

**Crisis: Del individuo a la comunidad. Reflexiones sobre la crisis de Haití**

Prof. José Navarro Góngora

Facultad de Psicología de Salamanca

[jgongora@usal.es](mailto:jgongora@usal.es)

*Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*

Vol. 1, nº 1; 2010: 9-27.

## **Crisis: Del individuo a la comunidad. Reflexiones sobre la crisis de Haití**

Prof. José Navarro Góngora

*El artículo que presentamos analiza y ofrece una serie de reflexiones sobre las fases tempranas de una crisis masiva (la primera semana) y las fases avanzadas (entre seis meses y un año). Muchas de las ideas se basan en la experiencia del autor en Haití, una crisis que, quizás, tiene como características el ser interminable y una administración incapaz de asumir un papel directivo en la rehabilitación del país. Se asume que en la fase temprana la intervención se dirige hacia las personas afectadas tomadas individualmente (el objetivo es salvar vidas), mientras que la fase avanzada la mejor forma de mejorar a los individuos pasa por intervenciones en la comunidad orientadas a restaurar sus funcionamientos básicos.*<sup>1</sup>

*The paper offers a number of reflections about the first moments of a massive crisis –the first week, and the long term effects –between six month and a year. Most of the ideas stem from the author’s experience working in the Haití, a crisis characterizes by being both endless and having a local administration unable of leadering the rehabilitation process of the country. It is assumed that the early phase of the intervention is intended to provide individual assistance to the victims –saving lives, and the long term intervention is more community oriented with the aim of restoring the basic functioning of the community which is assumed to be the best way of helping the individuals.*

### **La evolución de una crisis masiva**

La evolución de una crisis masiva parece seguir la curva mostrada en la figura 1. La curva asume que en algún momento se produce una recuperación de la colectividad, recuperación que se debe tanto a los esfuerzos de los intervinientes en la fase de impacto como por la asunción de la administración y de la comunidad afectada de los esfuerzos de recuperación. Aunque en su conjunto este proceso parece irse dando en el caso del terremoto de Haití, un año y medio más tarde la población haitiana ha sido de nuevo golpeada por varias catástrofes naturales (varios huracanes y una epidemia de cólera), y por una persistente incapacidad de la administración para movilizar los recursos locales (de la propia nación), y de coordinar y controlar los recursos internacionales para la reconstrucción del país. Algo de esto ya estaba presente antes del terremoto, al fin y al cabo Haití es un país con una fuerza de paz de las Naciones Unidas desplegada después de sufrir regímenes políticos que unían la crueldad a la pobreza, la injusticia y la corrupción. Si una catástrofe masiva es fundamentalmente un problema

---

<sup>1</sup> Muchas de las ideas son deudoras de discusiones interminables con el equipo de intervención en Haití creado a raíz del terremoto y después consolidado por una beca de cooperación de la Universidad de Salamanca. Pertenecieron a este grupo, y algunos, siguen perteneciendo, Vanessa Espailat (UNIBE, Santo Domingo), Peter Berliner (Universidad de Copenague), Alfredo Guijarro (UME, España), Miguel Navarro (Ayuntamiento de Madrid), Luís García-Lomas (Ayuntamiento de Madrid), Tijilde Serrata (Salud Mental, República Dominicana); a todos ellos gracias por sus comentarios, cercanía y ayuda.

de logística, de organización de los recursos para aplicarlos de manera eficiente, el Haití previo al terremoto no era el mejor candidato para organizar la asistencia a más de dos millones de afectados.

Terr (1991), identifica tres tipos de crisis, de un solo episodio (tipo I), de varios episodios (tipo II) y de un solo episodio al que sigue una situación de estrés alto (tipo I y II combinados), afirmando que las dos últimas (tipo II, y I y II combinados) son las que peores consecuencias tienen en salud mental. Gran parte de la población haitiana antes del terremoto estaba en una situación de estrés muy alto debido al conflicto civil agravado por la pobreza y la corrupción, y la salida del terremoto fue hacia otra cadena de situaciones críticas (un año y medio después, más de medio millón sigue viviendo en campos de refugiados; en el intervalo ha habido varios huracanes que no sólo han causado más víctimas sino que han destruido las precarias infraestructuras de los campamentos, finalmente una epidemia de cólera ha afectado a más de 250.000 personas y causado casi tres mil muertos).

