

**La concepción psicosocial y comunitaria del trabajo en catástrofes.
Nuevas perspectivas en el marco de la elaboración de un programa
internacional de formación de formadores**

Pau Pérez Sales.

Psiquiatra.

Técnico de Salud Psicosocial. Médicos Sin Fronteras - España.

Dirección para correspondencia :

Plaza Mayor 38

Perales del Río.

Madrid 28909.

E-mail : pauperez@arrakis.es

Resumen.

Se presenta un análisis de conjunto de los diferentes tipos de programas de salud mental que pueden desarrollarse en el contexto de catástrofes, poniendo especial énfasis en dos arquetipos : aquellos con énfasis en la detección y tratamiento precoz a través de counselling de reacciones emocionales agudas y patología psiquiátrica, y aquellos que priman un enfoque comunitario y de salud pública, postulándose que se trata en realidad de una falsa dicotomía. Se profundiza en los conceptos de vulnerabilidad y en el carácter transversal del concepto *psicosocial* que se pretende no como un aspecto complementario de los programas sino como una dimensión que debería permear todas y cada una de las acciones que se desarrollen : alimentación, agua y saneamiento, seguridad, albergue etc. Se presenta por ultimo una iniciativa internacional impulsada por personas y equipos de América Latina para la elaboración de un CD-ROM multimedia de formación de formadores en aspectos psicosociales en catástrofes congruente con estos postulados.

Palabras Clave : Catástrofes, Desastres Naturales, Actuaciones Comunitarias, Formación de Formadores.

Abstract.

Psychosocial and community perspectives in catastrophes. New perspectives in the context of an international program for *training the trainers*.

We present an overall analysis of two archetypes of mental health programs in the context of catastrophes: those with special emphasis in the detection and early treatment of acute stress reactions and psychiatric pathology, and those prioritizing a community focus based on public health postulates. Both are presented as complementary. We discuss the concept of vulnerability and propose a conceptualization of a *psychosocial perspective* in catastrophes as traverse axis that should underline any single action developed : from the distribution of food, to water and sanitation, security, shelter and so on. We present an international initiative for the development of a *training the trainers* multimedia CD-ROM on psychosocial work in catastrophes, promoted by persons and groups from Latin America.

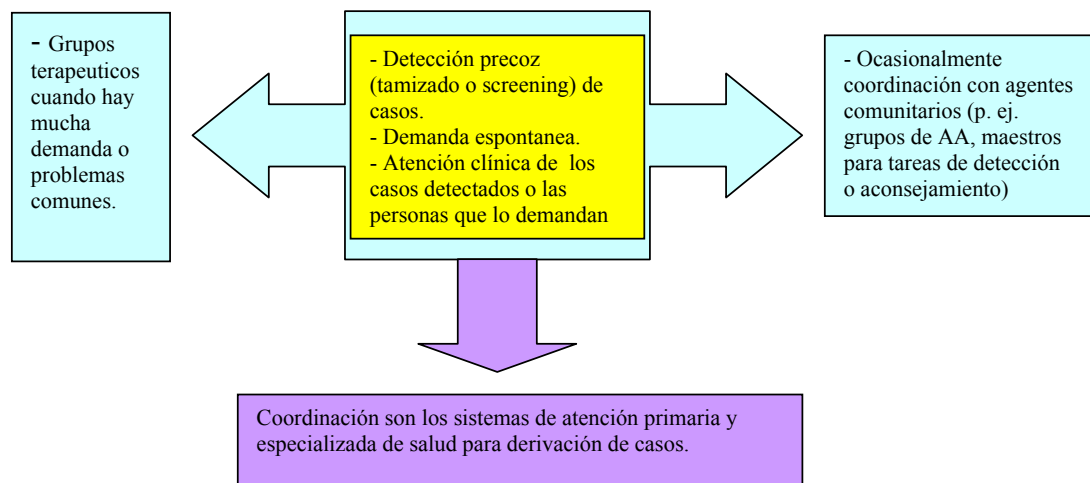
Key-Words : Catastrophes, Natural Disasters, Community Interventions, Training the Trainers.

Trabajo psicosocial y comunitario : algunos apuntes de un concepto transversal.

En el trabajo de salud el modelo psicosocial o comunitario tiene sus raíces en dos conceptos básicos de la salud pública¹: (1) Desplaza el foco desde la lucha contra la enfermedad a la búsqueda de la salud. El énfasis es en la medicina preventiva y en disminuir las condiciones que promueven la vulnerabilidad de las personas (2) Entiende entre sus responsabilidades aquellas situaciones que constituyen puntos de vulnerabilidad para el equilibrio comunitario. En este sentido cabría considerar problemas de salud comunitaria la violencia²⁻³, la deestructuración del tejido social o la marginalidad económica o política de sectores de la población.

