

La definición más usual de catástrofe define ésta como *“una situación de amenaza extraordinaria para una comunidad de una magnitud tan grande que desborda la capacidad de respuesta de ésta”* (i.e. Hodgkinson & Stewart, 1998; Cohen & Ahearn, 1989. ICRC, 1991). Esta definición pone el énfasis en la existencia de una amenaza que agrede a la comunidad. Desde esta perspectiva un desastre puede ser de causa natural (por ejemplo un terremoto, una inunda-

Intervención en catástrofes desde un enfoque psicosocial y comunitario

Pau Pérez-Sales

Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Parla. Madrid.

Grupo de Acción Comunitaria.

Psiquiatra. Jefe SSM Alcalá de Henares.

ción, un huracán) o provocado por el hombre (por ejemplo un accidente de ferrocarril o el incendio de una planta química...). La guerra y la violencia política se consideran formas de catástrofe provocadas por el hombre (ICRC, 1991).

Una definición alternativa (i.e. Martín-Beristain 2000) sería considerar que una catástrofe es *aquella situación de amenaza puntual (por ejemplo un huracán) o repetida (por ejemplo el hambre o la violencia política) que provoca una desestructuración y una ruptura importante del tejido social impidiendo a la población afectada continuar funcionando con normalidad*. El énfasis en esta definición no estaría tanto en si las personas y comunidades afectadas necesitan ayuda externa para salir adelante, como en si es necesario reorganizarse y el modo en que es preferible hacerlo para conseguir salir adelante. En esta segunda definición, cambia por tanto quién es el protagonista y dónde se pone el foco de la acción. Congruente con un enfoque psicosocial y comunitario en catástrofes.

ción mucho menor de América Latina y África. Representan el 88 por ciento de las muertes por desastre de la última década (ICRC-World Disasters Report 2001).

En el norte: el papel del Estado.

Existen diversos modelos de intervención en catástrofes que tienen en cuenta algunos aspectos de carácter psicosocial. Pero la mayoría de estos modelos están diseñados desde centros de investigación o intervención en países europeos o en los EUA y Canadá, siendo de difícil aplicación en otros contextos. Por un lado porque parten de estudios sobre las consecuencias individuales y comunitarias de los desastres ajenos a los modos de afrontamiento individual y colectivo propios, por ejemplo, del mundo latino o asiático. Y, sobretodo, porque se basan en modelos de articulación y coordinación de estructuras dependientes del Estado con frecuencia inexis-

tentes. Así sucede, por ejemplo, con los servicios de Protección Civil, que son el pilar de la respuesta inmediata en la mayoría de los países del Norte, las redes de Servicios Sociales con recursos económicos para programas de acogida o de alojamiento temporal, los sistemas de seguro individual o colectivo que cubran parte de las pérdidas, las medidas extraordinarias de protección social o las ayudas económicas tras la declaración de zona catastrófica etc. En el terreno de la salud la diferencia viene dada no sólo por contar con unidades de emergencia o *hospitales de campaña* sino simplemente por la existencia de niveles definidos de atención primaria, secundaria y terciaria en salud suficientemente poderosos y que lleguen a todos los lugares del país como para que puedan desplazarse equipos cualificados a la zona sin que deje de funcionar el resto del sistema.

Todas estas cosas no son parte de la realidad cotidiana de la mayoría de los países del sur, es decir, del 97% de víctimas por catástrofes.

Además, los esquemas de trabajo que se manejan desde los servicios de Protección Civil de los países del Norte tienen un enfoque muy centrado en la misma emergencia, con escasa atención al seguimiento posterior. Las graves repercusiones psicológicas y sociales, evidentes incluso décadas después, de los afectados por el Síndrome del Aceite Tóxico en el Estado Español (CISATER, 2002) o de las comunidades costeras afectadas por la marea negra tras el hundimiento del petrolero Eppson Valdez en Alaska (PWS-RCAC (2001) son ejemplos de ello. Pasada la primera emergencia y excepto ocasionales apariciones en televisión, suelen convertirse en poblaciones olvidadas. El Norte dispone de excelentes protocolos para intervención en emergencias, pero escasa tradición de trabajo en procesos post-catástrofe, es decir, con una perspectiva de reparación y reconstrucción social y humana.

Este tipo de esquemas emergencistas parten de un modelo centrado en la atención indivi-

dual de casos, teniendo como unidad de acción el individuo o en todo caso la familia. Desde esta perspectiva se analizan las consecuencias de la catástrofe y se arbitran las medidas de auxilio y paliación. Como su nombre indica, los servicios de *Protección Civil* están más pensados desde la óptica de la prevención y de la atención inmediata que desde la de la reconstrucción.

En suma, teniendo en cuenta que la inmensa mayoría de catástrofes ocurren en países del sur y que allí se producen las consecuencias más devastadoras a todos los niveles, puede considerarse que estos esquemas americanos y europeos son formas de respuesta de lujo y por tanto inaplicables en lo inmediato, con escaso énfasis en la reconstrucción, y por tanto insuficientes desde una perspectiva de desarrollo y de trabajo sobre las vulnerabilidades individuales y comunitarias.

En el sur: el papel de las agencias.

