y de accidentes fatales (Jensen y Baron, 2003). En algunas naciones las formas tradicionales de apoyo todavía persisten, pero se han visto debilitadas por los desafíos económicos producto de la globalización o el cambio generalizado de los estilos de vida. Lo que significa que las personas son más vulnerables y frágiles. En Haití el sistema de apoyo de la familia extensa es fuerte, pero una vez que el desastre separó a los individuos de sus grupos de referencia, el impactó resultó severo porque la dependencia del sujeto de su red se convirtió en un factor de riesgo (Nicolas, Schwartz, and

Pierre, 2009; Nicolas, Desilva, Subrebst, Breland-Noble, Gonzalez-Eastep, Prater y Manning, 2007). Para complicar aún más las cosas se espera que el sistema familiar sea auto-suficiente y no dependa de la sociedad.

La exposición a un desastres provoca sentimientos de miedo y ansiedad, dolor físico, pérdida de fuerzas y motivación, cambios de temperamento y de identidad, distanciamiento de los amigos y de la familia, trastornos del sueño y pesadillas, imposibilidad de tomar decisiones, concentrarse y recordar, pérdida de fe y de la espiritualidad, imposibilidad de trabajar y pérdida de interés en el cuidado de la familia y de uno mismo.

Aún más, el contexto social de un individuo puede cambiar profundamente durante y después de un desastre. Los cambios incluyen: (1) la separación de la familia, (2) el incremento de la violencia, las violaciones y de las humillaciones en la comunidad o en los campos de refugiados, (3) miedo e incertidumbre hacia el futuro, (4) pérdida de los medios de vida tradicionales, (5) cambios de roles dentro de la familia y (6) ruptura de los servicios sociales básicos de la comunidad (policía, salud, educación) que tienen un profundo impacto psicológico en los sujetos.

Las comunidades, e incluso la sociedad en su conjunto, pueden verse impactadas de forma seria por un desastre en la medida en que se incrementan los niveles de falta de confianza, miedo, inseguridad, sufrimiento, culpa, duelo, confusión moral y religiosa, conducta violenta (violaciones, robos y violencia familiar), ausencia de un liderazgo aceptable y alcoholismo y

adiciones. La comunidad y la sociedad pueden caracterizarse por una pérdida de confianza y esperanza, apatía, conductas abusivas (incluida la corrupción) y una carencia de un buen gobierno. Todos estos factores hacen muy difíciles la recuperación de los individuos y de las familias si no se toma en cuenta la comunidad local y ciertos niveles de gobierno de la sociedad. No obstante existen factores protectores. Todo parece apuntar al hecho de que ya en el momento mismo del desastre gran parte de aquellos que se vieron afectados comienza a movilizar apoyo social. Comparten los recursos limitados de los que disponen y protegen a los más vulnerables. Toman parte en la reconstrucción de comunidad a corto y largo plazo y participan en las ceremonias colectivas de duelo tan pronto como se organizan. Comparten sentimientos e historias sobre lo que sucedió e ideas sobre cómo enfrentar la situación (Berliner, Anasarias y de Casas Soberón, 2010; Berliner y Mikkelsen, 2006)

En este artículo describimos y analizamos la necesidad de apoyo psicosocial de los supervivientes del terremoto de Haití de 2010. Nos centramos en las reacciones e intervenciones realizadas en la fase temprana y a medio plazo de la emergencia.

2. Presupuestos

El 12 de Enero de 2010, Haití se vio sacudida por un terremoto de intensidad 7,1 en la escala Richter. El epicentro se encontraba a menos de 15 kilómetros de la capital Puerto Príncipe. El seísmo inicial continuó con 12 réplicas de una magnitud mayor de 5.0 en la escala Richter. El terremoto se cobró en torno a 250.000 vidas, provocó una destrucción masiva de propiedades

privadas y públicas, causó miles de heridos y en torno a dos millones de refugiados, exponiendo a toda la población a una experiencia traumática.

La República Dominicana se implicó en el tratamiento de los supervivientes heridos, transportándolos desde las primeras horas y durante días en helicópteros, ambulancias y otros vehículos desde Haití a centros de asistencia en la propia República Dominicana. Un considerable número de médicos, enfermeras y voluntarios participaron en la empresa de salvar el mayor número de vidas posibles.

Los hospitales de la frontera con Haití (Jimaní) y los de Santo Domingo, Santiago y Barahona movilizaron todos sus recursos para tratar a los miles de pacientes que llegaban de Haití. Muchos de los supervivientes sufrieron amputaciones para salvar sus vidas. La Dirección General de Salud Mental de la República Dominicana en colaboración con la Universidad Iberoamericana (UNIBE) creó una Unidad de Intervención en Crisis con médicos y psicólogos de ambas instituciones con el objetivo de ayudar a los haitianos de los hospitales de Santo Domingo y de los campamentos de Haití. Profesores y estudiantes del máster de Crisis y Trauma se unieron a la Unidad de Intervención en Crisis y ofrecieron apoyo psicosocial a las víctimas y a sus familias en los hospitales y en los campamentos bajo la supervisión y las directrices desarrolladas por la UNIBE. El programa de máster de la UNIBE se hace en colaboración con la Universidad de Salamanca (España) que, por su parte, ofreció ayuda técnica y financiación a la Unidad de Intervención en Crisis. La Universidad de Aarhus (Dinamarca), también contribuyó con ayuda técnica.

La Unidad de Intervención en Crisis apoyó a los

supervivientes y a sus familias en los hospitales de la frontera con Haití (Jimaní), en Santo Domingo y en los campamentos de Haití (Fond Parisien y Croix-des-Bouquets), desarrolló programas psicosociales en los albergues de Santo Domingo (en los que se ubicaban a los pacientes y a sus familias cuando se les daba de alta de los hospitales). Todas las actividades se coordinaron con la Dirección General de Salud Mental dependiente del Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana. Todos quienes trabajaron en la Unidad de Intervención en Crisis lo hicieron de forma voluntaria.

En los primeros días después del terremoto, el equipo dio apoyo psicosocial a supervivientes, muchos de los cuales se encontraban en estado de shock, sin fuerzas, en pleno duelo, sin esperanza, aturdidos, tomando conciencia de sus pérdidas personales y desorientados. En los campos de refugiados las condiciones de vida eran difíciles (sigue siéndolas), sin higiene o privacidad y sin opciones para tener ingresos de los que vivir. La mayoría tenía una gran necesidad de información sobre la suerte de sus familiares y propiedades, sin embargo en los primeros días fue difícil para nosotros y para otras organizaciones humanitarias dar esa clase de información. En esta fase estábamos centrados en ofrecer apoyo psicosocial o incluso tratamiento psiquiátrico y dar estos servicios a los más necesitados. Asumíamos que debíamos organizar el apoyo para los en duelo y derivar aquellos con reacciones más patológicas a tratamiento.