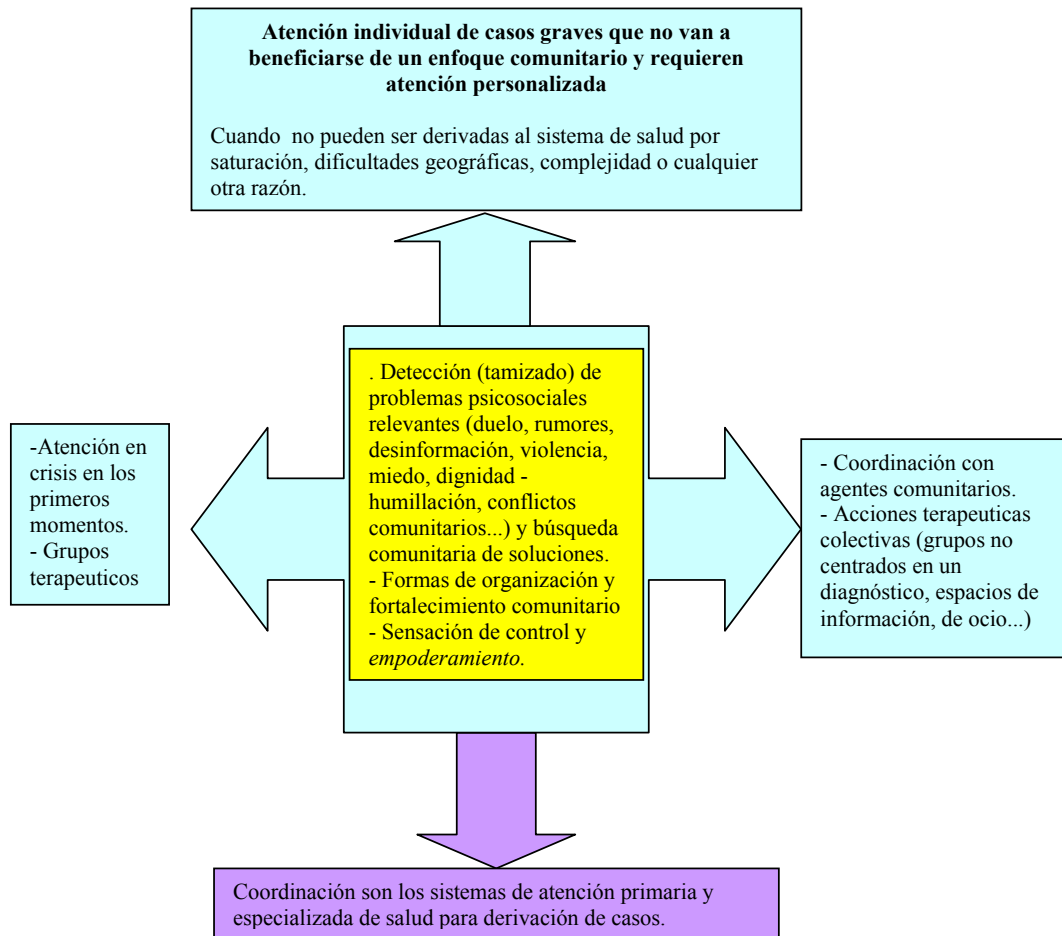
En el caso de una emergencia humanitaria, pueden considerarse dos arquetipos de intervención:

- a) **Esquema que prioriza el foco clínico.** El núcleo del trabajo y al que se dedicaría más tiempo vendría dado por la detección de casos con mayor afectación. Ocasionalmente se emprenderían otras tareas en coordinación con otros agentes sociales.



- b) **Esquema que prioriza el enfoque psicosocial o comunitario.** La mayor parte del tiempo y el centro de la intervención tiene que ver con un proceso de detección de problemas y fortalezas desde una perspectiva comunitaria. Ello no es incompatible con dedicar una parcela de tiempo a la atención individual de algunos casos especialmente graves.

Optar por un esquema u otro dependería de **criterios ideológicos** (¿Dónde creemos que debe estar el foco desde nuestro modo de entender la salud y la enfermedad y su relación con lo social?), de **criterios coste / beneficio**. (Con los recursos de que se dispone para realizar un programa en un contexto de crisis ¿con qué acciones llegamos a un porcentaje mayor de población?) y **criterios temporales**. (Primeros momentos post-crisis o fases posteriores).



En realidad se trata de modelos complementarios. La cuestión radica no tanto en por cual de los modelos se opta, como *en dados los recursos de que se dispone (generalmente escasos), y entendiendo que se trata de tres modos indisociables e interrelacionados de trabajo, ¿dónde se pone el mayor énfasis?. ¿Cuál es el punto de arranque del que se parte?*.