Cuando ocurre una emergencia en países del sur, el gobierno local y las agencias (ONGs) nacionales e internacionales ponen en marcha planes urgentes de intervención. Pese a los múltiples intentos de coordinación (i.e. ReliefWeb, 2002) cada uno acude por lo general con su propio método, no siempre bien coordinado con otros que ya están o van llegando. Suele, por lo general, realizar un análisis de las necesidades de la población y fija sus prioridades de actuación, que dependiendo de su origen, su formación o sus recursos, podrán ser muy diversas y seguirán o no las líneas que suelen intentar fijar el gobierno y los organismos de coordinación internacionales. En este proceso la voz de la población suele tener un papel generalmente escaso (Harrell-Bond, 1985).

Frente a este enfoque basado en la determinación de los daños, los recursos, las priorida-

Todas estas cosas no son parte de la realidad cotidiana de la mayoría de los países

des y la elaboración subsecuente de planes de acción, existen alternativas, ya formuladas en los ochenta (i.e. Woodrow & Anderson (1981) que con diferentes nombres, pretenden un enfoque centrado en un análisis de vulnerabilidades y capacidades comunitarias. Este tipo de enfoque es el que se entendería desde una perspectiva psicosocial del trabajo en catástrofes.

Trabajar fortaleciendo: el análisis de vulnerabilidades y la perspectiva comunitaria.

Existen numerosas definiciones de la idea de vulnerabilidad. La consideraremos aquí como el conjunto de factores de larga evolución que hacen a una comunidad más frágil ante la adversidad y que dificultan su desarrollo. En este sentido se distinguiría de las *necesidades*, entendidas como requerimientos inmediatos para la supervivencia o la recuperación de una crisis. La mayor parte de la ayuda de emergencia enfrenta *necesidades* y no *vulnerabilidades*, y por esta razón no fortalece –a veces puede, de hecho, debilitar– las capacidades de una población para valerse por sí misma durante y sobretodo después de la emergencia (Pirotte et al, 2002).

La *vulnerabilidad* depende, entre otros, de al menos seis tipos de factores.

1. **Geográficos y climáticos** derivados tanto de la vulnerabilidad intrínseca de la zona, como de la acción del hombre (deforestación, empobrecimiento de las tierras cultivables, erosión...). El Salvador es ejemplo de zona con una alta vulnerabilidad geológica y Mozambique o el África Subsahariana de alta vulnerabilidad climática.

2. **Estructurales:** construcciones y red de servicios, acceso a medios de comunicación, medios de transporte...

3. **Capacidad de reserva** ante los problemas que van a venir, es decir, capacidad para acumu-

lar excedentes (semillas, alimentos, ahorros...) para enfrentar las épocas futuras de carestía.

4. **Urbanísticos y medio ambientales** derivados de las migraciones económicas o por la violencia (p.e. villas de miseria, favelas, asentamientos de personas desplazadas por la violencia política...).

5. **Socio-políticos:** actitud de las autoridades y posibilidad de participación democrática de la población en política, compromisos financieros internacionales etc.

6. **Clima social y elementos culturales:** actitud de la población y modo en que enfrenta las situaciones críticas. Los grupos donde predomine el desencanto, el escepticismo, la falta de motivación el fatalismo o la desesperanza serán más vulnerables ante desastres.

En su texto clásico *Rising from the Ashes, Development Strategies in Times of Disaster*, Anderson y Woodrow (1998) consideran que las diferentes vulnerabilidades pueden resumirse dentro de tres grandes componentes:

1. **Vulnerabilidad física y material:** son más vulnerables las personas que viven en áreas de riesgo, que viven en la pobreza o en situaciones de privación, con pocos medios, sin acceso a la educación, a la salud y a los recursos productivos.

2. **Vulnerabilidad social y organizativa:** son más vulnerables las personas marginadas de los sistemas económicos, políticos y sociales debido a procesos de exclusión basados en razones políticas, económicas, religiosas, de raza, género, clase, casta u otras. También son más vulnerables las personas y las comunidades cuyas instituciones son ilegítimas e ineficaces, y están minadas por la corrupción, y se insertan en sociedades desarticuladas y sin redes de solidaridad.

3. **Vulnerabilidad motivacional y actitudinal:** son más vulnerables las personas y las comunidades con actitudes fatalistas y con barreras culturales y religiosas desfavorables al cambio, la participación o la solidaridad.

De acuerdo con este enfoque, un trabajo de fortalecimiento deberá tener como objetivos las mismas tres áreas (ver tabla 1):

En suma, existen enfoques limitados en el trabajo en un contexto de catástrofe centrados en las necesidades inmediatas y que ponen el foco en los aspectos físicos y materiales. Un enfoque psicosocial y comunitario va más allá para:

1. Poner el foco en las vulnerabilidades y no en las necesidades.

2. Considerar el fortalecimiento social y organizativo y el fortalecimiento en las actitudes y habilidades de las personas y las comunidades como elementos básicos que puedan romper la espiral de vulnerabilidad de las poblaciones afectadas por desastres.

Esto es especialmente así en el caso de las poblaciones refugiadas (Muecke, 1992, Harell-Bond, 1986). En ellas el trabajo en salud mental sólo puede entenderse desde una perspectiva psicosocial. La mayor parte de las fuentes de desestructuración, ansiedad, o anomia proceden de elementos comunitarios que requieren de respuestas comunitarias. En condiciones de refugio el papel de un trabajador de salud mental puede tener más que ver con hacer trabajo de *lobby* y desarrollar estrategias de autoorganización que faciliten su consecución, que con realizar talleres de relajación, repartir benzodicepi-

nas o realizar los cada vez más cuestionados grupos de debriefing (Littrell (1998), Van Emmerik et al (2002).