El objetivo de nuestra atención era ofrecer apoyo emocional, información y apoyo práctico mediante la escucha de su dolor y necesidades. También se usaron intervenciones

psicoeducativas para explicar las reacciones psicológicas y las posibles estrategias de afrontamiento de desafíos tales como imágenes intrusivas, miedo, dolor y pesadillas nocturnas.

La Unidad de Intervención en Crisis estuvo en los hospitales General Melenciano y el Buen Samaritano de Jimaní, en la frontera con Haití, y ofreció apoyo a pacientes y sus familias. Se hizo un hincapié especial en apoyar a niños y a familias con niños.

Estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNIBE oficiaron como traductores voluntarios y ayudaron a los supervivientes y a nosotros a superar las barreras idiomáticas entre el creoles y el español e inglés. Debido a la enorme carga de trabajo de los profesionales y a la barrera idiomática un cierto número de pacientes no conocían sus tratamientos o pronósticos. Mucho del apoyo psicosocial en los primeros días después del terremoto fue ofrecer traducción que posibilitara a los profesionales informar a los pacientes y a sus familiares sobre la condiciones médicas y los tratamientos.

Además de facilitar la comunicación el principal apoyo psicosocial fue escuchar las expresiones de duelo por las pérdidas y el dolor, y acompañarles en un momento tan difícil de sus vidas. Igualmente, apoyamos a los pacientes a restablecer contactos con sus familiares en Haití. La separación de los miembros de la familia fue un enorme problema que no pudo resolverse en un primer momento, pero en las siguientes semanas los hospitales organizaron líneas gratuitas para ayudar a los pacientes a comunicarse con sus familiares en Haití.

Los pacientes estaban llenos de angustia, no comprendían qué les había pasado, cómo

llegaron al hospital y el progreso de su tratamiento. Por ejemplo, una joven lloraba y gritaba cuando le lavaban y curaban las heridas una vez al día porque no entendía por qué lo hacían. Le habían amputado una pierna y los médicos estaban luchando por salvarle la otra. Cuando obtuvo información de las razones sobre el tratamiento, se sintió más segura y pudo resistir mejor el dolor. Muchos de los pacientes tenían miedo al futuro y expresaban su desesperanza. Los familiares que pudieron llegar de Haití para cuidar de sus enfermos sufrían por estar inactivos sin saber la mejor forma de ayudar al paciente porque ellos mismos se sentían impactados por el terremoto y las pérdidas de personas y propiedades aunque no hubieran sufrido heridas. El apoyo social para los familiares consistió en ayudarles a encontrar la forma de ser útiles a sus enfermos, a los profesionales de la salud y a otras familias que estaban en el hospital en su misma situación.

En el Hospital El Buen Samaritano la Unidad de Intervención en Crisis y el personal de salud mental del hospital crearon un grupo de niños con el objetivo de apoyar a los supervivientes en su proceso de duelo mediante terapia de juego. Muchos de los niños habían resultado seriamente heridos y habían sufrido amputaciones de pies o manos y muchos de ellos estaban en el hospital sin sus familiares. Familiares de otros niños hicieron un esfuerzo considerable para cuidar de ellos además de los suyos. En las sesiones con los niños utilizamos dibujos y juegos. Cuando pedíamos a los niños que hicieran dibujos de los sentimientos que tenían en el momento, todos dibujaron dónde se encontraban en el momento del terremoto. Les invitamos a que nos contaran qué fue lo que pasó, dónde estaban y quién les ayudó. Esto les ayudó y utilizamos esta

experiencia en la siguiente sesión en la que invitamos a los familiares adultos y a los niños a participar en actividades en las que los niños pudieran cantar y pintar lo que sentían y querían. En las semanas siguientes al terremoto fuimos dos veces al campamento levantado en Fond Parisien, en Haití. Ofrecimos apoyo psicológico a supervivientes y familias con reacciones de duelo y de dolor y apoyo psicosocial a grupos de niños. Como psicólogos con experiencia tuvimos la oportunidad de responder a las preguntas de otros profesionales y de psicólogos excelentes pero con menos experiencia y más jóvenes que fueron enviados a desastre por otras organizaciones. Continuamos en el campamento médico de Fond Parisien (con 600 pacientes) ofreciendo apoyo psicosocial a los supervivientes y a sus familiares con el objetivo de crear un cierto sentido de comunidad en el campamento.

En la historia entre Haití y la República Dominicana ha habido luchas y prejuicios, la República Dominicana es el único país del Nuevo Mundo que obtuvo su independencia de otro país de Latinoamérica, Haití, que ocupó el país de 1822 hasta 1844, y no de la potencia colonial (España). Formalmente el país fue independiente de 1821 a 1822, pero manteniendo fuertes vínculos con España. Hoy en día conflictos fronterizos y una política de inmigración que necesita mejoras contribuyen a mantener tensas las relaciones entre ambos. Algunos supervivientes del terremoto nos contaron que estaban convencidos que los dominicanos les rechazarían y que temieron ser maltratados, pero que la experiencia de ayuda recibida había cambiado su percepción. Uno de los primeros servicios religiosos en Fond Parisien se dedicó a la República Dominicana como una forma de agradecer a los dominicanos su respuesta a la

tragedia haitiana.

Una vez dados de alta de los hospitales en Santo Domingo, los pacientes haitianos tenían la necesidad urgente de encontrar una vivienda mientras continuaban su tratamiento como pacientes externos. La Iglesia Católica, la ONG "Niños sin Fronteras" y voluntarios crearon Centros de Acogida para los pacientes y sus familias. Después de terminar el tratamiento volvían a Haití aunque debido a la situación reinante permanecieron en los centros por varios meses. El mantenimiento de los centros estaba a cargo de la Iglesia que proveía de comida, ropa y material escolar para los niños. Los profesionales y los voluntarios de los centros tuvieron muy poco tiempo de preparación.

El Ministerio de Salud Pública apoyó los centros y envió psicólogos, enfermeras, médicos y especialistas en salud pública para ayudar a los supervivientes. Nosotros visitamos cinco centros después de una evaluación de necesidades inicial que se remitió al Departamento de Salud Mental. Los supervivientes expresaban su preocupación por el futuro de Haití, decían aburrirse porque tenían pocas actividades a realizar en el centro. En algunos centros se desarrollaron actividades para los niños y los padres.

Los objetivos del equipo de Intervención en Crisis fueron dar información sobre el proceso de recuperación y crear un espíritu de comunidad y de apoyo mutuo en los centros de acogida. Se dio apoyo individual y de grupo para facilitar el proceso de duelo de los supervivientes, con un énfasis especial en los padres para ayudarles en el proceso de recuperación de sus hijos y reintegrarles a su rol de cuidadores competentes. En dos de los centros de acogida se organizaron

grupos de apoyo para niños con sesiones semanales.