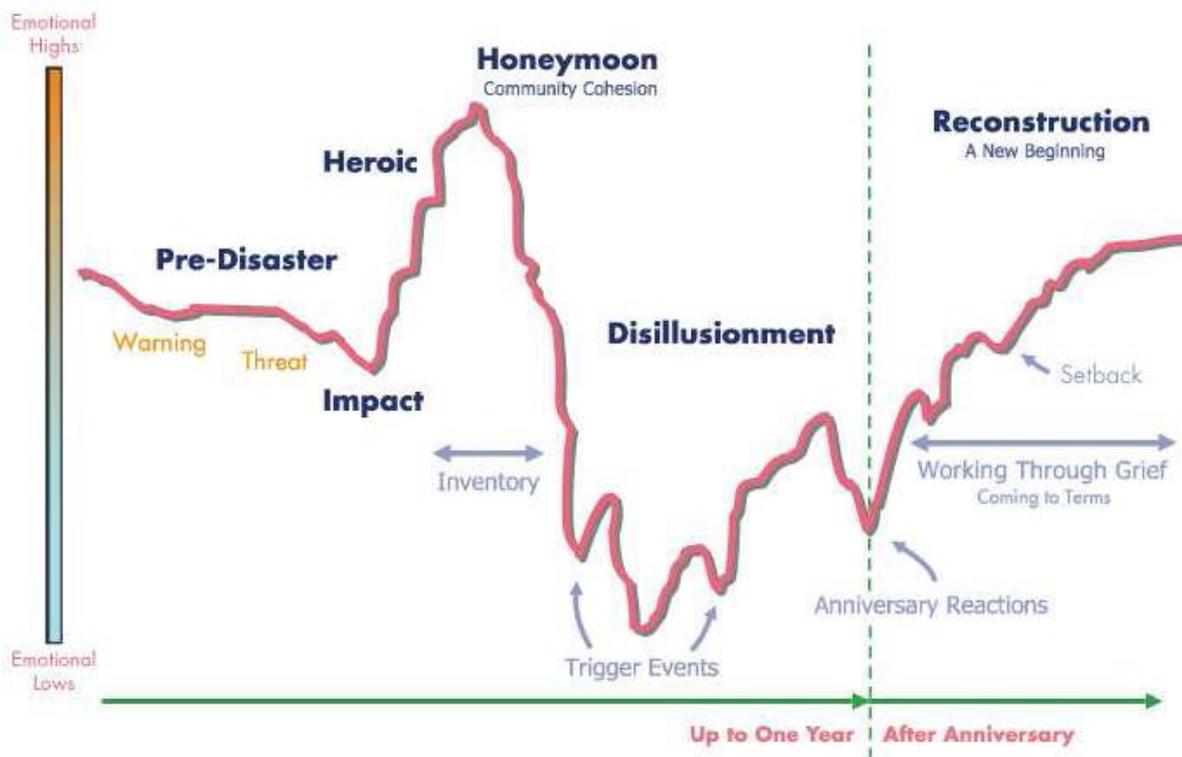


Fig. 1. Evolución de crisis masivas

La persistencia de la inestabilidad política, la pobreza (que aumentó), la corrupción y la incapacidad de una administración para organizar la recuperación del

país (se perdió el 40% de sus profesionales en el terremoto), componen una situación de alto estrés que es el marco post-crisis. Este marco social parece impulsar a la población hacia “soluciones” individuales y a no esperar nada del gobierno. Las ONGs, mejor organizadas y cualificadas que la administración local, son las que *de facto* han asumido el liderazgo de la fase de reconstrucción, manteniendo con las autoridades una relación cuanto menos difícil, a caballo entre la desconfianza derivada de la corrupción y la competencia por hacerse con el control de la reconstrucción, en un ejemplo claro de lo que se ha venido en denominar “injerencia por motivos humanitarios”. Está por ver que esa injerencia beneficie a largo plazo a las víctimas.

El efecto neto de todo este panorama es la dificultad de la población haitiana por remontar y entrar en la fase de reconstrucción; año y medio más tarde siguen, probablemente, en la fase de desilusión alternando periodos de respiro y breve recuperación con nuevas crisis de origen natural y de gestión de necesidades básicas (alimentación, agua, seguridad, sanidad, educación...).

### **Crisis: el momento del impacto:**

Psicológicamente la respuesta a una crisis severa tiene que ver con la forma en que los seres humanos enfrentamos lo inevitable que nos desborda y que tiene un carácter presunta (o realmente) letal. Se ha caracterizado de muchas formas ese encuentro, los pioneros, Caplan (1985) por ejemplo, caracterizaron el impacto en términos fenomenológicos y la intervención como preventiva, conscientes de que aunque en términos psicopatológicos los resultados de cualquier crisis son los mismos, la experiencia de la crisis es diferente según su origen. Hoy estamos perdiendo la noción de que la intervención en el momento de la crisis (*psicología de emergencias*) no resuelve tanto como que previene (en su formulación clásica es prevención secundaria). Hoy tratamos de resolver problemas, algo que obviamente puede hacerse, aunque lógicamente *el problema*, la enfermedad, la muerte de un familiar, el accidente, etc., que motiva la crisis ya no puede resolverse; quizás estemos perdiendo la idea de que el efecto de la intervención se verá en el futuro en términos de prevenir la aparición de trastornos mentales (en el peor de los escenarios) o una visión pesimista de la vida (en el mejor). Las formulaciones clásicas recogen factores como el shock inicial, el carácter inesperado, la visión de túnel, la pérdida de acceso a la identidad previa, de la atención, el papel de la disociación, el deterioro cognitivo, la necesidad de afiliación y la mayor sugestionabilidad, interpretándolas como respuestas normales, aunque extremas y

dolorosas (Dyregrov *et al*, 2000). Hoy hemos añadido más elementos de comprensión como el papel del apego (se activa la respuesta de apego) y el papel de la activación neuro-fisiológica en el momento del impacto y su capacidad de predecir el grado de disociación y de patología en el futuro (Kolk, 1994, 1996).