De la comunidad al individuo.

Respuestas traumáticas a las catástrofes.

Las catástrofes provocan innegables consecuencias sobre las personas que las padecen. Una buena parte de la literatura existente sobre estas situaciones se ha venido centrando en las últimas décadas en el concepto del Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT), lo que ha supuesto un empobrecimiento de la reflexión fenomenológica, existencial, clínica y humana que representaban esfuerzos anteriores. Cualquiera que haya leído la trilogía de Primo Levi sobre su experiencia como superviviente de Auschwitz, y muy especialmente su obra póstuma *Los hundidos y los salvados* (1986) puede observar que la complejidad y la hondura de la respuesta del ser humano ante las catástrofes no puede ser recogida por la aparición o no de un puñado de síntomas esencialmente de corte neurovegetativo. En lugar de buscar las llamas, diagnosticamos por el humo.

Pensar el trauma o la resistencia. Del mismo modo en que es posible pensar el trabajo comunitario no desde las necesidades, sino desde las vulnerabilidades y capacidades, es posible repensar el trauma desde la fortaleza y la resistencia. Si se han obtenido valores de prevalencia-vida de hechos traumáticos superiores al 50% (Breslau, Davis & Andreski, 1995) y la prevalencia-vida estimada de TEPT es del 1-3% en población general (5-15% si se incluyen formas menos severas) (Kessler et al, 1995), debería ser prioritario prestar mucha más atención en la investigación a los factores de afrontamiento positivo y de resistencia al trauma (Avia y Vazquez (1998) y al modo en que puede partirse de ellos para enfocar la respuesta clínica que debe darse.

Tabla 1.

Perspectiva psicosocial en el trabajo en catástrofes. Análisis de capacidades.

1. Fortalecimiento físico y material: dotación de recursos económicos y materiales, incluyendo las rentas e ingresos, el acceso a los recursos productivos, la dotación de infraestructuras y el acceso a la educación y la salud.

2. Fortalecimiento social y organizativo: existencia de instituciones locales y nacionales representativas, eficaces y legítimas; de organizaciones sociales efectivas y de amplia base y de redes de solidaridad y apoyo mutuo, y de valores y prácticas que aseguran la plena participación de la población sin que existan situaciones de discriminación.

3. Fortalecimiento de habilidades y actitudes: las aptitudes, conocimientos y formación que amplían las opciones de las personas y las comunidades, y los valores y comportamientos favorables a la solidaridad, la innovación, la participación y la tolerancia.

La intervención post-catástrofe como determinante de las consecuencias psicosociales.

Se ha sugerido que los desastres naturales probablemente no tengan unas consecuencias

tan indeseables como los sucesos traumáticos inducidos por humanos (e.g., guerras, violencia interpersonal, homicidios, etc.), por cuanto no comportan el componente de intencionalidad en el daño que quiebra las asunciones básicas de vivir en un mundo justo y predecible (Burt (1987),

Tabla 2.
Factores Post-catástrofe relevantes en la respuesta traumática.