La falta de conocimiento sobre cómo organizar los centros de acogida de la forma más eficaz generó un nivel muy alto de estrés entre los directores y los voluntarios. La Unidad de Intervención en crisis respondió ofreciendo ayuda psicosocial en los siguientes niveles: (1) directores de los centros (con el objetivo de ayudarles a definir objetivos claros y realistas dadas las condiciones del centro y enrolar a voluntarios y supervivientes en las actividades necesarias para conseguir esos objetivos); (2) traductores (se les entrenó en intervención en crisis); (3) voluntarios (desarrollo de equipos); (4) supervivientes (apoyo psicológico individual y grupos de apoyo). Adicionalmente, la Unidad organizó conferencias, talleres y paneles abiertos al público con el ánimo de informar a los posibles voluntarios y donantes sobre las necesidades de las víctimas. Finalmente la Unidad dio entrenamiento gratuito a profesionales de salud mental que querían participar en actividades de apoyo psicosocial.

El entrenamiento se organizó en torno a las necesidades de la población objetivo, incluyendo los siguientes aspectos: (1) calmar (que incluía el seguimiento de tratamientos médicos, evaluación del estrés traumático, sesiones de duelo, información y actividades para niños y adultos); (2) promoción de recursos (información sobre cómo vivir con una prótesis y otros aspectos de la recuperación médica, educación de niños, invitación a los supervivientes a participar en las actividades de los centros de acogida y clases de español básico); (3) desarrollo de relaciones sociales de apoyo (que incluía sesiones de grupo con familias y parientes en los centros de

acogida, acceso a medios de comunicación, visitas a otros centros de acogida y contactos con los voluntarios de la comunidad local; y (4) Creación y mantenimiento de la esperanza (que incluía charlas sobre el futuro y especialmente sobre los planes de cómo volver a Haití).

Los supervivientes tenían que volver a Haití una vez se sintieran preparados, la mayoría de los Centros de Acogida ofrecían cierto apoyo para la vuelta. En los Centros promovimos un boletín en el que aparecían noticias sobre Haití así como formulas de acceso a los medios de comunicación. Siempre que se pudo se dio un *kit* de supervivencia cuando abandonaban el Centro en el que se incluía alguna comida, ropa, algo de dinero y artículos de higiene personal. Finalmente se llevaba a cabo un ritual de despedida.

Sobre la base de una primera evaluación de las necesidades de los Centros hicimos una lista de indicadores para que los Centros se orientaran en su ayuda psicosocial que incluían los siguientes:

- 1 El Centro debe desarrollar la habilidad de ayudar a las víctimas para que puedan afrontar el presente.
 - 1.1 El Centro debe desarrollar una agenda de actividades diarias y para los fines de semana.
 - 1.2 Debe promover funerales colectivos para ayudar a los supervivientes a afrontar la pérdida de sus personas queridas.
 - 1.3 Los Centros deben promover la reunificación familiar a través de redes creadas por Salud Mental, la Cruz Roja, CONANI (servicio dominicano de protección de la infancia), Naciones Unidas y los medios de comunicación.

1.4 Los Centros de Refugiados funcionan como una pequeña sociedad o comunidad en la que cada adulto de acuerdo con sus habilidades participa en el desarrollo de las actividades del Centro.

1.4.1 Aquellos que son profesores educan a los niños.

1.4.2 Otros profesionales ayudan a sus compañeros del Centro con sus propios conocimientos.

1.4.3 Todos ellos crean en el Centro una red de ayuda a través de sesiones de apoyo para el grupo de supervivientes.

1.5 Los refugiados ayudan en las actividades relacionadas con el mantenimiento del Centro, por ejemplo, se encargan de cocinar y de la limpieza.

- 2 Los Centros deben disponer de un programa de recuperación para los pacientes, muchos de los cuales han sufrido amputaciones, ganar el control de sus cuerpos y evitar la depresión relacionada con estar discapacitado.
- 3 El apoyo psicosocial se ofrece a través de sesiones que incluyen varios tipos de actividades, como juegos, deportes y arte-terapia.
- 4 Personal de Salud Mental supervisaba la forma en que los programas psicosociales de apoyo se aplicaban dentro de los Centros.
- 5 Los voluntarios disponían de entrenamiento y un apoyo continuo en su trabajo.

La terapia incluía la estabilización de vida diaria de los pacientes externos. Ofrecía también la

participación en las actividades del Centro y estaba abierto a un apoyo mutuo y a través de él a una regulación social de pensamientos y emociones. Adicionalmente, los Centros de Acogida ofrecían información sobre la situación de Haití y sesiones de apoyo psicosocial para los niños. De esta forma los Centros ofrecían apoyo para la recuperación de la crisis, lo que discutiremos más abajo. Primero ofreceremos ejemplos de las necesidades de los pacientes en los hospitales.

3. Aprender de los casos

En esta sección presentaremos casos que entendemos reflejan las situaciones más típicas de muchos de los supervivientes del terremoto que encontramos en los hospitales de Santo Domingo. No pedimos a los pacientes permiso para utilizar sus historias con intenciones de investigación razón por la cual hemos cambiado detalles de los casos para que no puedan ser reconocidos. Entendemos que es éticamente aceptable utilizar las historias de esta forma ya que así no infligimos (ni infligiremos) daño alguno. El objetivo de la atención a los pacientes fue el de la intervención en crisis (primeros auxilios psicológicos). Uno de nosotros (PB) tomó notas manuscritas de los casos inmediatamente después de cada sesión. En casos en los que veíamos a los pacientes juntos el informe escrito se componía de las versiones de cada uno de los investigadores. El método aplicado es empírico y se inspira en los argumentos de Deleuze (2001) de que no se puede estudiar el mundo fenomenológico de una persona como un estado o como una fuerza que está detrás de (o que es creada a través de) palabras o conductas de la persona, sino que el relato y la conducta es un proceso que se hace, de llegar a ser y de

conceptualización que refleja un contexto material y vital como parte de ese contexto. No tuvimos la oportunidad de volver a ver a nuestros pacientes y escuchar sus reflexiones sobre lo que entendimos, de modo que la credibilidad de la investigación descansa en el valor pragmático de un ayuda que se guió por la evaluación de las necesidades de los pacientes y por nuestra empresa de responder pragmáticamente a esas necesidades en el mayor grado posible.

El primer caso describe el encuentro con una paciente 14 días después del terremoto.

Una mujer haitiana de mediana edad yace en la cama del hospital con otras cuatro pacientes en la misma habitación. Se la envió por la gravedad de sus heridas después de ser rescatada de entre los escombros de su casa en Puerto Príncipe. Los médicos nos pidieron atender a esta mujer porque la veían paralizada, haciendo la señal de la cruz y llorando incesantemente. Había rehusado hablar con los médicos incluso con otros pacientes que habían intentado entrar en contacto con ella. Cuando nos acercamos a ella se mostró confundida por un momento. A continuación comenzó hablar sobre sus pérdidas. Nos contó que había perdido a un hijo y que no podía comunicarse con su familia en su casa. Su voz era baja y cansada, y nos dijo que se sentía feliz de poder hablar con alguien en creoles (con nuestro traductor, un joven estudiante de medicina). Nos dijo que no podía recordar nada del terremoto y que tenía un miedo constante por encontrarse en el edificio del hospital, temía que un nuevo terremoto pudiera destruirlo. Hablamos con ella y le dijimos que poco a poco sus recuerdos volverían y que era muy comprensible que tuviera miedo a que hubiera otro terremoto, pero que eso era muy

improbable. Afirmó que le tranquilizaba lo que le dijimos y le preguntó al traductor sobre su familia y si habían sobrevivido al terremoto.