Siempre me ha intrigado la diferencia entre el trabajo en nuestro programa de Intervención en Crisis del máster de Terapia Familiar y de Pareja de la Facultad de Psicología en Salamanca y la intervención en situaciones de crisis masivas (en Tajikistán cuando las tropas rusas se retiraban de Afganistán, en nuestro desgraciado 11M y ahora en Haití). Como otros autores han observado (Luxenburg *et al.*, 2001a, 2001b), un 70% de quienes acuden a los centros de salud mental tienen como característica común que han sido objeto de traumas múltiples (crisis tipo II), su estado psicológico está más deteriorado y el tratamiento es más complejo y duradero, mientras que en el momento del impacto la intervención puede ser muy corta y centrada en prestar algún tipo de servicio positivo a la víctima. Esto nos ha llevado a plantearnos ciertas observaciones en torno a cuáles son los problemas que tratamos en el momento de la emergencia *vs* en periodos posteriores (meses e incluso años) cuando el trauma se ha consolidado, y cómo entender la forma de intervención en un momento o en otro.

1. **La crisis como mensaje y como guión:** Además de los factores a los que hemos hecho alusión más arriba, la crisis supone un mensaje sobre las personas, sobre los valores, sobre ciertos aspectos de la vida o sobre la vida en general. Ese mensaje se matiza por la circunstancias de la crisis y del sujeto. Lo interesante del mensaje es que puede no ser consciente por un lado y que se proyecta como un guión sobre la vida posterior de la persona. Pero quizás lo más interesante es que es impuesto. Una de las víctimas que vimos en un hospital con una cicatriz considerable en el rostro, temía que su novio la abandonara porque se veía muy fea. Estos significados se deducen de la misma forma que cuando nos quemamos tocando una superficie caliente: aprendemos a tener más cuidado la próxima vez; no son exactamente el producto de una reflexión más o menos concienzuda. El que desarrollemos una fobia (el guión) a tocar superficies o no, depende muy mucho de lo desagradable de la experiencia; pero lo importante es que no somos libres de elegir el significado de la experiencia. *En una crisis los significados se imponen, por lo menos a corto plazo.* No hay manera de evitar un significado negativo, si pudiéramos manipular los significados probablemente las crisis no lo serían tanto. El profesional que interviene en el momento del impacto no

puede evitar lo negativo de la conclusión, *todo lo que puede hacer es unir algo positivo a lo negativo que ha sucedido*, confiando que a la víctima le será difícil pasar (generalizar) de un mensaje negativo a un guión de vida negativo: en una intervención que no duró más de cinco minutos, el médico explicó a la joven del hospital que se le iba a hacer una cirugía plástica que le haría desaparecer el costurón que le afeaba el rostro. La intervención *no* hizo desaparecer la cicatriz del rostro, ni el trauma del terremoto que la originó, pero asoció una experiencia positiva de atención personal y de reparación de daños que tuvo un impacto emocional considerable. Este es quizás el aspecto más curioso de la intervención en emergencias, la falta de relación entre la capacidad de solucionar problemas de la intervención (que es pobre), y el enorme significado emocional que, no obstante, tiene.

Esta forma sencilla de conceptualizar la intervención, centrarse en unir algo positivo a lo negativo que acaba de ocurrir, nos ayudó (nos ayuda) a orientarnos sobre qué hacer en el caos y alto contenido emocional que suele ser característico de las intervenciones en crisis en los momentos posteriores al impacto.

2. **El valor del relato del acontecimiento traumático.** En un trabajo sobre la revisión de la investigación sobre el trauma (MacIntosh y Whiffen, 2005) se concluía que al recordar acontecimientos traumáticos se activa la parte derecha del sistema límbico y paralímbico, la amígdala (adscripción del significado emocional a una experiencia) y el cortex visual, mientras que el hipocampo (almacenaje de recuerdos) reduce su volumen (consecuencia: se perciben como amenazantes estímulos que son ambiguos). Lo que quizás resulte tan llamativo como inesperado es que el área de Broca (control del lenguaje) se *desactiva*, es por ello que resulta difícil poner en palabras la experiencia traumática. Complementariamente otros autores han investigado el valor del relato del trauma (por ejemplo, Raphael y Wilson, 2000; Richards, 2001; Wessely y Deahl, 2003; Regel, 2007), no sólo cuestionando lo que ha sido un lugar común en el trabajo, el valor de contar lo que le sucedió a la víctima, sino encontrando cierta evidencia de que, por momentos, resulta perjudicial. Por otro lado tanto los procedimientos derivados del psicoanálisis como de la modificación de conducta (por ejemplo, Follette y Ruzek, 2006; Foa *et al.*, 2009), han insistido,

por razones diferentes, en la necesidad de que las víctimas tengan y verbalicen un relato pormenorizado de lo que les pasó.

En las emergencias nos encontramos con que unas víctimas cuentan de forma interminable lo que les ha ocurrido y otras están más o menos bloqueadas, correspondiendo a las dos disfunciones de la memoria de la que hablan los autores (por ejemplo, Hart, Steele, Boon y Brown, 1993; Kolk, 1994). El problema se presenta con aquellos que se niegan a contar lo que les ocurrió. Nuestro criterio fue el de responder a la necesidad que el sujeto manifestara en el momento, fuera esa hablar de lo que le ocurrió o fuera otra, y no forzarle a hablar (ni siquiera sugerírselo). Asumíamos que *responder a la necesidad del momento era la forma más fácil de unir algo positivo a lo negativo del trauma*, y que eso dificultaba la construcción de un guión negativo (generalización). Complementariamente, una vez obteníamos el relato nos esforzábamos primero en una escucha en la que lo importante era contener y validar lo que hizo, pensó y sintió la víctima (como una reacción adecuada a las circunstancias). En segundo lugar, y si el tiempo disponible y las condiciones de la persona lo permitía, buscábamos el mensaje recibido (concluido) de la experiencia traumática, asumiendo que identificarlo permite entender qué pasó y sus consecuencias, y posibilita cambiar el guión de vida. La fórmula que empleamos pide al paciente un relato pormenorizado que distinga entre hechos, pensamientos y sentimientos y busca relacionar lo que pasó con las circunstancias vitales de la víctima y del episodio traumático. Además de la identificación del mensaje, suele concluirse una imagen de competencia de la víctima en la gestión del incidente crítico.

