

Carlos Martín Beristain,  
Giorgia Donà

# Enfoque Psicosocial de la Ayuda Humanitaria

Textos básicos

Universidad de  
Deusto

• • • • •

Instituto de  
Derechos Humanos

# Ayuda Humanitaria



# Enfoque Psicosocial de la Ayuda Humanitaria



Carlos Martín Beristain / Giorgia Donà

# Enfoque Psicosocial de la Ayuda Humanitaria

1997  
Universidad de Deusto  
Bilbao

## Serie Ayuda Humanitaria

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo del editor.

Publicación impresa en papel ecológico

© Universidad de Deusto  
Apartado 1 - 48080 Bilbao  
ISBN: 978-84-9830-894-5

El objetivo de esta serie de textos básicos es la publicación de materiales originales y de relevancia que desarrollen los distintos aspectos que intervienen en la Ayuda Internacional Humanitaria. En este campo tan novedoso y actual se entremezclan elementos teóricos y prácticos, una clara componente interdisciplinar y una dimensión ineludiblemente internacional.

El Instituto de Derechos Humanos de la Universidad de Deusto con esta serie investiga y ofrece los resultados de esta indagación en una de las áreas más problemáticas de la relaciones internacionales contemporáneas. A este respecto, la serie desarrolla, entre otros, los aspectos geopolíticos, jurídicos, antropológicos, psicosociales, médicos, medioambientales, éticos y de gestión de la ayuda humanitaria. Estas publicaciones se inscriben dentro de la red NOHA (Network on Humanitarian Assistance) y del Diploma de Ayuda Humanitaria que desde hace años, varias universidades europeas estamos desarrollando bajo los auspicios de ECHO (European Commission Humanitarian Office).

La serie pretende poner a disposición tanto de los estudiosos como de los profesionales de ONGs y organizaciones internacionales, materiales valiosos escritos por reconocidos expertos en este campo.

*Jaime Oraá*  
Director del Instituto de  
Derechos Humanos Pedro Arrupe



# Índice general

Abreviaturas .....	11
Prólogo .....	13
Introducción .....	19
Capítulo 1. La experiencia de las personas y comunidades afectadas por desastres y crisis sociopolíticas .....	25
Capítulo 2. Cooperantes .....	43
Capítulo 3. Interacciones Transculturales .....	55
Capítulo 4. Intervenciones Psicosociales .....	65
Conclusión .....	75
Bibliografía .....	77



# Abreviaturas

UNICEF: Organización de Naciones Unidas para la Infancia.

UMNCR/ACNUR: Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados.

WMO/OMS: Organización Mundial de la Salud.

PTSD: Trastorno de Estrés Post-Traumático.

ONG: Organización No-Gubernamental.



## Prólogo

El lector tiene entre manos un texto que unifica experiencia y reflexión. Si esto es un fenómeno poco frecuente, dada la disociación que habitualmente existe entre las dos, el problema es aún más fuerte en el área de la intervención psicosocial humanitaria internacional. Esta área se ha desarrollado de forma importante en las décadas recientes: en 1971 se asignaron 200 millones de dólares a la ayuda de víctimas de catástrofes. En 1996 los gobiernos asignaron 1.600 millones de dólares únicamente a la ayuda humanitaria a Ruanda (*El Correo*, 12 de junio de 1997, p. 53).

El desarrollo de las ONG y de las misiones internacionales de ayuda humanitaria han acompañado a la evolución de la inversión económica. Este desarrollo no implica necesariamente una mayor eficacia, ya que como afirma un texto de Médicos sin Fronteras: «La acción humanitaria está despertando en todo el mundo una pasión sin precedentes. Sin embargo, no tenemos la certeza de que las víctimas se beneficien de ella.» (Destexhe, 1995). Sólo recientemente algunas organizaciones como la Cruz Roja han establecido una serie de criterios psicosociales para evaluar la eficacia de las acciones humanitarias internacionales (*El Correo*, 12 de junio de 1997, p. 53). Si la eficacia médica de las acciones humanitarias es un interrogante, el impacto psicosocial positivo de éstas es aún más discutible. La gran ventaja del trabajo que prologamos es su sensibilidad ante la dimensión psicosocial de la cooperación humanitaria internacional. Si bien no reemplaza al aprendizaje procedimental, de terreno y experiencial, este libro amplía los horizontes de las personas interesadas en la cooperación humanitaria internacional.