En este ejemplo, la mujer tenía una necesidad de apoyo muy básica, necesitaba simplemente hablar con alguien en su propia lengua. Compartió su duelo por las pérdidas que había sufrido. Expresó su miedo por volver a sufrir un terremoto y se calmó cuando le afirmamos que eso era muy improbable allí (en Santo Domingo). La mujer tenía necesidad de hablar con nosotros y en la medida en que lo hacía transformaba sus recuerdos en una narrativa más coherente sobre el incidente. En la charla, de unos veinte minutos, fue ganando coherencia y hacia el final expresó empatía hacia la familia del traductor mostrándose con ello como una madre compasiva y digna.

El siguiente caso muestra las reacciones y las necesidades de una joven superviviente.

La paciente es una joven estudiante de ciencias sociales que durante el terremoto se vio sepultada por toneladas de escombros cuando el bloque de oficinas en el que estaba se vino abajo. Fue allí para hacer una gestión sin importancia cuando sucedió el seísmo. Estuvo enterrada dos días antes de que la sacaran. Inmediatamente después del rescate fue evacuada a Santo Domingo y se le amputó la pierna derecha tan pronto como llegó. Su brazo derecho se encontraba severamente dañado y los doctores nos dijeron que todavía no sabían si tendrían que amputárselo. Nos dijo que tenía mucho dolor y que estaba muy preocupada por el futuro ya que trabajaba para costearse sus estudios en la universidad. Durante la conversación lloraba de dolor y por las continuas

especulaciones sobre su futuro que veía sin esperanza alguna. Hablamos sobre lo que ahora necesitaba, descansar y dar a su cuerpo el tiempo necesario para recuperarse, en vez de tratar de resolver todos los problemas al mismo tiempo. La recuperación debía ser el primer escalón para poder afrontar su vida en el futuro. Lo aceptó y nos pidió que dijéramos a los médicos que la enfermera que curaba sus heridas todos los días debía hacerlo con un poco más de cuidado porque sentía mucho dolor. El traductor, un estudiante de primer año de medicina, habló con la enfermera y le explicaron porqué el proceso de curación de las heridas era tan doloroso y porqué tenía que hacerse todos los días.

En este caso vemos que la paciente se encuentra atrapada entre la necesidad de planificar su futuro y la necesidad de aceptar la amputación y descansar. En los quince minutos de entrevista la paciente fue sintiéndose más calmada y dejó de llorar. Aunque estaba claro que especular sobre el futuro era una forma de afrontar racionalmente su situación, el pensar se estaba convirtiendo en una obsesión en la medida en que no podía ganar control sobre su situación antes de recuperarse físicamente. Sus especulaciones eran contraproducentes, la impedían recuperarse porque no la dejaban descansar.

El caso siguiente muestra cómo puede apoyarse psicosocialmente a los padres.

Una niña de ocho años con una pierna muy mal herida tenía junto a su cama del hospital a su madre. Hablamos con ellas en una sala con otras siete camas ocupadas por otros tantos niños heridos también juntos con sus madres. La madre había pedido ayuda a los médicos porque

su hija sentía mucho miedo de que pudiera haber otro seísmo. Nos dijo que la niña estaba paralizada y mucho más pasiva de cómo solía ser. La hija nos miró y respondió cuando empezamos a jugar con ella con una muñeca, le preguntamos si había traído su muñeca con ella o se la habían conseguido en el hospital. La madre nos dijo que la había traído desde Haití. Entonces la madre nos contó cómo hizo para evacuar a su hija en uno de los helicópteros que volaban con heridos desde Puerto Príncipe hasta los hospitales de Santo Domingo. De no haber tenido éxito su hija hubiera muerto, afirmó. Igualmente nos dijo que había podido contactar con su familia y sabía que su marido y su otro hijo habían sobrevivido. Le respondimos que su historia era una historia de protección, de compasión y de lucha por mantener a su hija viva y que supo tomar las decisiones adecuadas en el momento. La niña escuchaba atentamente nuestra conversación con la madre. A continuación hablamos con la madre del miedo de su hija a que hubiera otro terremoto y le dijimos que poco a poco iría cediendo en la medida en que pudieran hablar de lo que ocurrió de una forma tal que enfatizara que era posible hacer algo para prevenir las peores consecuencias, como cuando la madre hizo lo necesario para trasladar a su hija a un hospital dando una respuesta activa a la crisis. Después de lo cual la madre explicó a su hija que el miedo desaparecería gradualmente, tras de lo cual nosotros le preguntamos qué pensaba al respecto, a lo que ella respondió quedamente "sí" sonriendo a su madre y a nosotros. La madre nos afirmó que se sentía aliviada sabiendo que lo de su hija era una reacción común en los niños y que entonces le pareció que era mejor no hablar de lo sucedido durante el terremoto, pero que en lo sucesivo lo haría. Le dijimos que el miedo era

comprensible y que continuaría apareciendo aunque trataran de evitarlo y que por lo tanto era mejor afrontarlo construyendo un buen relato de lo que sucedió. La niña empezó a jugar de nuevo con su muñeca y el traductor se unió a ella para jugar a las escondidas (ocultaba a la muñeca y la hacía aparecer de improviso desde otro lugar). La niña se reía quedamente y cuando recuperó la muñeca replicó el juego para el traductor siendo ahora ella la que hacía desaparecer y aparecer a la muñeca.

En este caso es muy clara la necesidad de la madre que es respondida mediante la información sobre la normalidad del miedo en niños (y adultos), algo que decrece conforme pasa el tiempo.

En la medida en que adquirió medios para ayudar a la niña (compartiendo de forma apropiada las experiencias durante el terremoto y que no era probable que volviera a ocurrir de nuevo en Santo Domingo) pudo proporcionar una regulación social de sus miedos y re-asumir su rol de madre competente. Todo ello no eliminó los miedos de una vez, pero abrió momentos sin ellos.