Dimensiones	Ejemplos
<p>1. SENSACIÓN DE PERTENENCIA (identificación con endogrupo -real o como narrativa personal construida-). a. Sentido de Comunidad vs aislamiento. b. Construcción de narrativas colectivas basadas en estereotipo de supervivientes / fortaleza vs víctimas / vulnerabilidad</p>	<p>- Creación de una identidad colectiva entre los refugiados hutus que se refugiaron en Tanzania con reelaboración de la historia antigua a efectos cohesionadores. Los mitos proporcionan un sentimiento de identidad que moviliza a la acción y la resistencia en condiciones muy difíciles (Voutira, Benoist, Piquard (2000)) - <i>Dificultades para la elaboración del duelo en familiares de detenidos-desaparecidos y ejecutados políticos en América Latina</i> (Pérez-Sales et al 1998, 2000) - <i>Rasgos comunes bloqueadores en la narrativa de supervivientes del Holocausto</i> (Shalev, 1994; Lipton, 1973)</p>
<p>2. CLIMA SOCIAL (relación con exogrupo de referencia) a. Visibilización y reconocimiento vs dinámicas de silencio b. Validación del sufrimiento versus rechazo social, estigmatización o humillación (<i>Blaming the victim</i>)</p>	<p>- Las creencias culturales sobre la violación condicionan directamente el pronóstico del superviviente (i.e. Lebowitz & Roth, 1994). - <i>Mal ajuste de los veteranos holandeses de la II Guerra Mundial, por el clima social de ambivalencia, la moral calvinista y la actitud gubernamental de indiferencia</i> (Op den Velde, 1994) - <i>Alrededor del 10% de los veteranos argentinos de las Malvinas han intentado o consumado suicidios en los años posteriores. Pese a sufrir condiciones inhumanas, a su regreso experimentaron un estigma social dentro de una maniobra gubernamental de descalificación mediática como "fracasados"</i> (INJP, 1995). - <i>El silencio y el aislamiento por parte de familiares y amigos secundario al miedo ha sido señalado de manera consistente como el principal factor perpetuador del duelo y el trauma en familiares de personas detenidas-desaparecidas o ejecutadas por razones políticas en Argentina y Chile</i> (Lira & Castillo, 1991, Pérez-Sales P. Durán T, Bacic R. (2000)</p>
<p>3. CONSERVAR EL CONTROL SOBRE LA PROPIA VIDA Autoeficacia y Autodeterminación vs Indefensión y Dependencia</p>	<p>- Los planes de autogestión de los damnificados por el Terremoto de Ciudad de México (1985) y la autorización contrastan con la baja prevalencia de consecuencias psicológicas reportados (Gavalya, (1987), VVAA, 1997) - <i>Los supervivientes de la erupción del Volcán Nevado del Ruiz presentaron cifras inusualmente altas con incrementos consistentes en la prevalencia de TEPT en la siguiente década que han podido correlacionarse con la estructura de los programas de ayuda tanto externa como gubernamental. Durante los primeros cinco años las decisiones eran tomadas por agentes externos.</i> (Saavedra M. R, 1996; Anderson & Woodrow, 1998).</p>
<p>4. RECUPERACIÓN DE RUTINAS a. Recuperación de la sensación de seguridad psicológica vs <i>Incertidumbre</i>. b. Actitud activa de tensión vs <i>Parada forzada y alejamiento</i>.</p>	<p>- Comparación de la situación de los damnificados en Ciudad de México (1985) y Armero (1985). - 80% de bajas por causa psicológicas israelíes en la guerra del Líbano tratadas según los principios de proximidad, inmediatez y expectativa de retorno a primera línea no sufren TEPT, versus 29% con otras modalidades (Solomon & Benbenishty, 1986)</p>
<p>5. ELEMENTOS INSTRUMENTALES a. Apoyo social vs <i>Aislamiento y Marginalización</i> b. Condiciones de vida con respeto a la dignidad personal vs <i>Condiciones denigratorias</i>.</p>	<p>- En solicitantes de asilo en Australia, las dificultades para legalizar su situación, los interrogatorios, el maltrato, el aislamiento o el desempleo posterior son mejores predictores de síntomas postraumáticos que las experiencias de detención o tortura previas a la solicitud de asilo (Silove, Silove, Steel et al, 2000). - En 84 refugiados políticos iraquíes en Suecia, el soporte social percibido es mejor predictor a corto término que los hechos traumáticos pre-exilio (Gorst-Unsworth & Goldenberg (1998)</p>
<p>6. PERSPECTIVAS DE FUTURO</p>	<p>- <i>La falta de perspectivas políticas y la visión pesimista respecto al futuro personal ha sido hallado repetidamente en diferentes estudios como uno de los principales factores implicados en la presencia de trastornos de conducta y síntomas post-traumáticos en adolescentes palestinos</i> (i.e. Qouta, Punamäki & El Sarraj (1995).</p>

Janoff-Bulman (1992). Pero no cabe duda que tienen consecuencias devastadoras en otros sentidos. Por ejemplo, su aparición brusca e inesperada podría favorecer condiciones psicológicas de indefensión y vulnerabilidad (Hodgkinson y Stewart, (1998), Weaver y Clum, 1995). Además, las pérdidas que ocasionan estos sucesos suelen ser múltiples en un sentido individual (pérdida del hogar, las pertenencias, el trabajo, e incluso de seres queridos) y sobre todo colectivo (ruptura del tejido social, desestructuración comunitaria, pérdida de las redes de apoyo mutuo...) (Eisenbruch, 1990, 1991) colocando a la mayoría de ciudades, barrios y comunidades frente al reto de reconstruir su estructura social y organizativa (Martín-Beristain, 2000a, 2000b) .

Existe un notable consenso en admitir que la intensidad de la respuesta traumática depende de la naturaleza del estresor (e.g., grado de amenaza para la vida, cronicidad) (i.e. Saporta & Van der Kolb, 1991) y de factores concomitantes de vulnerabilidad relacionados con el individuo (historia psiquiátrica previa, rasgos de personalidad, historia previa de traumas, etc.) – (Scott & Stradling (1992), Ballanger et al. (2000), pero cada vez más se reconoce la importancia de los factores post-catástrofe. La tabla 2 resume algunos trabajos que aportan a esta idea, agrupados en seis ejes básicos:

Si tomamos, por ejemplo, los trabajos del grupo de Silove, en Australia (i.e. Silove, Sinnerbrink et al. (1997), Silove, Steel, et al. (2000)) vemos que en estudios longitudinales con refugiados de países asiáticos víctimas de tortura y violencia política y solicitantes de asilo, las dificultades para conseguir legalizar su situación, el aislamiento, el desempleo crónico y la dependencia son factores que predicen mejor la aparición de síntomas postraumáticos que la propia experiencia de persecución y tortura vivida en el país de origen. Un dato que ya era esperable a partir de los estudios clásicos de resiliencia en niños de Rutter (1987) y las investigaciones

posteriores sobre afrontamiento positivo al trauma (Glantz & Jonson (1999) O'Connell (1994), Norman (2000)).

Teniendo todo esto en cuenta, las intervenciones post-catástrofe deberán tener en cuenta los factores de dignidad y fomento del control sobre la propia vida de los que hablábamos en la introducción, y venir determinadas por el marco cultural en que ésta se produce.

El problema de las diferencias culturales.