Otro aspecto positivo a destacar del texto es su apoyo en una experiencia de primera mano con poblaciones en peligro —particularmente en

América Central. Finalmente, la información que se entrega es realmente trans-cultural: si bien los autores anglosajones más relevantes se citan, también se hace referencia a la reflexión de psiquiatras, psicólogos, cientistas sociales y trabajadores de diferentes áreas del tercer mundo.

El primer apartado presenta la experiencia de las poblaciones en peligro y expuestas a catástrofes humanitarias. Se exponen las respuestas colectivas típicas ante situaciones extremas y se critica las visiones irracionales de la conducta de masas. También se revisan en esta parte el clima emocional de miedo y sus correlatos de inhibición conductual, comunicacional y de apatía, así como el concepto de trauma y los síntomas ante hechos traumáticos, insistiendo en el carácter normal y adaptativo de las respuestas de tristeza y de miedo. Se discute el concepto de salud mental en sus dimensiones individual, comunitaria y vinculada a los derechos humanos. La evolución y cambio de las experiencias traumáticas, cómo afectan éstas a niños, adultos y ancianos, así como el papel protector del apoyo social y de las formas de afrontamiento directo y de regulación emocional, también se discuten en este apartado.

Otro aspecto positivo del texto es que evita tanto una concepción «sobresocializada» de las personas como el reduccionismo psicologista. La suposición de que todos los sujetos de una cultura colectivista y de alta distancia al poder actúan de la misma manera es un ejemplo de lo primero. El texto insiste suficientemente en la variabilidad inter a intra-cultural.

El reemplazo del análisis del contexto y la dinámica social por la aplicación a la sociedad del diagnóstico de PTSD, es un ejemplo de lo segundo. Estamos totalmente de acuerdo con la idea de que las intervenciones psicosociales deben utilizar instrumentos, conceptos e indicadores de tipo comunitario o colectivo, que hagan referencia a procesos psicosociales y no a procesos intrapsicológicos —y menos aún de carácter psicopatológico.

También escapa el texto a la tendencia al relativismo cultural apriorístico. Aunque se asocia a posiciones progresistas y post-modernas, el relativismo cultural, al plantear que cada cultura tiene sus propias experiencias y conceptos psicosociales, que son intraducibles a otras culturas, lleva en última instancia a postular la inutilidad de la cooperación internacional. Esta posición niega, por un lado, la común base evolucionista de la humanidad, y sobre todo, ignora que todas las sociedades deben enfrentar problemas sociales similares: ambos fenómenos, la base socio-biológica común, y procesos socioestructurales similares, se conjugan para que podamos identificar una serie de hechos psicosociales comunes a todas las sociedades —como una serie de emociones básicas a las que el texto hace referencia.

La utilidad de los conceptos e instrumentos generados en la cultura occidental individualista y de media-baja distancia al poder, exige que se contrasten en investigaciones transculturales —de psiquiatría, psicología y sociología. Se sabe, por investigaciones previas sobre la depresión, que los aspectos motivacionales y somáticos de los trastornos depresivos son universales. Sin embargo, la culpa y la vergüenza son menos frecuentes entre personas no occidentales, de culturas más colectivistas. Estas últimas tienden a expresar la depresión somáticamente (Terrell, 1994). Se ha confirmado que es frecuente que los refugiados expresen somáticamente la ansiedad y la depresión (De Girolamo, 1994; Orley, 1994; Mollica, 1994).

También se ha confirmado que refugiados provenientes de culturas colectivistas orientales (camboyanos) presentan menos culpabilidad de sobrevivencia (Friedman y Jaranson, 1994). En otras palabras, se ha confirmado que la variabilidad cultural de expresión de síntomas encontrados en poblaciones normales se reproduce entre refugiados.