Un aspecto importante de todos los casos fue dar a los pacientes medios de comunicación a través de un lenguaje compartido. Los pacientes hablaban creoles y los profesionales español e inglés, lo que dificultaba la comunicación. El primer escalón del apoyo psicosocial fue facilitar traductores (estudiantes de medicina y otros voluntarios). Estos estudiantes hablaban con fluidez creoles, español e inglés. Su nivel de competencia era muy alto y conocían el tema del apoyo psicosocial por sus propios estudios y eran capaces de apoyar el diálogo entre los

profesionales y los pacientes de manera muy adecuada. No obstante ellos mismos se vieron afectados por el terremoto y tenían familias en Haití, y entendían la importancia de utilizar sus propias experiencias con neutralidad y empatía para procurar alivio y apoyo a los pacientes. Fueron respetuosos con las historias y las necesidades de los pacientes, con la confrontación gradual y equilibrada con los recuerdos de lo que había sucedido y los desafíos de las situaciones vitales presentes y futuras. Eran muy buenos para promover preguntas y respuestas bien centradas en los temas entre pacientes (y sus familias) y los profesionales sin enjuiciar.

Un cierto número de familiares pudieran viajar desde Haití con sus pacientes, algunos otros tenían parientes en Santo Domingo. Estas personas también se sentían confusas y no sabían cómo ayudar, terminando por asumir una actitud pasiva a la espera de instrucciones de los profesionales. Cuando preguntábamos a los pacientes sobre sus necesidades a veces se nos aproximaban familiares de otros pacientes para que los visitáramos. De esa forma facilitaban el contacto entre nosotros y otros pacientes necesitados de ayuda.

La paciente era una mujer joven con una licenciatura universitaria. Vivía en otro país, pero estaba en Haití en el momento del terremoto. Quedó sepultada en los escombros y sufría heridas importantes en una de sus piernas. Dos semanas después todavía no sabía si le iban a cortar la pierna o se la podían salvar. Los médicos nos pidieron hablar con ella porque se mostraba muy callada y no quería compartir sus sentimientos con nadie aunque se pasaba llorando la mayor parte del tiempo. Cuando

llegamos a verla nos dijo que no necesitaba hablar con nosotros. Su novio estaba sentado a su lado y cuando nos marchábamos nos siguió para preguntarnos si le podíamos aconsejar cómo ayudarla. Nos dijo que no respondía a sus preguntas pero que agradecía que estuviera a su lado. Le dijimos que él estaba haciendo lo que ella necesitaba y eso era todo lo que tenía que hacer por el momento. Presumiblemente ella empezaría a hablar con él después de algún tiempo, pero aunque no fuera así él la estaba apoyando simplemente estando presente. Si se animaba, podría de tiempo en tiempo decirle que la amaba y que la estaba cuidando y que lo seguiría haciéndolo pasara lo que pasara. Después de diez minutos de conversación se mostró más calmado y dijo que era bueno saber que lo que hacía era positivo porque estaba empezando a sentirse inútil por no saber cómo ayudarla.

El caso muestra que los parientes pueden necesitar también primeros auxilios psicológicos y que ayudarles tiene sentido en sí mismo y como una de las formas mejores de ayuda al paciente. El último ejemplo muestra cómo las necesidades de los pacientes son complejas, pero que en los primeros estadios de la crisis son bastante claras y abiertamente expresadas.

El paciente es un anciano que sufre de amnesia y confusión. Ha sufrido heridas graves en la cabeza durante el terremoto. Habla de forma fragmentada sobre su madre mientras llora y se abraza a uno de nosotros llamando a su madre. Afirma que todo lo que quiere es volver con su madre, pero durante la conversación no nos es posible saber si su madre está o no viva porque es incapaz de dar teléfono alguno o domicilio. Comparte la habitación con otro hombre que nos

explica que no sabe cómo ayudarlo. Durante la conversación con el primero, el segundo hombre envuelve su cabeza en una toalla. El segundo afirma sentir pena por el otro y que le gustaría poder ayudarlo, pero ha pasado tiempo y se ve impotente. El mismo sufre de heridas en la cabeza que le impiden concentrarse, siente incertidumbre sobre su familia en Haití y que debería estar ayudándoles, en vez de permanecer en el hospital. Nos explica que es su deber de padre estar allí y ayudar a su familia. Además le preocupa cómo pagar el hospital porque él tiene dinero y le gustaría pagar las atenciones médicas que está recibiendo. Le hablamos de las líneas de teléfono gratuitas con Haití, y nos confirma que las utilizará. Le decimos que, una vez sepa cómo están, la mejor forma de apoyar a su familia es concentrarse ahora en su recuperación. Está de acuerdo, le parece una buena idea recuperarse, ganar fuerzas para así poder ayudar a su familia; descansar ahora para poder después con todo eso. Durante la conversación, que pudo durar veinte minutos, el primer hombre comenzó a estar menos agitado y a seguir la conversación al menos durante algunos momentos.

En este caso vimos a un paciente muy confundido con una gran necesidad de apoyo emocional. La enorme necesidad de su madre se refleja activamente en la situación y uno de nosotros le apoya emocionalmente hasta donde puede después de tratar de convencerle de que él no es su madre. El paciente comienza a calmarse, quizás apoyado por lo cómico de la situación: uno de los miembros del equipo, hombre, fue tomado por el paciente como su madre. El otro paciente de la habitación tenía la necesidad de saber si lo que había hecho para ayudar a aquel hombre era correcto. Tenía,

asimismo, la necesidad de contactar con su familia para poder concentrarse en su recuperación, y así ayudarles eficazmente una vez pudiera regresar a su casa.

En el siguiente caso el apoyo familiar se convirtió en un desafío en la medida en que los miembros de la familia no sabían cómo apoyar al paciente y el paciente sentía que tenía que apoyar a la familia.

En una de las salas del hospital visitamos a una madre y su hija que había resultado herida en una pierna, lo que le causaba mucho dolor. La hija era una estudiante que se encontraba en la escuela cuando sucedió el terremoto y se la desenterró de entre los escombros siendo una de las pocas supervivientes, sufría de recuerdos recurrentes e intrusivos del incidente y por la pérdida de su hermana que murió en el terremoto. La primera vez que vimos a ambas, la paciente y su madre, permanecían en silencio y tristes. La madre estaba muy triste y nos preguntó en voz muy baja cómo podía ayudar a su hija. Hicimos la misma pregunta a la hija y ella respondió que sentía lo mismo que la madre: tampoco sabía cómo ayudarla. Las dos guardaban silencio porque pensaban que la una tenía que proteger a la otra de los recuerdos del seísmo y de la pérdida de la otra hermana e hija. Les pedimos que se dijeran esto la una a la otra, cosa que hicieron, se miraron y en vez de sentarse la una de espaldas a la otra se giraron y cara a cara comenzaron a hablarse directamente.

En este caso madre e hija se evitaban en un intento de protegerse y ayudarse, pero ambas quedaron solas con su duelo, el silencio de la otra y el sentimiento de que eran incapaces de

ayudar. Con nuestra ayuda encontraron una forma de hablarse y ayudarse en el profundo sentimiento de pérdida que ambas tenían. Las vimos de nuevo al día siguiente y pidieron ayuda para poder continuar compartiendo emociones. Explicaron que les resultaba más fácil abrir el diálogo con ayuda que sin ella. De modo que hicimos lo mismo y ellas comenzaron a hablarse de nuevo.