El hecho de que en torno al 70% de los afectados en una crisis masiva no tengan secuelas psicopatológicas (otra cosa es que lo que pasó no afecte a sus vidas), implica que en realidad nuestra actuación profesional no tiene porque ser ni compleja, ni prolongada. A quienes trabajamos en el campo de crisis y trauma nos sigue resultando sorprendente la diferencia entre la actuación en el momento del impacto (Psicología de Emergencias) y la realidad de nuestras consultas con pacientes traumatizados. Sorprende que resulte suficiente una intervención de no más de 15 minutos de naturaleza psicoeducativa, de contención, centrada en un síntoma y orientada a cumplimentar una necesidad básica, sobre todo si la

comparamos con la intervención con personas que llevan tiempo traumatizadas que necesitan un trabajo más prolongado y una considerable destreza clínica.

Caracterizar el 20% ó 30% que resulta seriamente afectado desde el punto de vista de salud mental es importante en términos de prevención. Factores como el grado de exposición al estresor traumático y de activación neurofisiológica, la repetición de traumas y que éstos lo sean de índole interpersonal (causados por la mano del hombre) parecen jugar su papel.

### **De la Psicología de Emergencias a la Intervención Psicosocial**

En algún momento de la trayectoria temporal del trauma (ver figura 1) empieza a quedar claro que intervenciones de tipo comunitario tienen un mayor impacto psicológico que actuaciones de tipo individual. En Haití al cabo de unos meses se nos hizo patente que la violencia familiar y la depresión, por poner dos ejemplos, se debían más la pobreza que a los efectos tardíos del terremoto. Las mujeres presionaban a sus maridos para que les trajeran comida para sus hijos, la falta de trabajo y la pobreza generalizada lo hacía imposible, lo que aumentaba la presión dentro de la pareja lo y disparaba la violencia, el abandono de la pareja y los hijos y la depresión de las mujeres. No tenía sentido tratar este tipo de problemas con psicoterapia, teníamos que pasar de la intervención individual de los estados emocionales al desarrollo de los aspectos más básicos de funcionamiento de la comunidad como la forma más eficaz de tratar los estados emocionales de los individuos. La intervención no se dirigía (no se dirige) sólo a que la comunidad se apoye en las penalidades que colectivamente han padecido (lo que, por otra parte, ni se niega, ni se evita), sino a restaurar un funcionamiento social que garantice necesidades básicas de sus individuos. *La intervención se orienta más a la restauración del funcionamiento social que a fomentar el apoyo emocional intra-comunitario en las experiencias colectivas sufridas.*

En todas las catástrofes de carácter masivo pasa lo mismo, las ONGs intervinientes juegan su papel en la puesta en marcha del funcionamiento de la comunidad afectada, es la administración local la que en un momento dado asume primero la coordinación de los esfuerzos y después los esfuerzos mismos con una participación mucho más restringida de la ayuda externa. La diferencia con Haití es que este proceso de asunción de la coordinación y de la rehabilitación no se ha producido, o se produce de forma muy lenta; con la vehemente sospecha de los afectados y de las ONGs sobre el terreno de que eso no va a ocurrir nunca.

Las consecuencias de tal estado de cosas son múltiples y matizadas, y van desde asumir (las ONGs) que hay que entrenar a las autoridades en cómo organizarse y gestionar recursos para el desarrollo de sus comunidades (campos de refugiados), hasta un profundo trabajo de coordinación entre ellas para elevar el grado de competencia en los servicios que prestan. Ni lo uno, ni lo otro resulta fácil. Las ONGs se definen por funciones que, por lo general, no incluyen tener que entrenar a las autoridades en cómo organizarse y gestionar recursos, todo lo que se plantean son fórmulas de *colaboración*, no de *entrenamiento*. Además para llegar a poder entrenar a las autoridades locales hace falta desarrollar toda una relación previa que haga aparecer a los intervinientes con *autoridad moral* y no exactamente con un poder derivado de su *estatus* que en realidad no tienen (no pertenecemos a ningún organismo local).

Por otro lado y cuando las ONGs responden a la desorganización reinante con fórmulas de agrupamiento (los *cluster*, por ejemplo) que mejoren sus prestaciones y optimicen recursos, utilizan fórmulas de coordinación y procedimientos de intervención de un grado de sofisticación que puede hacer muy difícil a la población local (de afectados y de profesionales) incorporarse a la toma de decisiones y a los programas de intervención mismos. En Haití la población de los campamentos difícilmente puede acceder a los recursos de los *clusters* porque la mayoría están en internet y en los campamentos ni hay electricidad, ni hay ordenadores, ni dinero para pagar la conexión a internet. Además cuanto más eficaces son las ONGs en la administración de servicios básicos más se apropian de funciones que deberían ser de la administración local que reacciona con una suspicacia creciente; al fin y al cabo a ninguna administración le gusta ver sus funciones asumidas por extraños, a esto nos referíamos antes cuando afirmábamos que en Haití, *de facto*, probablemente se ha llegado a una injerencia por motivos humanitarios. Quizás sea ésta una de las razones de las tensas relaciones entre el gobierno haitiano y las ONGs.