Las diferencias culturales no sólo promueven diferentes construcciones del yo, sino diferencias en cómo los individuos piensan, sienten y actúan (Chang, 1996,2000; Matsumoto, 1996). Por tanto, es importante desarrollar métodos de evaluación que eviten asumir presupuestos éticos respecto a lo que es normal y anormal en las consecuencias y los modos de afrontamiento individual y comunitario frente a desastres (Oliver-Smith, 1996). Por ejemplo, una percepción fatalista de los desastres (Voluntad Divina, Destino etc) puede ser mal entendido desde modelos euroamericanos como pasividad o falta de energía interna. La experiencia en contextos no occidentales muestra en cambio, como esta actitud puede ser una herramienta poderosa de resistencia frente a desastres, promoviendo un enfoque de supervivencia orientado-a-la-tarea (ODHAG, 1999). La falta de expresión verbal de emociones puede ser malentendido como dureza emocional e insensibilidad (Pérez-Sales (1998), Martín-Beristain (2000a). En un contexto crónicamente adverso –como en zonas muy vulnerables o en un contexto de guerra o represión política duraderas– ésta puede ser vista como una estrategia prudente de supervivencia y las intervenciones forzadas de *debriefing* al estilo occidental pueden hacer más daño que ayuda (Littrell (1998), Van Emmerik et al (2002)). El silencio puede ser también una consecuencia de intentar

no perturbar al resto de personas de la familia o la comunidad, asumir que nadie puede entender los sentimientos y el sufrimiento, el estigma asociado a la situación en este contexto o esta cultura o algunas reglas idiosincrásicas referidas a lo que es correcto o no respecto a la expresión pública de emociones. La confianza asienta sobre la comprensión cultural y la aceptación entre pares, y las herramientas diseñadas siguiendo las concepciones occidentales (como algunos cuestionarios de TEPT) o determinados conceptos (como la alexitimia para designar las aparentes dificultades en la expresión de emociones) pueden acabar siendo más una barrera que una ayuda para acercarnos a la comprensión de la persona en su medio.

La tabla 3 intenta resumir algunos componentes relevantes que pueden determinar significados y soluciones idiosincrásicos en desastres comunitarios (Lavelle et al 1996, Martín-Beristain et al, 2000a; Paez, Fernández, Martín-Beristain, 2001; Perez-Sales, 1999, 2002).

Todos estos elementos (que no pretenden ser un recuento exhaustivo) señalan puntos potenciales de desencuentro entre ayudados y ayudadores en un contexto de catástrofes.

Estructura organizativa y respuesta comunitaria.

El trabajo en catástrofes contempla muchos escenarios posibles que dependen de la magnitud de la misma, del contexto y los recursos económicos locales, del histórico previo de catástrofes de una comunidad y su capacidad de respuesta etc.

El escenario de trabajo más común en un contexto de catástrofe son los alojamientos temporales formales o espontáneos, en forma de campos, albergues o refugios. Es también en ellos dónde resultan más relevantes los elementos psicosociales.

Ya Primo Levi decía en sus textos sobre Auschwitz (1986) que uno de los elementos clave para prevenir actitudes de autoabandono y fatalismo es intentar conservar una cierta sensación de control sobre la propia vida. Aunque sólo sea, como explicaba Bettelheim (1973) el espacio de hacer la cama de manera metódica cada mañana. Rosencoff describe ideas similares en su experiencia como preso político de la dictadura uruguaya condenado al aislamiento absoluto en un espacio mínimo durante más de diez años (Ronsencoff (1993).

En los alojamientos temporales (que generalmente duran muchos meses, en muchas ocasiones

Tabla 3.
Moduladores culturales del afrontamiento.

Concepción del tiempo	Circular Ligado a ritmos de la naturaleza	Lineal Cronológico
Pensamiento	Analógico (basado en imágenes, metáforas,...)	Lógico-formal
Comunicabilidad de las emociones	Privacidad	Publicidad
Cosmovisión (epistemología)	Integración persona-naturaleza-comunidad-universo	Compartimentos estancos
Construcción causal (locus de control)	Externo (fatalismo; destino)	Interno
Patrones de expresión emocional	Contención	Dramatización
Rango de "normalidad"	Restringido	Amplio
Significado social del "síntoma"	Señal	Ruido
Permisividad individual y social de "patología" (ej.: alucinaciones)	Alta	Baja
Pensamiento	Repetitivo – Rumiación	Supresión - Inhibición
Afrontamiento	Aceptación	Orientado a la acción – hiperactividad Bloqueo
Culpa	Daño comunitario – Vergüenza	Por sobrevivir – Culpa Interpersonal.
Rituales	- Para restablecer el equilibrio comunitario - Para acompañar a los que fallecieron	- Para restablecer el equilibrio personal - Para acompañar a los dolientes.
Formas de apoyo	Familia ampliada Comunidad	Familia nuclear

nes años, y en algunas se convierten en definitivos) resulta clave la gestión de los procesos de toma de decisión y los espacios de autonomía personal y dignidad. Esto está en relación con el modo como las autoridades administran, cómo se realizan los procesos de organizativos (tabla 4).

El papel de un profesional de la salud mental en estos contextos puede más tener que ver con velar por los factores de participación, control y dignidad.

Dignidad y Resistencia.

Los testimonios de los campos de concentración y los estudios en reclusos también han señalado, desde hace décadas, que la dignidad personal es una de las piezas clave para evitar la vulnerabilidad (Primo Levi, 1986) en zonas de convivencia forzada. En este sentido es importante señalar que determinadas situaciones suelen, por lo general, repetirse. Existen al menos cinco situaciones especialmente relevantes para un trabajo psicosocial con supervivientes: criterios y forma en el reparto de comida, criterios y forma en el reparto de donaciones (ropa, ayudas, material de reconstrucción...), habilitación y uso de las letrinas, duchas y zonas de aseo, e información confiable sobre lo que está ocurriendo en cada momento y control de rumores por parte de la propia comunidad o de las autoridades.