Visitamos a una superviviente que como consecuencia de traumatismos producidos durante el terremoto presentaba una gran cicatriz en la cara. Tenía miedo a que su novio la abandonara por esa cicatriz. Nos dijo que se veía fea incluso espantosa. Algo que confirmaba por la respuesta de su familia y la de otros pacientes. Para ayudarla pedimos a una cirujana que hablara con ella con la ayuda de un traductor, la charla duró unos cinco minutos y en ella la médico le dijo que el hospital le iba a hacer la cirugía plástica y que sus rostro no sólo no mostraría cicatriz alguna, sino que quedaría mejor que antes. La información tuvo un considerable efecto positivo en el ánimo de la paciente.

Este caso muestra el valor de cuidado personal que implica dar información sobre una necesidad, el valor de la reparación del daño y de la posibilidad de volver a recuperar aquello que se tenía antes del terremoto. Se añadió una perspectiva nueva a su sombría percepción previa de lo que le había ocurrido abriéndole opciones para volver a un tipo de vida similar al que tenía antes del terremoto. La paciente también dijo que la calmaba mucho saber que era posible hacer algo para mejorar la situación. El último caso que vamos a presentar muestra las reacciones de un joven de 15 años.

El joven tenía flashbacks de lo que le había ocurrido a él y a su familia durante el terremoto. Los flashbacks aparecieron mientras estaba en el hospital rumiando sobre el terremoto. Cuando se dormía tenía pesadillas relacionadas con el seísmo. Su padre estaba con él en el hospital, y mostraba mucha compasión y preocupación por el sufrimiento de su hijo. Cuando les preguntamos el hijo nos dijo que los flashbacks y las pesadillas eran menos vívidas ahora, pero todavía muy desagradables. Quería saber si ambas desaparecerían con el tiempo. Le explicamos que disminuirían si dejaba de tratar de evitarlas y las viera como una reacción temporal al terremoto y una forma de procesarlo gradualmente. Nos confirmó que esa información concordaba con lo que había venido experimentando en las dos semanas que habían pasado desde el terremoto. El padre nos aseguró que esa información le dejaba mucho más tranquilo, antes tenía miedo de que su hijo nunca se recobraría de los flashbacks y de las pesadillas que tanto le habían alarmado.

En este caso padre e hijo se calmaron en relación con los flashbacks y las pesadillas. Gracias a ello pudieron regular su respuesta emocional y ver los síntomas como estados pasajeros y no como una disfunción permanente, como algo que podría acabar con la salud mental del hijo. También permitió que el padre recobrar su papel como padre competente. En todos los casos familiares y pacientes están en crisis porque (1) sienten sus vidas amenazadas, su cuerpo, otros miembros de la familia o su futuro; (2) no pudieron prever que les iba a ocurrir un desastre; (3) se encuentran ante un desafío que excede sus capacidades de afrontar todos los aspectos al mismo tiempo; (4) fueron expuestos a un incidente del cual no tenían una experiencia

previa de cómo afrontarlo. Todos habían sufrido pérdidas considerables, de partes del cuerpo, de personas queridas, de propiedades, de expectativas vitales y de planes futuros. Y sobre todo se les separó de su red social de apoyo. El apoyo psicosocial que se les ofreció claramente se centraba en (1) dar información sobre cómo acceder a la información médica y lo que pasaba con sus familiares en Haití; (2) sostener y promover una sensación de seguridad a través de la regulación social de las emociones; (3) potenciar el sistema de apoyo social del paciente; (4) centrarse en las estrategias de afrontamiento del paciente; (5) asumir que nos encontraremos formas diversas de expresar el sufrimiento, algo muy cercano a la normalización de las formas diferentes de expresar el sufrimiento; (6) devolver a los padres la oportunidad de recuperar su rol primario de cuidadores competentes de sus hijos.

El desafío es que todo esto tiene que darse en un contexto de mucha inseguridad sobre cómo evolucionará la situación en Haití, algo de lo que hablaremos más abajo. Pese a ello constatamos que todos los pacientes y familiares con que nos encontramos se beneficiaban del apoyo breve a sus necesidades y a las soluciones a los desafíos de su situación presente. Finalmente encontramos que la adversidad hacía que se expresaran más claramente los valores de pacientes y familiares, el primero de los cuales era el cuidado de las personas y de los seres queridos. En la mayoría de los casos vimos que también era un valor ayudar de la mejor forma posible a aquellos que lo necesitaban. Otro valor claro era hacerse responsable del futuro y de los recursos de subsistencia.

4. Discusión

Ya en 1961 Caplan afirmó que la intervención inmediata a una crisis (lo que llamó "psicología de emergencia") previene que la pérdida y el miedo crezcan y se conviertan en síntomas mentales y sociales permanentes. Este tipo de prevención es conocida como *prevención secundaria*.

A la prevención secundaria también se la denomina "intervención temprana" ya que implica acciones de apoyo a personas en una emergencia y en necesidad de ayuda. En una respuesta inmediata, el objetivo es apoyar a quienes resultaron afectados para que el proceso de pérdida y de sufrimiento no se cronifique y se desarrollen síntomas y conductas que desafíen la recuperación de los individuos, de las familias y de las comunidades.

La psicología social del trauma y el duelo comenzó muy relacionada con la psicología de la emergencia. Los trabajos de Lindemann (1944), Kardiner y Spiegel (1947) mostraron que las intervenciones (el apoyo) a las víctimas debían basarse en cuatro principios: inmediatez de las intervenciones, proximidad al incidente crítico, brevedad y la presunción de que el superviviente será capaz de recobrase y retornar a un nivel satisfactorio de funcionamiento.

Este tipo de intervención es la que Caplan (1964, 1961) conceptualiza como prevención secundaria, que es un tipo de ayuda psicológica que sigue los principios de inmediatez, proximidad, brevedad y promoción de recursos. La intervención se dirige a apoyar al superviviente en: (1) estabilización, interrumpiendo la escalada de malestar; (2) mitigación de los síntomas agudos; (3) si fuera

posible, recuperación de un funcionamiento normalizado e independiente, si no lo fuera derivación a un profesional (Flannery y Everly, 2000).

Hoy conceptos clásicos como el de shock inicial, lo inesperado de la crisis, la visión túnel, la pérdida de la identidad previa, la distorsión de la atención, la disociación, la afectación cognitiva, necesidad de relaciones, que han de tenerse en cuenta porque describen las reacciones inmediatas a un desastre, y como tales deben entenderse como respuestas normales aunque muy dolorosas.