Finalmente, por finalizar este análisis en algún sitio, se coloca en los hombros de los intervinientes una responsabilidad indebida. Asumidas funciones básicas para la supervivencia de las comunidades, cualquier fallo de organización, de relación con los líderes locales o con otras ONGs, en la aplicación de los programas, puede tener consecuencias muy serias para las víctimas, lo que no es necesariamente malo porque conscientes de esa responsabilidad se fuerzan políticas de colaboración.

La filosofía de la Intervención Psicosocial se basa en la necesidad de fomentar la cohesión de los grupos que han sufrido algún tipo de experiencia traumática común. En

una primera etapa el aumento de la cohesión grupal resulta en un aumento de la capacidad de ayuda mutua que funciona como un catalizador hacia objetivos posteriores que se orientan a la acción y no sólo al apoyo emocional (fase de rehabilitación) (Speck y Attneuve, 1974; Navarro Góngora, 1991).

En el terremoto de Haití pusimos en marcha diferentes tipos de programas psicosociales en los cinco escenarios en los que intervenimos: hospitales y albergues de refugiados haitianos en Santo Domingo, refugiados haitianos en Jimaní (República Dominicana, al lado de la frontera) y los campamentos de Fond Parisien y Croix des Bouquets (CDB) e Haití. Excepto en los hospitales, en todos los otros lugares trabajamos en un equipo mixto de psicólogos y médicos que proporcionaban asistencia sanitaria a la población, mientras que nosotros asumíamos el trabajo de salud mental y de intervención psicosocial.

En los albergues nuestro objetivo fue que los médicos *enseñaran* rehabilitación a los mutilados por el terremoto y a sus familiares o cuidadores, y no sólo que aplicaran la fisioterapia, asumiendo que una vez en Haití era más que probable que no tuvieran un profesional y dependieran de sí mismos y de sus familiares para la continuidad de la rehabilitación. El tema de la rehabilitación tenía en el contexto haitiano además de un obvio sentido médico, un sentido de supervivencia. Debido a la pobreza reinante, tener en la familia una persona mutilada significaba un recurso menos y una boca más que alimentar, de forma que la familia tendía a abandonarlo.

La comunidad de refugiados de Jimaní funcionó como un campo de pruebas, y algunas de las ideas las intentamos exportar a CDB. Los programas que se pusieron en marcha con mejor o peor fortuna fueron sobre desarrollo económico, educación, sanidad y agricultura de supervivencia, en todos ellos se siguió un modelo de cooperativas, una de nuestras psicólogas (Tijilde Serrata) llevaba la coordinación de los programas que incluía fundamentalmente tres aspectos: seguimiento de los programas, identificación de los problemas, identificación de recursos comunitarios para su solución y propuestas de solución.

Lo mismo que en Jimaní, en el campamento de CDB la intervención psicosocial corrió paralela a un programa de atención médica. Una vez identificados los problemas elegimos aquel que los líderes consideraban prioritario, la violencia sexual, para incrementar la cohesión en la población (unos cinco mil asilados), utilizando como agentes a un grupo de enfermeras locales que empezaron una labor de contacto e información a las afectadas. Posteriormente y presionados por necesidades muy básicas

(alimentación, higiene, educación), ayudamos a los líderes a organizarse y gestionar las necesidades del campamento negociando con ONGs y autoridades, siendo esta, probablemente, la intervención de mayor calado. Algunos de las reflexiones que toda esta experiencia comunitaria nos provocó la hemos recogido más abajo:

- a) Organizar, estructurar y cohesionar la comunidad, normalizar su funcionamiento, tiene un profundo impacto psicológico, que resulta más poderoso que las intervenciones individuales. Todas estas intervenciones siguen las líneas maestras de lo que son las necesidades básicas de las comunidades: alimentación, seguridad, sanidad, vivienda, higiene, educación... *El denominador común, y el objetivo último es volver operativa la comunidad en relación con sus propios problemas.* Los programas psicosociales no son la única forma en que la comunidad obtiene cohesión en relación con una necesidad y se abre a la acción, juegan un papel probablemente más fundamental los rituales colectivos. En la comunidad haitiana las ceremonias religiosas juegan un papel fundamental en la cohesión y en la elaboración de las experiencias sufridas. Colaborar con quienes tienen acceso a la comunidad a través de tan poderosos medios de cohesión resulta decisivo.
- b) Nuestro grupo de intervención en crisis es bastante atípico, somos un grupo universitario (UNIBE de santo Domingo, de Copenhague y de Salamanca), de médicos y psicólogos especialistas en intervención en crisis (de hecho directores de máster en Intervención en Crisis). Nuestra área de intervención comprendía tanto la atención médica como la intervención psicosocial. Nuestra falta de adscripción a una ONG u organismo internacional, junto con nuestra orientación teórica al conjunto de la población (Caplan, 1989) pensamos que nos ha facilitado el cambio de objetivos dependiendo de las necesidades de las poblaciones con las que hemos venido trabajando: de enseñar rehabilitación médica, a programas de recuperación económica, puesta en marcha de educación informal, entrenamiento de líderes comunitarios en la gestión de necesidades de la población, entrenamiento de enfermeras en tratamientos médicos sencillos (incluido el cólera). Una ONG definida por un objetivo y un segmento de la población puede tener más difícil este cambio de objetivos.