En este sentido es clave entender que lo psicosocial no es una dimensión aparte que haya que considerar en la atención a víctimas como una actividad complementaria, sino que es un concepto **transversal** a todas y cada una de las decisiones que se toman en un contexto de crisis.

Las catástrofes como ejemplo.

Para algunas personas una catástrofe es *“una situación de amenaza extraordinaria para una comunidad de una magnitud tan grande que desborda la capacidad de respuesta de ésta”*. Esta idea se acerca a la realidad y es una superación de aquellas que intentan separar catástrofe de emergencia y urgencia basandose en la cuantificación de la magnitud de los daños. Pero tiene un inconveniente : pone el énfasis en si esa comunidad *necesita o no ayuda*. Una definición alternativa sería 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.

Esta es una definición poco práctica para un planificador, que prefiere tener datos para tomar decisiones, pero es en cambio muy útil para quienes trabajan desde una óptica social y de salud porque nos ayuda a pensar los posibles modos de enfrentar la situación *desde las propias personas*. El énfasis no es ahora en si necesitan o no ayuda para salir adelante. Cambia quien es el protagonista.

Perspectiva psicosocial en catástrofes.

Ante un desastre aparecen una serie de aspectos críticos que van a condicionar, de manera decisiva, la capacidad de recuperación posterior :

- ❑ En un primer momento el **miedo** y el aturdimiento como posibles factores de confusión o de bloqueo de la población. Con frecuencia, además, el miedo sigue más allá del primer impacto. En la población desplazada por la violencia política el estado de miedo a nuevas acciones de violencia acaba por definir las relaciones sociales (desconfianza, silencios, falta de apoyo mútuo...).
- ❑ Más adelante las dificultades para elaborar lo ocurrido, para asumir la magnitud de lo perdido y para realizar un **proceso de duelo**. Esto es especialmente cierto cuando no hay restos como en el caso de los familiares de personas desaparecidas
- ❑ La **pérdida de referentes en la vida** : el mundo pasa a ser un lugar inseguro, impredecible, en el que es posible perderlo todo en minutos. Si es posible perderlo todo en un minuto, ¿para qué reconstruir? ¿para qué volver a organizarse?
- ❑ La **ruptura del entramado social y de las formas de organización y gestión**, sobretodo las de carácter más informal. Puede aparecer una desestructuración de las redes de apoyo mútuo y una mayor indefensión de las personas.

Además, también son muy relevantes :

- La **escasez de recursos**, que puede conllevar dificultades de convivencia

En la comunidad de retornados Nuevo Amanecer una persona explicaba : “Cuando estábamos en México no teníamos más que las pocas ayudas que nos daba la COMAR. La gente permanecía unida. Ahora cada donación que llega provoca divisiones en la gente. Y es por la escasez que todo el mundo desconfía. Ya no se respeta a nuestras autoridades”.

- El **agotamiento** físico y psicológico.
- La **confusión organizativa** : La aparición de múltiples actores en escena, cada uno con su propia agenda e intereses y con planes respecto a lo que debe hacerse y dejar de hacerse, suplantando la voz de los supervivientes, aumentando la sensación de vulnerabilidad, indefensión y pérdida de control sobre la propia vida.

Para el rediseño de la población de Armero se convocó a famosos arquitectos que elaboraron bocetos imaginativos y compitieron con sus proyectos. El gobierno negoció con ellos un diseño final en función de sus propias ideas y de los presupuestos que asignó a la reconstrucción. La población no fue parte del proceso hasta una fase muy avanzada y de modo parcial, cuando las principales decisiones ya estaban aprobadas y no podían cambiarse.

- La respuesta de los medios de comunicación y el respeto a la intimidad de los supervivientes, y la respuesta de la sociedad hacia ellos con muestras de apoyo y solidaridad o de rechazo y aislamiento.

Gran parte del daño que sufren las víctimas de la violencia política o sus familiares viene del aislamiento a que se ven sometidos en parte por miedo (“que no piensen que yo...”) , en parte por la imagen que se pueda transmitir de ellos (“algo harían...”).

- Crear una falsa dicotomía entre supervivencia y dignidad, basándose en razones “técnicas”.

Es raro que en un albergue para desplazados se habiliten duchas, considerándose éstas con frecuencia elementos de lujo. Pocos técnicos saben lo que puede ser vivir durante semanas o meses en el suelo sin tener la posibilidad de bañarse.

- **¿Damnificados o supervivientes?**. Evitar la condición de víctimas de las personas (enfoque de vulnerabilidad) y potenciar la de supervivientes (enfoque de resistencia).

Si estos temas no se enfocan como prioridad, los programas de ayuda pueden, no sólo no ayudar a una recuperación de la población, sino perpetuar y ampliar el daño producido, al aumentar, sin querer, el daño psicosocial, con algunas de sus acciones.