A ello cabe añadir tres elementos psicosociales más : (a) habilitación de espacios y condiciones que permitan realizar adecuadamente y con dignidad los procesos de duelo (b) acceso a vías de contacto o reunificación familiar, (c) poder disponer de algunos espacios de intimidad, para poder desconectar temporalmente de la convivencia forzada (d) detección y manejo de situaciones generadoras de miedo, y atención especial al tema de la seguridad.

A medio término pasan a ser centrales, desde una óptica psicosocial, la necesidad de recuperar

rutinas de vida y especialmente poder trabajar y no depender completamente de la ayuda o poder atender por uno mismo las necesidades familiares básicas (cocina, limpieza de ropa). Pasados los primeros momentos de impacto, suele ser relevante intentar evitar las gestiones centralizadas de servicios (cocina, limpieza etc) aunque resulten, en apariencia, algo más coste-eficientes.

La tabla 5 considera algunos elementos de carácter psicosocial especialmente relevantes en la gestión de albergues.

Los riesgos de la participación comunitaria.

Pero esto no debe hacer olvidar los riesgos de la participación cuando el objetivo no es la resolución práctica de problemas desde una óptica de responsabilidad y trabajo voluntario compartidos, sino la creación de estructuras formales que por su escasa representatividad, por no estar basadas en una demanda de articulación o en el respeto a una tradición organizativa pre-existente, cristalicen sistemas que al final sólo sirven como forma de aval o de manipulación por las autoridades o por determinados grupos de interés, con el grave riesgo de fracturar aún más el tejido social de los afectados. La metodología del denominado *Desarrollo Rural Participativo* implementada por el Banco Mundial en muchos de sus proyectos es un buen ejemplo de este tipo de situaciones. Algunos teóricos contemporáneos están empezando a reflexionar sobre estos riesgos (i.e Cooke & Kothari, 2001) y a enunciar presupuestos para una participación comunitaria que sea un auténtico elemento de afrontamiento colectivo ante desastres y no de mayor división y descomposición. La participación requiere un proceso de construcción y no sólo la creación de estructuras nominales.

Y el elemento que probablemente más esti-

mule la participación, como han señalado diferentes trabajos (VVAA, 1997, Klandermans (1997), Javaloy (2001) sea el comprobar que las iniciativas comunitarias son tenidas en cuenta por autoridades y gestores y generan decisiones y cambios reales. Es lo que Bandura (1995) ha denominado fomentar la autoeficacia comunitaria y Anderson y Woodrow (1998) denominaban, como veíamos, la creación de *capacidades organizativas y sociales* que ellos consideran que son tan importantes como las instrumentales o de supervivencia.

Los componentes psicosociales impregnan toda la vida de las personas y los grupos tras una catástrofe. Si la personas pueden recuperar sus rutinas en poco tiempo, las consecuencias se atenúan. Cuando se requiere de procesos más prolongados de reconstrucción, los elementos psicosociales que hemos ido desgranando pasan a cobrar una importancia decisiva. Es entonces cuando, más que nunca, una catástrofe puede convertirse en una *oportunidad*.

Sociología de las catástrofes: reflexiones psicosociales desde el Norte.

Para cerrar el círculo de estas reflexiones, volvamos a las catástrofes de los países económicamente desarrollados, donde decíamos que existen costosos y bien estructurados programas emergencistas y de protección civil, y menor tradición en procesos a medio y largo término. Cabría pensar que lo expuesto respecto a componentes psicosociales tiene menor sentido cuando hablamos de catástrofes ocurridas en países industrializados. Pero, paradójicamente, quizás resulte que haya mucho que aprender si realiza el proceso de mirada a la inversa : del Sur hacia el Norte. Mirando hacia atrás, el primer año tras la catástrofe del 11 de septiembre en Nueva York y la avalancha de artículos que aparecieron sobre el papel de los psiquiatras en este tipo de

situaciones, el tiempo parece que va aquilatando las cosas. Una primera oleada de trabajos metodológicamente polémicos hablaron de una epidemia de Trastorno de Estrés Postraumático que estaba asolando al país y que requeriría de la intervención de miles de psiquiatras y de la creación de centros especializados para prevenir una catástrofe generacional (NYCBE (2002), trabajos publicados en revistas tan prestigiosas como JAMA (Schlenger et alt. (2002) o New England Journal of Medicine (Galea, S et alt (2002), Schuster MA et alt (2002). Discursos así ya se oyeron en Bosnia hace diez años y que la realidad se encargó de desmentir. El paso del tiempo ha desmontado las teorías del trauma masivo (Summerfield, 1999). Un reciente metanálisis (Van Emmerik et alt (2002) sobre 7 trabajos publicados de debriefing postrauma tras el 11 de septiembre en personas afectadas por la conmoción social que supuso ha mostrado que este tipo de intervenciones no sólo no resultaron útiles sino que fueron iatrogénicas para mucha gente. La realidad es que, asesorados por psiquiatras o no, el núcleo real de las actuaciones post-catástrofe desarrolladas en Estados Unidos ha sido mediático y psicosocial. Desde la denominación de "zona cero", las visitas guiadas a autoridades de otros países, los actos conmemorativos rodeados de un sentimiento colectivo, la entrega de piedras y restos de los edificios a cada familia de fallecido, las celebraciones de aniversarios o los proyectos por reconstruir la zona como memorial, o la proliferación de enseñas nacionales en la vida cotidiana de los norteamericanos son muestras prácticas de que al final la psiquiatría más biologicista del planeta, que levantó y consolidó el edificio nosológico del estrés postraumático frente a la oposición durante mucho tiempo de la psiquiatría europea, acabó plegándose a un impresionante despliegue de recursos y estrategias colectivas desarrollados eminentemente desde niveles políticos. Probablemente, como es de suponer, no siempre fueran criterios de salud men-