El reverso de la moneda de esta falta de adscripción es no poder apoyarse en un nombre que facilitara el acceso a los distintos lugares en los que intervenimos: hospitales, albergues y campamentos de refugiados en Haití. En

este sentido las cartas de presentación de la Dirección General de Salud Mental de la República Dominicana y de la Universidad de Salamanca jugaron su papel. Pronto desarrollamos un protocolo de entrada: presentación ante la autoridad del albergue o del campo, con ellas/os hablábamos sobre quiénes eran las personas necesitadas de ayuda (o cuáles eran los problemas). Al finalizar volvíamos a hablar con ellos/as informándoles de las intervenciones realizadas. Pronto nos dimos cuenta que contactar con la dirección antes y después de la intervención era una manera informal de facilitar el *debriefing*, de ayudarles psicológicamente, a la vez que consolidábamos la relación con ellos y consiguientemente su confianza en nuestro trabajo. Seguramente al lector no le resultará extraño que las mayores complicaciones no provinieran de la colaboración con los directores sino de la colaboración con otras ONGs. A día de hoy (junio, 2011), las ONGs se han repartido el país en áreas de trabajo, y han desarrollado fórmulas de coordinación, de programas y objetivos, de forma y manera que cuando lo que se les propone no encaja con lo que han definido resulta muy difícil la colaboración. Más adelante haremos algún otro comentario al respecto.

- c) Las situaciones de catástrofes masivas convocan a muchas ONGs de muchos países. Lo masivo de la afluencia conlleva toda una serie de problemas, en Haití hemos sido testigos de varios. En los primeros momentos hubo un problema de coordinación y de protocolos de actuación. La coordinación tenía que ver, en primera instancia, con cómo iban a colaborar sobre el terreno grupos de intervención de países diferentes, con objetivos, poblaciones diana y procedimientos más o menos comunes, ¿quién tenía que asumir la coordinación? En un país devastado, a una administración precaria, muy necesitada de la ayuda exterior, le resultaba muy difícil controlar qué ONGs estaban operando, con qué recursos contaban, cuáles eran sus objetivos y ejercer una muy necesaria función de coordinación. Orientadas hacia poblaciones de riesgo, muchas de las ONGs intervinientes tenían un mismo objetivo y una misma población, mientras que otras poblaciones y otros problemas se encontraban sin recursos, por ejemplo para la formación profesional de hombres no afectados por el terremoto. Asumir que las organizaciones que tenían duplicadas funciones y poblaciones se auto-excluirían para evitar duplicaciones era irreal. El resultado fue la competencia por las poblaciones-diana.

La estrategia de organización pasa por ayudar a agrupar a las asociaciones con un mismo objetivo y que trabajan con una misma población; esta es la idea de los *cluster*. A falta de una administración local que cumpla ese objetivo, los organismos internacionales (OMS, por ejemplo), ayudan en los contactos, y hasta cierto punto organizan (como en la campaña de vacunación lanzada recientemente por el gobierno haitiano); fomentan los contactos, pero lógicamente prefieren que sean las propias ONGs quienes negocien entre ellas y alcancen acuerdos sobre cómo colaborar, dónde trabajar y con qué medios.

Todo este proceso de coordinación, colaboración y gestión de recursos entre las organizaciones intervinientes implican acuerdos que más temprano que tarde se ven obligados a reformular. Por lo general las ONGs tienen periodos relativamente cortos de permanencia en el lugar de la catástrofe; a los seis meses muy pocas de ellas siguen teniendo un presupuesto que les permita la permanencia en el campo, ello fuerza la necesidad de rediseñar los acuerdos más o menos constantemente. En una crisis como la de Haití que ha salido de una catástrofe a una situación (crónica) de alto estrés con necesidades importantes y a largo plazo, la desaparición de ONGs supone la pérdida de recursos y un problema muy serio. Finalmente los procedimientos de coordinación y gestión de recursos de las ONGs pueden resultar esotéricos para los profesionales locales e inaccesibles para la población afectada, todo ello redundando en serias dificultades para participar en la toma de decisiones y en un progresivo distanciamiento que se traduce en tensiones difícilmente evitables con la administración local, tal y como apuntamos más arriba.

El otro tema es el de los protocolos de intervención. Toda una serie de organismos internacionales se han preocupado en desarrollar procedimientos (por citar algunos de los más importantes, Cruz Roja, ACNUR, IASC, OMS, SPHERE), que haga homogénea la forma de actuar y evite una victimización secundaria de los profesionales. El primero de los problemas es que no todos los intervinientes los conocen, y cuanto mayor es la afluencia más posibilidades de que quienes acuden lo hagan movidos por su deseo de ayudar como todo protocolo de actuación. Resulta clave que la intervención se oriente hacia: 1. Dar respuesta a necesidades básicas de la población (para lo cual se necesita evaluar cuáles son esas necesidades básicas). 2. Dar participación a la población afectada en todo y cada uno de los procesos ligados a la evaluación e

intervención. 3. La forma en que se cumplimentan necesidades básicas debe aprovecharse, además, para generar estructura y organización dentro del grupo social. 4. Si la situación de necesidad se prolonga en el tiempo, lo que es el caso de Haití, es muy importante que la estructura creada por la intervención se mantenga en el tiempo; su permanencia genera esperanza y sirve como catalizador de nuevas acciones. La esperanza en situaciones de estrés crónico alto es la condición de posibilidad para emprender nuevas acciones.