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

Existen numerosas definiciones de **vulnerabilidad**. Denominamos aquí como tal al conjunto de factores que hacen a una comunidad más frágil. Anderson y Woodrow⁴ consideran que ésta puede resumirse dentro de tres grandes componentes:

- ❑ **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.
- ❑ **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.
- ❑ **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, que vaya más allá de las necesidades para atacar las vulnerabilidades, deberá tener como objetivos las mismas tres áreas : **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), **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) y **Fortalecimiento de habilidades y actitudes** 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.

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 :

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

Momentos en la Historia Natural de los desastres.

Las figuras siguientes muestra un modelo de conceptualización temporal de los desastres, basado en la idea de los Riesgos y Problemas que pueden aparecer y de las Fortalezas con que puede contarse para hacer frente a ellos. En ellos se enfatizan cómo se entendería un enfoque psicosocial en el trabajo en catástrofes. Este, como decíamos, debe conceptualizarse como un **que atraviesa todas y cada una de las decisiones que se toman** en un contexto de crisis. Para entender esta idea de la *transversalidad* del trabajo psicosocial puede pensarse en algunos ejemplos prácticos ilustrativos :

- ❖ *Tras una catástrofe muchas personas tienen una gran ansiedad al no saber qué ha sido de sus familiares ¿se trata de un problema psicológico o de un problema de información?*
- ❖ *A veces las organizaciones construyen campos de acogida en los que se estudia minuciosamente dónde colocar los puntos de agua o dónde deben estar las letrinas o las basuras para que no molesten ni contaminen. Después observan que, paradójicamente, los puntos de agua son el principal lugar de reunión de las personas y donde pasan los niños la mayor parte del día, o que los lugares para la basura o las letrinas no se usan porque quedan tan lejos que las personas tienen miedo de ir hasta allí, especialmente por la noche.*
- ❖ *En ocasiones, apremiados por las circunstancias, las autoridades realizan promesas que luego no se cumplen y eso se interpreta como que hay planes escondidos sobre qué va a pasar con la comunidad. No es raro que empiecen a circular rumores cada vez más negativos y las personas dejan de*

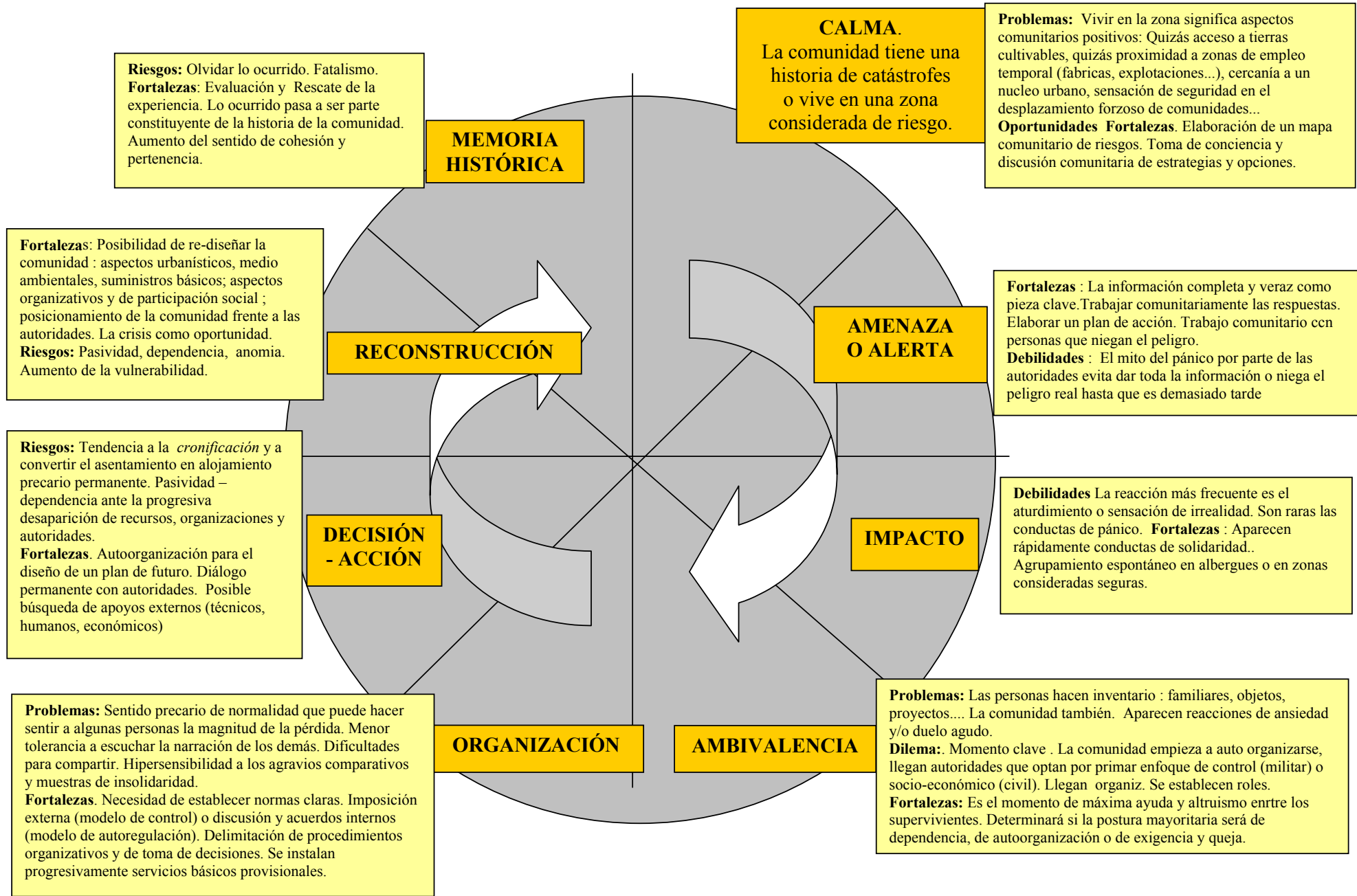
participar en la reconstrucción y cada vez haya más pesimismo y surjan algunas situaciones incipientes de violencia o de falta de solidaridad.