Cabría pensar que lo expuesto respecto a componentes psicosociales tiene menor sentido cuando hablamos de catástrofes ocurridas en países industrializados.

tal lo que guiaran estas acciones y carecemos de estudios longitudinales que avalen su eficacia. Pero se trata, probablemente, de un buen ejemplo de cómo, más allá de los debates académicos, la realidad impone la interrelación entre los factores clínicos y comunitarios en las actuaciones post-catástrofe.

Cuando ésta es, además -como en este último ejemplo- fruto de la violencia política, entrarán en juego otros elementos de carácter ético y deontológico: contribuir a fomentar la no violencia frente a la agresión, promover la tolerancia frente a la polarización, defender el derecho de los supervivientes a no ser utilizados políticamente ni ellos ni la memoria de las víctimas etc. Entramos en otra dimensión del trabajo psicosocial en catástrofes que entronca con los derechos humanos y con los componentes éticos y humanitarios del trabajo médico, que constituyen nuevos retos de reflexión para el trabajo en catástrofes.

BIBLIOGRAFÍA

Anderson M.B., Woodrow (1988) P.J. *Rising from the Ashes: Development Strategies in Times of Disaster*. Book News, Inc. Portland, Oregon.

Avia MD, Vázquez C. (1998) *Optimismo inteligente*. Barcelona. Alianza Editorial.

Bandura, A. (1995). *Exercise of personal and collective efficacy in changing societies*. Self-efficacy in Changing Societies, Cambridge University Press.

Beiser M, Hyman I. (1997) Refugees' time perspective and mental health. *Am. J. Psychiatry* 154:7, 996-1002.

Bettelheim B (1973) *El corazón bien informado*. La autonomía en la sociedad de masas. México. Fondo de Cultura Económica.

Breslau N, Davis CG, Andreski P. (1995) Risk factors for PTSD-related traumatic events. A prospective analysis. *Am. J. Psychiatry* 152: 529-535.

Burt, M. and B. Katz (1987). Dimensions of recovery from rape: focus on growth outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*. 2: 57-81.

CISATER – Centro de Investigación sobre el Síndrome del Aceite Tóxico y Otras enfermedades raras (2002). <http://cisat.isciii.es/>

Chang, E.C. (1996). Cultural differences in optimism, pessimism, and coping: Predictors of subsequent adjustment in Asian American and Caucasian American college students. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 113-123.

Chang, E.C. (2000). Causal uncertainty and depressive symptoms: Appraisal and coping as mediating variables. *Journal of Social and Clinical Psychology*

Cohen & Ahearn (1989) *Manual de la atención de Salud Mental para víctimas de desastres*. México, HARLA. 1989.

Cooke B & Kothari U. (2001). *Participation: the new tyranny?*. Zed Books Ltd. Londres.

Eisenbruch, M. (1990). Cultural bereavement and homesickness. En S. Fisher and C. Cooper (ed) *On the move: The psychology of change and transition*. John Wiley and Sons: 191-205.

Eisenbruch, M. (1991). From Post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnosis of southeast asian refugees. *Soc. Sci. Med* 33(6): 673-80.

Galea, S et al (2002) Psychological Sequelae of the September 11 Terrorist Attacks in New York City. *New England Journal of Medicine* 346 (13) 982-987.

Gavalya, A. (1987). Reactions to the 1985 Mexican earthquake: case vignettes. *Hosp Community Psychiatry* Dec 38(12):1327-1330.

Glantz M.D. & Johnson J.L. (1999) *Resilience and Development. Positive Life Adaptations*. Plenum Press. N. York.

Gorst-Unsworth, C. and E. Goldenberg (1998). Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. *Br. J. Psychiatry* 172: 90-94.

Green B.L. (1994). Traumatic stress and disaster: mental health effects and factors influencing adaptation. In F. Liehmac & C. Nadelson (eds) *International Review of Psychiatry* (vol II). Washington DC. American Psychiatric Press.

Harrell-Bond, E. (1986). *Imposing Aid*. Oxford University Press.

Hodgkinson, P. E. and M. Stewart (1998). *Coping with catastrophe* (2nd Edition). Londres, Routledge.

IFRC-RCS. *World Disasters Report*. 2001. Geneve.

Instituto Nacional de Jubilados y Pensionados (1995). *Informe sobre la situación de los Veteranos de las Malvinas*. Buenos Aires. Argentina.

Janoff-Bulman R. (1992). *Shattered Assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York. Free Press.

Javaloy F, Rodríguez A, Espelt E. (2001) *Comportamiento colectivo y movimientos sociales*. Prentice Hall. Madrid

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., and Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.

Klandermans B. (1997) *The social psychology of protest*. Blackwell. Londres.

Lavelle J, Tor S, Mollica RF, Allden K, Potts L. (1996) *Harvard Guide to Khmer Mental Health*. Cambridge. EUA.