Hoy disponemos de una comprensión más profunda de la activación neuro-fisiológica en el momento del impacto (van der Kolk, 1994, 1996). Aún más, sabemos que las crisis se vivencian como una pérdida de confianza y de valores sobre ciertos aspectos y de la vida en general. Las crisis pueden cambiar la visión del mundo y de los valores de la persona impactada, de las familias y de las comunidades, todo ello en un intento de generar sentido a algo que muchas veces ni lo tiene ni puede simbolizarse. El significado que los grupos construyen tiene que ver frecuentemente con la evitación, lo que puede incrementar el riesgo de cronificar síntomas, como la agresión, el duelo complejo y las adicciones (que a largo plazo disminuyen la capacidad de cooperación y el desarrollo económico de individuos, familias y comunidades).

Con frecuencia la prevención secundaria es bastante directa incluyendo componentes verbales y no-verbales. El valor de hablar sobre el acontecimiento traumático ha sido ampliamente discutido. Una revisión sobre el

trauma (Whiffen y MacIntosh, 2005) concluyó que recordar la experiencia traumática se hace a través de la activación del sistema límbico y paralímbico, la amígdala (que añade emociones a la experiencia) y el cortex visual, mientras que el hipocampo (almacenamiento de los recuerdos) reduce su volumen. Adicionalmente el área de Broca (control del lenguaje) se desactiva, que es por lo cual resulta tan difícil poner la experiencia en palabras. Algunos investigadores han encontrado evidencia de que puede resultar perjudicial para el superviviente hablar de la experiencia (Raphael y Wilson, 2000; Richards, 2001; Wessely y Deahl, 2003). Pero aún así, muchos terapeutas de orientaciones diferentes (conductual, cognitiva y psicoanalítica) han encontrado que hablar en un contexto seguro y empático resulta recomendable (Follette y Ruzek, 2006, Foa et al., 2009). En las emergencias hemos visto que algunos supervivientes hablan extensamente de lo que les ha ocurrido, mientras que otros están más o menos bloqueados (Hart, Steele, Boon y Brown, 1993; van der Kolk, 1994). En nuestros encuentros con los supervivientes del terremoto aquellos que rehusaban hablar de lo que les sucedió constituyeron un desafío. En estos casos no presionábamos para que hablaran, centrándonos en sus necesidades y preocupaciones presentes. Con esta fórmula conseguimos generar esperanza y opciones para un cambio que les permitiera recuperar la comunicación con otras personas.

Notamos que la mayoría de los supervivientes eran menos capaces de hablar sobre sus experiencias en el momento de la crisis ganando confianza conforme pasaba el tiempo. Era entonces cuando les pedíamos un relato detallado del incidente distinguiendo entre hechos, pensamientos y sentimientos. Durante el

relato relacionábamos lo que contaban con las circunstancias de su vida en el momento del terremoto y en el presente.

La investigación sobre la intervención en el momento inmediato y a medio plazo de la crisis pone de manifiesto que no tiene que ser ni compleja ni prolongada. Sorprendentemente con frecuencia puede hacerse prevención secundaria en sesiones de no más de 15 minutos. Su contenido tiene que ver con la información (generalmente psicoeducación), escucha empática de las necesidades y preocupaciones del superviviente y ofrecer formas de cumplimentar esas necesidades básicas.

Hobfoll et al. (2007) han realizado un estudio empírico sobre los resultados de las intervenciones con el objetivo de restaurar el funcionamiento social y conductual después de un desastre con muchas víctimas. Concluyen que las intervenciones de más ayuda en el orden individual, familiar y comunitario son aquellas que mejoran y preservan cinco elementos esenciales: *seguridad, calma, eficacia individual y comunitaria, conectividad y esperanza*.

Las razones de la eficacia de estas intervenciones tempranas y a medio plazo tienen que ver con su posibilidad de prevenir la cristalización de las pérdidas y el miedo en síntomas graves individuales o sociales de duelo complejo, dolor y agresión, abuso y violencia.

Lo que aprendimos de la ayuda a los supervivientes en varias áreas fue que la respuesta temprana centrada en las necesidades podía prevenir que el sufrimiento escalara a síntomas permanentes, pero que hay necesidad de un apoyo social sostenido y opciones laborales para los supervivientes.

La crisis gradualmente evoluciona hacia la fase de reorientación en la que los supervivientes tratan de encontrar nuevas formas de vivir con las pérdidas que han sufrido. Pero puede resultar difícil asegurar el apoyo social y las opciones laborales si la comunidad ha sido severamente afectada por el desastre y la administración local tiene dificultades para hacerse con el control de la situación.

Terr (1991) ha identificado tres tipos de crisis, de un solo episodio (tipo I), de varios episodios (tipo II) y de un episodio seguido de una situación de alto estrés (tipo I y II combinados), concluyendo que los dos últimos tipos tienen un impacto mayor en términos de sufrimiento emocional y social.

Antes del terremoto una mayoría de la población de Haití ya vivía en una situación de alto estrés debido a un conflicto civil alimentado por la pobreza y la corrupción. Por este contexto tan particular el terremoto tuvo la consecuencia que tuvo y que puede entenderse como la consecuencia de un encadenamiento de acontecimientos críticos. Siendo uno de sus resultados el que después de año y medio todavía más de medio millón de personas viven en campos de refugiados.

Aún más, desde el terremoto ha habido varios huracanes que han causado la muerte de personas y destruido parte de la frágil infraestructura de los campamentos. Finalmente una epidemia de cólera ha afectado a más de 250.000 personas y causado la muerte a tres mil hasta el momento (Navarro Góngora, en prensa). Existen no obstante potencialidades. A pesar de que Haití sufre los desafíos de un *estado fallido*, consiguió atraer mucha ayuda extranjera, no es

una región con conflictos armados, ni está siendo atacada por otras naciones o por guerrillas. El enorme número de emigrantes, especialmente en la República Dominicana, Estados Unidos y Canadá, envían remesas de dinero y disponen de un acuerdo de comercio que les garantiza el acceso a cuotas de productos libres de impuestos en el mercado de los Estados Unidos. Aún así la pobreza se incrementó después del terremoto y la diferencia entre ricos y pobres se hizo incluso más profunda. Mucha gente pobre vive en un estado de continuo estrés porque sus vidas corren peligro por el hambre, las enfermedades y la violencia.