- ❖ *En ocasiones se ha intentado dar la voz a los damnificados e intentar organizarlos con sistemas de representantes. En realidad las personas estaban situadas de tal modo en el albergue que no se conocían entre sí porque provenían de zonas diferentes con intereses diferentes. Los representantes elegidos resultaban serlo sólo formalmente. Nadie les escuchaba y no se sentían respetados ni por la gente. Las autoridades consideraban, en cambio, que las personas no querían participar o que eran apáticas cuando en realidad la distribución del espacio fue errónea y no se les permitió organizar por ellos la manera de elegir representantes o de tomar decisiones.*

Todos estos aspectos (información, rumores, estilos de organización adaptados a la realidad, a las costumbres y al contexto, planificación teniendo en cuenta la voz de las personas afectadas etc) aparecen en todas y cada una de las decisiones que atañen al proceso y en cada uno de sus diferentes momentos. Es necesario por tanto impulsar un determinado espíritu que impregne el conjunto de las acciones de las agencias y gobiernos frente a una catástrofe. A esto es lo que llamamos un enfoque psicosocial en catástrofes.

Esto tiene que ver sobretodo con dos conceptos nucleares y básicos que son los que van a definirlo:

1. **Considerar la dignidad de los supervivientes** como un elemento fundamental, ya no sólo por razones de índole humanitaria, como en cuanto a factor determinante de las consecuencias psicológicas y psicosociales futuras de la catástrofe en las personas y la comunidad y al modo en que se va a producir la respuesta de los afectados a medio y largo término.
2. Priorizar todos aquellos elementos que otorguen a los supervivientes el máximo **control** posible **sobre sus vidas**, esquivando en la medida de lo posible todas aquellas situaciones que lleven a percepciones de desesperanza, indefensión y vulnerabilidad por parte de las personas afectadas.



CALMA.
La comunidad tiene una historia de catástrofes o vive en una zona considerada de riesgo.

Problemas: Vivir en la zona significa aspectos comunitarios positivos: Quizás acceso a tierras cultivables, quizás proximidad a zonas de empleo temporal (fabricas, explotaciones...), cercanía a un nucleo urbano, sensación de seguridad en el desplazamiento forzoso de comunidades...
Oportunidades Fortalezas. Elaboración de un mapa comunitario de riesgos. Toma de conciencia y discusión comunitaria de estrategias y opciones.

Riesgos: Olvidar lo ocurrido. Fatalismo.
Fortalezas: Evaluación y Rescate de la experiencia. Lo ocurrido pasa a ser parte constituyente de la historia de la comunidad. Aumento del sentido de cohesión y pertenencia.

MEMORIA HISTÓRICA

Fortalezas: Posibilidad de re-diseñar la comunidad : aspectos urbanísticos, medio ambientales, suministros básicos; aspectos organizativos y de participación social ; posicionamiento de la comunidad frente a las autoridades. La crisis como oportunidad.
Riesgos: Pasividad, dependencia, anomia. Aumento de la vulnerabilidad.