Lebowitz L, Roth S. (1994) "I feel like a slut": the cultural context and women's response to being raped. *Journal of Traumatic Stress* 7, 366-90.

Lira, E. Castillo, Ml. (1991) *Psicología de la amenaza política y del miedo*. ILAS. Ed Chile-américa .CESOC. Santiago de Chile.

Littrell, J. (1998). Is the reexperience of painful emotion therapeutic?. *Clinical Psychology Review* 18(1): 71-102.

Martin Beristain C et alt (2000a) *Reconstruir el tejido social*. Ed. Icaria. Bilbao. 2000.

Martin Beristain C. (2000b) *Apoyo psicosocial*

en catástrofes colectivas: De la prevención a la reconstrucción. Caracas. AVEPSO y Universidad Central de Venezuela.

Matsumoto D. (1996) *Culture and Psychology*. Brooks / Cole Publishing. California. EUA.

Muecke, M. (1992). New paradigms for refugee health problems. *Soc Science Med* 1992 Aug; 35(4):515-523.

New York City Board of Education (NTCBE) (2002) *Effects of the World Trade Center Attack on New York City Public School Students*. Informe disponible en http://www.nycenet.edu/offices/spss/wtc_needs/coping.htm

Norman E (2000) *Resiliency enhancement*. Columbia University Press. N. York

O'Connell G (1994). *Resilient adults*. Jossey-Bass Pub. San Francisco.

ODHAG (1991). *Guatemala: Nunca Más*. Guatemala.

Oliver-Smith, A. (1996). Anthropological research on hazards and disasters. *Annual Review of Anthropology* 25: 303-328.

Paez D, Fernández I, Martín-Beristain C. (2001) *Catástrofes, traumas y conductas colectivas : procesos y efectos culturales*. En San Juan C (ed). *Catástrofes y ayuda de emergencia*. Icaria. Barcelona.

Pérez-Sales P. (1998) *Muerte y desaparición forzada en la Araucanía. Una perspectiva étnica*. Publicaciones Universidad Católica de Chile / LOM. Santiago de Chile.

Pérez-Sales P. (1999) *Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política*. Ed Ex Libris. Madrid.

Pérez-Sales P. Durán T, Bacic R. (2000) Long term psychosocial consequences in first-degree relatives of people detained-disappeared or executed for political reasons in Chile: a study on mapuce and non mapuce persons. *Psicothema* Vol 12. Suppl. Pp 109-116.

Pérez-Sales. P. (2002) *Psicología transcultural y antropología psiquiátrica*. Ed Desclee de Brower. Bilbao.

- Pirotte C, Husson B, Grünewald F (ed) (2002) *Entre emergencia y desarrollo. Icaria*. Barcelona
- Primo Levi. (1986) *Los hundidos y los salvados*. Muchnick Editores. Barcelona.
- PWS RCAC (22/02/2001) Coping with technological disaster. <http://www.pwsrcac.org/CWTD>
- Qouta, S., Punamäki, R.L. & El Sarraj, E. (1995). The impact of the peace treaty on psychological well-being. A follow-up study of Palestinian children. *Child, Abuse & Neglect*, 19, 1197-1208.
- ReliefWeb (2002). <http://www.reliefweb.int/w/rwb.nsf/vLND>
- Rosencoff M. (1993) *Memorias del calabozo*. Ed. Txalaparta. Bilbao.
- Rutter M (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American J. Orthopsychiatry* 57 (3) 316-331.
- Saavedra M.R (1996) *Desastre y Riesgo. Actores sociales en la reconstrucción de Armero y Chinchiná*. CINEP. Santa Fé de Bogotá.
- Saporta JA & Van der Kolb B.A. (1992.). Psychobiological consequences of severe trauma. En Basoglu M (ed). *Torture and its consequences*. Cambridge University Press. Pp 151-171.
- Schlenger, W.S. et al. (2002) Psychological Reactions to Terrorist Attacks: Findings From the National Study of Americans' Reactions to September 11. *JAMA* (288) 581ss
- Scott, J. M. and S. G. Stradling (1992). *Counselling for Post-Traumatic Stress Disorder*. Londres, Sage Publications.
- Shuster MA et al (2002). A National Survey of Stress Reactions after the September 11, 2001, Terrorist Attacks. *N Engl J Med* 345 : 1507-1512
- Silove, D., I. Sinnerbrink , et al. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry*. 170: 351-357.
- Silove, D., Steel, Z et al. (2000). Policies of Detention and the Mental Health of Asylum Seekers. *JAMA*. 284 : 604-611
- Solomon Z, Benbenishty R (1986). The role of proximity, immediacy and expectancy in frontline treatment of combat stress reactions among Israelis in the Lebanon War. *American J. Psychiatry*, 143, 613-617.
- Summerfield D. (1999). Una crítica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basadas en el concepto de trauma psicológico. En Pérez-Sales P. (ed) *Actuaciones Psicosociales en Guerra y Violencia Política*. Ed Ex Libris. Madrid.
- Van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch, Emmelkamp (2002) Single session debriefing after psychological trauma: a metaanalysis *The Lancet* (360) 766-71
- VV.AA. (1997) *Aquí nos quedaremos : testimonios de la Coordinadora Unica de Damnificados*. Universidad Iberoamericana. Mexico DF.
- Voutira E, Benoist J, Piquard B. (2000) *La antropología en la ayuda humanitaria*. Universidad de Deusto. Bilbao. pg 58-60.