En el proceso de recuperación se hace claro que el desarrollo de síntomas de estrés traumático se relaciona claramente con problemas de comunicación en las familias y en la comunidad. Lo que invita a una aproximación basada en la psicología comunitaria. Después de varios meses se hizo evidente en Haití cómo la violencia y la depresión estaban claramente relacionadas con el empeoramiento de las condiciones de vida de muchos de los supervivientes. Las mujeres urgían a sus maridos a traerles comida para sus hijos, pero la falta de trabajo y de educación hacía imposible a estos hombres procurar alimentos. El resultado fue el aumento de la tensión en la pareja (y violencia) y depresión en la mujer, lo que derivaba en situaciones de negligencia. La mejor forma de tratar y de apoyar a las personas en estas circunstancias es a través del desarrollo de programas comunitarios que encuentren formas eficaces de acceso a los alimentos y al trabajo. Todo ello está en consonancia con lo propuesto en Sphere (2004) y la IASC (2007) que hacen notar que los desastres pueden afectar seriamente las estructuras sociales y económicas y de esta forma exacerbar las

desigualdades pre-existentes y dejar a personas ya muy vulnerables en un riesgo aún mayor de experimentar sufrimientos físicos, emocionales y negligencia. En la fase de aguda de las emergencias se observa un incremento de las tasas de mortalidad por la carencia de comida, vivienda, seguridad, agua y sanidad. En la fase post-emergencia el nivel de provisión de servicios puede seguir bajo mínimos, los servicios básicos de salud pueden haber colapsado y puede haber escasez de alimentos. Frecuentemente la pobreza inducida por el desastre sigue siendo una fuente continua de estrés porque quienes fueron afectados han perdido sus medios de subsistencia y no pueden acceder a actividades que les procuren dinero (Anckermann, Dominguez, Soto, Kjerulf, Berliner y Mikkelsen, 2005; van Ommeren, Saxena y Saraceno, 2005). El objetivo de la intervención de ayuda a la recuperación se dirige a la reconstrucción de las redes sociales de apoyo en la comunidad, a fomentar la cohesión dentro de los grupos que han sufrido juntos la experiencia traumática para que puedan apoyarse en un sentido amplio y orientarse a la acción; los grupos no deberían limitarse sólo al apoyo emocional (Orford, 1998; Speck y Attneuve, 1974; Navarro Góngora, 1991; Anasarias y Berliner, 2009; Berliner, Larsen y de Casas Soberón, 2011, 2012). En un trabajo posterior describiremos los medios y los desafíos en el proceso de recuperación de los supervivientes de Haití. En el presente nuestro objetivo es el apoyo psicosocial como parte de la respuesta inmediata y a medio plazo al desastre.

5. Conclusión

El apoyo psicosocial en la respuesta inmediata y a medio-plazo al desastre ofrecida a los

supervivientes del terremoto de Haití en los hospitales de la República Dominicana pudo mitigar el sufrimiento y prevenir que las reacciones a la crisis cristalizaran en síntomas y duelos complejos. Por su apertura en el momento posterior a la crisis, los supervivientes pudieron beneficiarse de la ayuda que se les ofreció. La ayuda se centró en (1) dar información; (2) facilitar la regulación social de las emociones; (3) potenciar la red social de los pacientes; (4)

restaurar el rol de cuidadores de los padres; (5) centrarse en las estrategias de afrontamiento; (6) normalización de las reacciones. Finalmente nuestros casos mostraron claramente que las crisis fomentan valores de cuidado, compasión y responsabilidad. Estos hallazgos deben estudiarse más en futuras investigaciones sobre las respuestas de crisis y emergencias en desastres.

Referencias bibliográficas

Anasarias, E. y Berliner, P. (2009) Human Rights and Peacebuilding. En J.de Rivera (Ed.) *Handbook of Peacebuilding*. New York: Springer. p 181-196

Anckermann, S. Dominguez, M., Soto, N., Kjerulf, F, Berliner, P, y Mikkelsen, E.N. (2005) Psycho-social Support to Large Numbers of Traumatized People in Post-conflict Societies: An Approach to Community Development in Guatemala. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 15, 136-152.

Berliner, P., Larsen, L. N. y de Casas Soberón, E. (2012) Case Study: Promoting community resilience with local values – Greenland's Paamiut Asasara. En Ungar, M. (Ed.): *The Social Ecology of Resilience*. New York: Springer.

Berliner, P., Larsen, L.N. y de Casas Soberón (2011) Breaking the Silence - shared development as community resilience. En Hansen, T. y Jensen de Lopez, K. (Eds.). *Development of Self in Culture in Mind*. Aalborg: Aalborg University Press.

Berliner, P., Anasarias, E. y de Casas Soberón (2010) Religious Diversity as Peacebuilding – the Space for Peace. *Journal of Religion, Conflict, and Peace*. Vol.4. Retrived 28.7. 2011 from: <http://www.religionconflictpeace.org/node/79>

Berliner, P. y Mikkelsen, E.N. (2006) Serving the Psychosocial Needs of Survivors of Torture and Organized Violence. En Gil Reyes and Jerry Jacobs (Eds.) *Handbook of Disaster Management*. Praeger Publishers.

Deleuze, G. (2001) *Pure Immanence of Life*. New York: Zone Books

Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., de Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Sharlev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M. y Ursano, R. J. (2007) Five Essential Elements of

Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry*, 70(4), 283-315.

- Mark van Ommeren, Shekhar Saxena y Benedetto Saraceno: Mental and social health during and after acute emergencies: Emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organisation*. January 2005, 83 (1). http://www.who.int/mental_health/media/mental_and_social_health_in_emergency.pdf .

Caplan, G. (1961) *An approach to community mental health*. New York: Grunne and Stratton.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

Flannery, R.B. y Everly, G.S. (2000) Crisis Intervention: A Review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2000, 2(2),119-125.

Foa, E., Keane, T. M., Friedman, M. J. y Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments of PTSD*. New York: The Guilford Press.

Follette, V. y Ruzek, J. I. (2006) *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*. New York: The Guilford Press.

Góngora, J. Navarro (en prensa) Crisis. Del individuo a la comunidad. Reflexiones sobre la crisis de Haití. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*.

Silove, D. (2005) From Trauma to Survival and Adaptation: Towards a framework for guiding mental health initiatives in post-conflict societies. En David Ingleby (Ed.). *Forced Migration and Mental Health - Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*. Utrecht: Springer.

Silove, D. (2004) The Global Challenge of Asylum. En Wilson, J.P. and Drozdek, B. (Eds.) *Broken Spirits. The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture Victims*. New York: Brunner-Routledge, p. 13-32.

Staub, E., Pearlman, A. L., Gubin, A. y Hagengimana, A. (2005) Healing, reconciliation, forgiving and the prevention of violence after genocide or mass killing: an intervention and its experimental evaluation in Rwanda. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol.24, No.3, 297-334.

Speck, R. y Attneave, C. (1974) *Redes familiares*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Sphere Project (2004) *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Geneva: Sphere Project.

<http://www.sphereproject.org/handbook/>

Terr, L. (1991) Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 148 (1), 10-20.

van der Kolk, B. (1994) The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of the post-traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*. Vol. 1 (5). 253-265.

van der Kolk, B. (1996) Dissociation, affect dysregulation, and somatization. *American J. of Psychiatry*. Vol. 15 (7), 83-93.

van Ommeren, M., Saxena, S y Saraceno, B. (2005) Mental and social health during and after acute emergencies: Emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organisation* 83 (1). Available online, 22.9.2011: http://www.who.int/mental_health/media/mental_and_social_health_in_emergency.pdf

Wessely, S. y Deahl, M. (2003). Psychological debriefing is a waste of time. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 183, 12-14.