RECONSTRUCCIÓN

AMENAZA O ALERTA

Fortalezas : La información completa y veraz como pieza clave. Trabajar comunitariamente las respuestas. Elaborar un plan de acción. Trabajo comunitario con personas que niegan el peligro.
Debilidades : El mito del pánico por parte de las autoridades evita dar toda la información o niega el peligro real hasta que es demasiado tarde

Riesgos: Tendencia a la *cronificación* y a convertir el asentamiento en alojamiento precario permanente. Pasividad – dependencia ante la progresiva desaparición de recursos, organizaciones y autoridades.
Fortalezas. Autoorganización para el diseño de un plan de futuro. Diálogo permanente con autoridades. Posible búsqueda de apoyos externos (técnicos, humanos, económicos)

DECISIÓN - ACCIÓN

IMPACTO

Debilidades La reacción más frecuente es el aturdimiento o sensación de irrealidad. Son raras las conductas de pánico. **Fortalezas :** Aparecen rápidamente conductas de solidaridad.. Agrupamiento espontáneo en albergues o en zonas consideradas seguras.

Problemas: Sentido precario de normalidad que puede hacer sentir a algunas personas la magnitud de la pérdida. Menor tolerancia a escuchar la narración de los demás. Dificultades para compartir. Hipersensibilidad a los agravios comparativos y muestras de insolidaridad.
Fortalezas. Necesidad de establecer normas claras. Imposición externa (modelo de control) o discusión y acuerdos internos (modelo de autoregulación). Delimitación de procedimientos organizativos y de toma de decisiones. Se instalan progresivamente servicios básicos provisionales.

ORGANIZACIÓN

AMBIVALENCIA

Problemas: Las personas hacen inventario : familiares, objetos, proyectos.... La comunidad también. Aparecen reacciones de ansiedad y/o duelo agudo.
Dilema: Momento clave . La comunidad empieza a auto organizarse, llegan autoridades que optan por primar enfoque de control (militar) o socio-económico (civil). Llegan organiz. Se establecen roles.
Fortalezas: Es el momento de máxima ayuda y altruismo entre los supervivientes. Determinará si la postura mayoritaria será de dependencia, de autoorganización o de exigencia y queja.

- **Programas en escuelas.** Impacto de la catástrofe. Modo en que se enfrentó. Aprendizajes.
 - **Formas de conmemoración y dignificación de las víctimas.** Aniversarios. Monumentos. Indemniz.
 - **Exposiciones, memoria social...**

MEMORIA HISTÓRICA

PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS EN ZONAS VULNERABLES Elaboración de mapas. Fomento a la autorganización comunitaria.
Preconceptos erróneos: La población (a) tiene otras prioridades más urgentes (b) niega el peligro hasta que éste no está encima (c) el programa puede provocar alarma social (d) los problemas son de vulnerabilidad estructural y no es posible prevenir nada en este sentido

CALMA.

PROGRAMAS DE RECONSTRUCCION. Acompañamiento técnico y soporte humano a programas de dinamización social para la reconstrucción. Capacitación y debate en formas alternativas de vivienda segura, delimitación de riesgos, manejo de aguas, diseño de espacios comunitarios...

RECONSTRUCCIÓN

PROGRAMA DE PREPARACIÓN ANTE LA EMERGENCIA. Establecer medios de transporte en alerta y disponibles, vías de evacuación, puntos de concentración y localización. Confección de *packs* de supervivencia personal.
Preconceptos Erróneos: La información provoca pánico y bloquea.

AMENAZA O ALERTA

PROGRAMAS DE ORGANIZACIÓN Y REDISEÑO COMUNITARIO. Pasados unos meses hay un abandono de la zona de las agencias. Son clave en este momento los **Programas de Empleo** transitorio (talleres, cooperativas de suministros o de reconstrucción ...). Contratar de manera preferente a los propios damnificados como un elemento reparador, de dignificación y de recuperar control y autonomía. Controlar el *negocio* de la reconstrucción y convertirlo en elemento de activación comunitaria.

DECISIÓN - ACCIÓN

ATENCIÓN EN CRISIS. TRIAGE, EVACUACIÓN Y SOPORTE - I.
Preconceptos Erróneos: Hay que acordonar la zona y alejar a la población para evitar saqueos. Los voluntarios estorban y pueden resultar dañados ellos mismos por gas, cables al aire etc.
Realidad: Es posible articular cadenas humanas de desescombro si se dan instrucciones precisas. Respetar la angustia y darle salida.