Los protocolos de intervención psicosocial de las agencias internacionales cubren los aspectos que hemos mencionado en el punto anterior. Finalmente la puesta en marcha de un programa (nutrición, seguridad, educación, sanidad, desarrollo económico, etc.) termina en una malla de problemas, detalles y acciones que van mucho más allá de lo que su mero contenido haría pensar. Hay que entrar en el campamento, evaluar, empezar a implantar un programa a partir de un grupo-diana que puede rehusar la cooperación con extranjeros, mantener el programa, dar participación en la evaluación, intervención y gestión del programa a la población y a los profesionales locales (a los que hay que entrenar), y finalmente dejar todo ello en sus manos de una forma tal que asegure su supervivencia. Todo está en los protocolos, pero finalmente compone un perfil profesional tanto más exigente y sofisticado cuanto más crónico sea el problema y cuanto menor sea la capacidad de la administración local para realizar ese trabajo, lo que es el caso de Haití.

### **El cuidado de los profesionales intervinientes**

No podemos dejar de hacer una mención a la organización del equipo de intervención. El cuidado de los profesionales hace su función más eficaz, y en último término la posibilita. En el cuadro 1 hemos hecho un breve resumen de algunos aspectos de este cuidado.

## Medidas de protección y apoyo a los profesionales

Momento	Tipo de apoyo
<b>Pre-intervención</b>	Criterios de intervención psico-social basados en el respeto a los derechos humanos Definición de funciones a realizar Información previa sobre el escenario de la crisis masiva Entrenamiento específico en crisis y trauma Coherencia y apoyo de la institución a la filosofía de la intervención
<b>Durante la intervención</b>	Trabajo en pares Limitación del tiempo de exposición (rotaciones) Entrenamiento en ayuda mutua Supervisión (caliente y fría) Apoyo por la relación con el equipo Apoyo por la relación por la familia (pareja) Programa de seguridad si el contexto es violento
<b>Post-intervención</b>	Debriefing profesional y emocional

Cuadro 1. Medidas de protección y apoyo a los profesionales intervinientes en una situación de catástrofe masiva.

En nuestra experiencia en Haití tuvimos que combinar medidas de apoyo a nuestro trabajo con medidas de protección (de seguridad), cuando, próximas las elecciones, el clima político de país se enrareció. Las medidas son pre, durante y post-intervención.

Entre las medidas pre-intervención al autor le parece importante recalcar que en caso de duda y en ultimo extremo *el manual de intervención ha de basarse en el respeto a (y la promoción de) los derechos humanos*. Después el interviniente debe saber que de su actuación, de su capacidad de colaborar y de acertar en lo que hace, de saber promover la iniciativa de la población afectada deriva no sólo un mayor bienestar de las víctimas sino que en situaciones especialmente difíciles, como la de Haití, la posibilidad de supervivencia misma de la población. Por eso es importante saber cuál es el escenario al que vamos.

Como expertos en salud mental nuestro entrenamiento debe incluir cómo abordar a la población afectada, cómo ayudarla, pero todo lo expuesto a lo largo del punto anterior deja claro que, además, debemos saber cómo entrar en una situación crítica, cómo colaborar con otros intervinientes en el campo, como incluir (y entrenar) a la población y a los profesionales locales, cómo mantener un programa en el tiempo, cómo devolver la iniciativa a la población afectada. *Probablemente el éxito de la*

*intervención no se mida sólo por el número de personas atendidas, sino más bien por la capacidad de movilizar la auto-gestión de la población y de los profesionales afectados.* Ello es tanto más crítico cuanto más crónica es la crisis y menos capacidad de auto gestión tengan las autoridades locales.

Durante la intervención, y una vez se conocen los protocolos de actuación y razonablemente se cumplimentan los requerimientos del punto anterior, nos parece importante el sistema de apoyo de los intervinientes. Probablemente no podamos evitar ser afectados, y menos cuando se está expuesto sin posibilidad de salir de la situación, y todo lo que podamos hacer es protegernos del impacto. Quizás la medida más general, pero también de más amplio alcance, tenga que ver con el papel de las relaciones personales del interviniente. El cuadro 1, distingue entre relaciones familiares (de pareja) y relaciones con los miembros del equipo y también con amigos íntimos. Las relaciones protegen no sólo porque uno puede hablar de forma significativa, sino por su mera existencia y calidad. *Lo importante no es sólo relatar lo que te pasó, sino poder estar con alguien que sentimos significativo; eso protege y consuela.* El equipo con el que trabajas cumple una triple misión: te orienta profesionalmente, te apoya emocionalmente, pero también es tu grupo de referencia (de amigos). Estar con ellos, y eventualmente hablar, tiene este triple carácter; quizás en un sentido profundo en eso consiste el *debriefing*.