IMPACTO

PROGRAMAS DE ACOGIDA Y ALBERGUE PROVISIONAL.
Preconceptos Erróneos: Establecer campamentos relativamente estables hasta que se recupere la normalidad.
Realidad : La mayoría de damnificados por lo general van a querer volver cuanto antes a su casa, aunque sea un predio en escombros o inundado. Prever los planes contando con esa realidad inevitable. Prever formas de ayuda para quienes alojan con familiares o amigos o quienes, pese a todo, regresan donde estaba su casa, evitando que el albergue sea el centro de acopio y distribución (tiendas vacías para no perder cuota etc)

ORGANIZACIÓN

TRIAJE, EVACUACIÓN Y SOPORTE - II
Preconceptos Erróneos: Establecer un control militar de la zona.
Realidad: Establecer criterios organizativos de base social primando [1] establecer suficientes puntos de acogida e información, [2] establecer un área médica de campaña algo aislada del resto, en segunda línea, con área de identificación y de duelo con personal voluntario de apoyo psicológico [3] agrupar y situar a las personas que van llegando, algunos en estado de *shock* según comunidad o barrio de procedencia, facilitando la agrupación familiar y la autoorganización, [4] evitar el hacinamiento previendo y acordonando desde el principio zonas libres amplias para posibles áreas comunes que se requerirán (cocinas, letrinas, zonas de intercambio, áreas para niños...).

AMBIVALENCIA

Crear un modelo latino de trabajo.

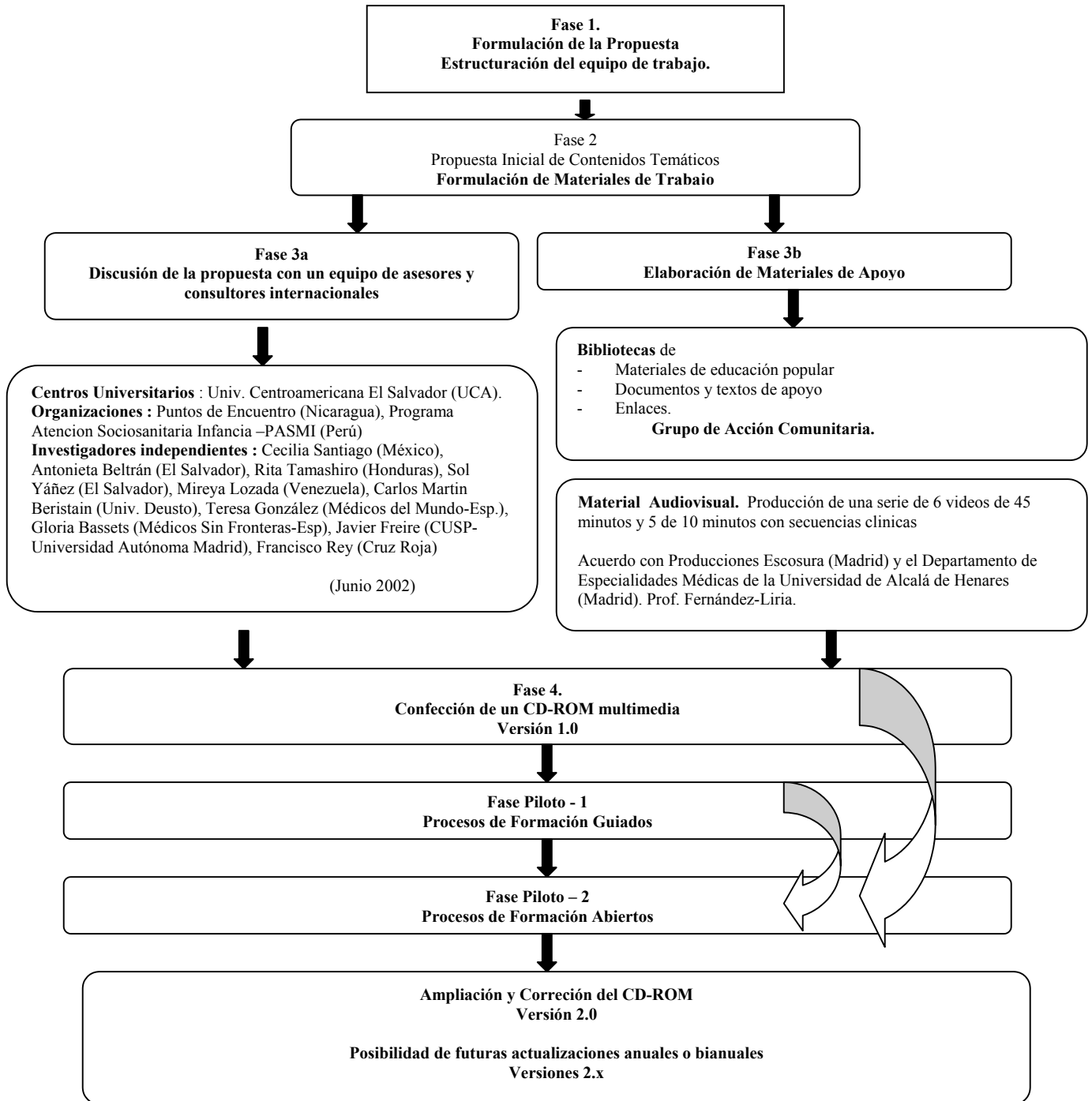
Las propuestas de trabajo actuales desde las que trabajan la mayoría de instituciones internacionales que prestan atención en salud mental en catástrofes basan sus postulados en los modelos derivados de la teoría del estrés.

Acorde con esta visión, los manuales de formación priman la provisión de primeros auxilios psicológicos en una primera fase y técnicas para una formulación posterior de estrategias de manejo individual o grupal de aquellas personas más afectadas⁵. Así, se han elaborado protocolos de atención a los síndromes de estrés agudo, al síndrome de estrés post-traumático, y en un segundo nivel diferido, a los procesos de duelo. Los modelos de intervención en crisis han constituido también marcos de referencia obligada⁶⁻⁷. La dificultad para la reconstrucción en catástrofes como la del Volcán Nevado del Ruiz, en Colombia, donde años después grupos muy importantes de población seguían dependiendo de la ayuda externa^{8;Error! Marcador no definido.}, mostró el peligro de esta visión cortoplacista en cuanto a la posibilidad de fomentar la aparición de actitudes de pasividad y dependencia y la sensación de indefensión y vulnerabilidad de las poblaciones afectadas.

Muchos equipos de trabajo en América Latina se han movido desde ópticas distintas, no siempre reflejadas en la literatura internacional. Basan sus postulados en la investigación-acción participativa que arrancara en Colombia en los cincuenta, en las dinámicas de la educación popular que empujara Paulo Freire en los sesenta, en los grupos de acción comunitaria que en zona andina y cono sur, y sobretudo en centroamerica han ido cristalizando desde los setenta y que Ignacio Martín-Baró supo aunar desde su cátedra de la Universidad Centroamericana de El Salvador. Tiene a su favor, por un lado, las muchas décadas de experiencias acumuladas que hacen que sea la forma *natural* en que muchos de los profesionales del área entienden el concepto de salud mental. Por otro su mayor coste eficiencia y su adaptabilidad a contextos en que muchas veces la comunidad apenas dispone de apoyos puntuales, debiendo asumir por si misma el grueso de la responsabilidad a la hora de enfrentar las situaciones de crisis⁹.

Con la idea de crear un procedimiento de formación de formadores sobre trabajo psicosocial y comunitario en catástrofes se está desarrollando una experiencia de colaboración internacional entre personas y grupos de varios países de América Latina. El objetivo final es crear a través de un procedimiento multimedia, un programa formativo basado en ese otro modo de entender las cosas que hemos venido mostrando en este artículo. El gráfico siguiente muestra el alcance y dimensiones del proyecto, y el estado actual del mismo, a caballo entre la fase 3 y la 4 al momento de escribir este artículo.

Iniciativas como el proyecto de la Esfera y otros señalan que esta es la vía que marca, probablemente, el principio de realidad y las experiencias acumuladas en estas últimas décadas, como camino del futuro.



BIBLIOGRAFIA

- ¹ Levav I. Los modelos de atención en la comunidad. En Levav I. (ed). Temas de Salud Mental en la Comunidad. Serie PALTEX n° 19. Organización Panamericana de Salud. 1992.
- ² Fournier M, De los Rios R, Orpinas P, Piquet-Carneiro L. Estudio multicéntrico sobre actitudes y normas culturales frente a la violencia (Proyecto ACTIVA): metodología. Rev. Panam. Salud Pública (1999) 5 (4/5) 222-230.
- ³ Kleinman A, Kleinman J. Lo moral, lo político y lo médico. Una visión socio-somática del sufrimiento. En González E, Comelles JM (comp). Psiquiatría Transcultural. AEN-Estudios. Madrid. 2000.
- ⁴ Anderson M.B., Woodrow P.J. Rising from the Ashes : Development Strategies in Times of Disaster. Book News, Inc. Portland, Oregon. 1988.
- ⁵ Cohen R.E., Ahearn F.L. Manual de atención de salud mental para víctimas de desastres. Organización Panamericana de Salud. Ed. Harla. Mexico. 1980.
- ⁶ Wolfe, D. Field manual for mental health and human service workers in major disasters. 2000, Washington. US Department of Health and Human Services. 1998
- ⁷ Rubin B, Bloch E.L. Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica. Desclee de Brower. Biblioteca de Psicología. 2001.
- ⁸ Saavedra, M. del R. Desastre y riesgo: actores sociales en la reconstrucción de Armero y Chinchiná. Bogota, Colombia: Centro de Investigación y Educación Popular. 1996
- ⁹ De aquí no nos moverán. Respuesta comunitaria al terremoto de Ciudad de Mexico. Servicio de Publicaciones de la Universidad Iberoamericana. Mexico 1991.