Resulta curioso comprobar que un mismo evento pueda narrarse a tus compañeros de equipo con una carga emocional diferente que a tu pareja, siendo los efectos diferentes (y hasta notablemente diferentes). Muchos profesionales no hablan de lo que han vivido con sus parejas, es una forma de protegerlas (y de protegerse), pero no hay mayor consuelo, ni forma más rápida de recuperar el equilibrio después de una experiencia difícil que escuchar a tu pareja decir, *si tú lo has podido ver, yo puedo escucharlo.*

Nosotros tuvimos la fortuna de contar además de las discusiones de equipo sobre el terreno con un tipo de supervisión *en frío*; contactábamos con Alfredo Guijarro, presidente de la Asociación Española de Psicología de Emergencias, por internet, todos los martes desde la semana siguiente al terremoto y hasta el presente, lo que ha constituido una fuente impagable de ideas, de discusión de alternativas, de apoyo, que en su conjunto ha servido para tener claridad sobre las líneas a seguir dejando sólo un cierto margen para lo inevitable de la improvisación. Creemos que este tipo de experiencia de consulta a distancia, sin la urgencia y dramatismo de lo inmediato, es

innovador por un lado e implica un tipo de apoyo que haríamos bien en incorporar como procedimiento estándar a los intervinientes que tienen que trabajar en contextos lejanos y difíciles.

### **Conclusiones:**

1. La salida de una crisis hacia otra sucesión de crisis y/o a una situación crónica de alto estrés (pobreza, por ejemplo), no sólo complica la recuperación de las personas, sino que tiene consecuencias en términos de salud mental más serias. La situación sufre una vuelta de tuerca adicional si, como sucede en Haití, la administración del país no puede hacerse cargo de la recuperación.
2. Las crisis imponen mensajes susceptibles de generar un guión de vida. La intervención en el momento de la emergencia asocia un mensaje positivo al negativo, lo que puede ayudar a que no se generalice el mensaje negativo.
3. Quizás el primer movimiento del profesional en una situación de crisis no sea tanto preguntar por lo que pasó como preguntar qué necesita la víctima en ese momento.
4. La reconstrucción del funcionamiento básico de la comunidad es, quizás, la mejor forma de ayudar a las víctimas en fases avanzadas del trauma. La intervención psicosocial se orienta a que la población y los profesionales afectados sean quienes asuman la reconstrucción de la comunidad, y no sólo a un programa de prestaciones.
5. La puesta en marcha de programas psicosociales va más allá del programa mismo, incluye aspectos como la colaboración con la administración local y con las ONGs en el campo, entrenamiento de profesionales, la identificación de aquellos temas que puedan generar los primeros pasos en la cohesión del grupo, la apertura a la acción, etc.
6. La imposibilidad de la administración local para hacerse cargo de la reconstrucción tensa las relaciones con las ONGs en la medida en que éstas se ven en la necesidad de asumirla.
7. La forma relativamente sofisticada en que las ONGs se organizan las vuelve más eficaces en su gestión de los programas, pero puede dificultar la participación de la población y de los profesionales locales en la toma de decisiones de alto nivel (planificación y gestión de las actuaciones).

8. Los profesionales intervinientes han de tener como primera inspiración y como última referencia en sus intervenciones la defensa de los derechos humanos. En su cuidado juega un papel importante tener relaciones significativas personales y de cierta significación con el equipo con el que trabajan. Siempre que la situación lo requiera, la planificación de la intervención tiene que incluir necesariamente la seguridad de los profesionales.
9. Una supervisión con profesionales fuera del área de intervención resulta hoy posible a través de internet, introduciendo en la dinámica del trabajo de campo una reflexión al margen de las preocupaciones y presiones del momento.

## Referencias

- Caplan, G (1985) *Principios de Psiquiatría preventiva*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Caplan, G. (1989) *Population Oriented Psychiatry*. New York: Human Science Press.
- 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.
- Dyregrov, A., Solomon, R. y Bassoe, C. F. (2000) Mental mobilization processes in critical incidents stress situations. *International J. of Emergency Mental Health*. Vol. 2, nº 2: 73-81.
- Hart, O. van der, Steele, K., Boon, S. y Brown, P. (1993) The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization and integration. *Dissociation*. Vol. 3, nº 2 y 3: 162-180.
- Kolk, B. van der (1994) The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of the post-traumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*. Vol. 1, nº 5: 253-265.
- Kolk, B. van der (1996) Dissociation, affect dysregulation, and somatization. *American J. of Psychiatry*. Vol. 15, nº7: 83-93.
- Luxenburg, T., Spinazzola, J., Hidalgo, J, Hunt, Ch. Y Kolk, van der (2001) Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS). Diagnosis. Part I: Assessment y II. Treatment. *Psychiatry*. Vol. 21: 372-392, 395-413.
- MacIntosh, H. B. y Whiffen, V. E. (2005) 20 years of progress in the study of trauma. *J. of Interpersonal Violence*. Vol. 20, nº 4: 488-492.
- Navarro Góngora, J. (1991) Intervención en grupos sociales. *Revista de Psicoterapia*. Nº 6-7: 5-33.
- Raphael, B. y Wilson, J. P. (2000) *Psychological debriefing. Theory, practice and evidence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Regel, S. (2007) Post-trauma support in the workplace: The current status and practice of critical incident stress management and psychological debriefing within organizations in the UK. *Occupational Medicine*.
- Richards, D. (2001) Afield study of critical incident stress debriefing vs critical incident stress management. *J. of Mental Health*. Vol. 3, nº 3: 351-362.
- Speck, R. y Attneave, C. (1974) *Redes familiares*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

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

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