Si estos resultados apoyan la variabilidad transcultural, también hay que evidenciar que apoyan la universalidad —en particular de las respuestas emocionales más básicas. Una de las críticas frecuentes al PTSD es que generaliza el síndrome encontrado en poblaciones occidentales a poblaciones de América, África y Asia. Mientras que las reminiscencias, la hiperreactividad, y en menor la evitación conductual, eran frecuentes según informantes claves entre refugiados mayas de Guatemala, la evitación cognitiva y la inhibición o anestesia afectiva no lo eran (Martín Beristain, Valdoseda y Páez, 1996).

La hiperactividad y las reminiscencias parecen tener una base neurológica y son respuestas emocionales más simples, mientras que la anestesia afectiva y la evitación son respuestas más complejas. Estas últimas probablemente se ven más afectadas por cómo las personas evalúan e interpretan los hechos en cada cultura y muestran una menor generalidad (Friedman y Jaranson, 1994). En síntesis, en base a la evidencia parcial con refugiados asiáticos y latinoamericanos, podemos pensar que las reminiscencias y la hiperreactividad son respuestas ante hechos traumáticos que estarán presentes generalmente en refugiados.

Como subraya adecuadamente este trabajo, para entender la reacción ante traumas y catástrofes socio-políticas es importante que se tomen en cuenta los aspectos sociales, tales como el nivel de apoyo social y el significado de las acciones de guerra. Los trastornos de PTSD eran más frecuentes en EEUU entre los veteranos de guerras impopulares como la de Vietnam que entre guerras que habían tenido más apoyo popular, mostrando que la representación social de una guerra como impopular y la falta de apoyo social a los veteranos refuerzan la sintomatología indivi-

dual. Mientras que el nivel de síntomas de PTSD en veteranos británicos de las Malvinas era inclusive superior al de los veteranos de Vietnam, la mayoría de las personas estaba bien adaptada socialmente —confirmando que un alto apoyo social y una representación social de una guerra como justa y triunfal regulan la respuesta afectiva individual. Algo similar se observó en los veteranos de guerra en la época sandinista de Nicaragua (Summerfield, 1996), mientras que el período post-sandinista, en el que se han retirado las ayudas que tenían los veteranos y lisiados de guerra, así como se ha abandonado la representación social de la guerra como justa, ha provocado un aumento de la sintomatología y de la inadaptación entre los veteranos de guerra (Siqueiros, 1997).

El segundo capítulo de esta obra examina las implicaciones psicosociales, las motivaciones, los dilemas morales, el estrés y el burn-out o quemazón de los cooperantes. Dos aspectos destacables de este apartado son la puesta de relieve de los conflictos que tienen que enfrentar los cooperantes y como enfrentar el burn-out.

Un ejemplo clásico de los conflictos o dilemas morales es el siguiente: en general se sabe que es esencial que los refugiados desarrollen un control de lo que ocurre en los campos y gestionen formas lo más autónomas posible de producción y organización social (Von Buchwald, 1997). Al margen de las dificultades para aplicar el principio de reforzar el poder y autonomía de los refugiados, que las investigaciones han mostrado que es una fuente de bienestar psicológico, señalemos que la aplicación parcial de este principio en el caso de Ruanda llevó a que los responsables del genocidio controlaran los campos y su funcionamiento (Médicos sin fronteras, 1995, pp. 33-34 en particular). El texto que el lector tiene entre sus manos alerta y sensibiliza sobre los dilemas, conflictos e implicaciones del trabajo de cooperación.

La solución a los problemas de quemazón inherentes al trabajo de cooperación con poblaciones en peligro es en gran medida organizacional, como señalan los autores adecuadamente. La rotación de personal en los puestos de mayor estrés, así como la claridad y realismo de los objetivos, son aspectos esenciales de la prevención del estrés y de la quemazón del cooperante.

El tercer apartado toca otro tema central, las interacciones transculturales o interculturales como aspecto central de la cooperación humanitaria internacional. Los cooperantes provienen de sociedades urbanizadas, de gran regulación y distancia social, centradas en el individuo autónomo, que valora el hedonismo individual y el rendimiento. Las sociedades occidentales, y la cultura española en particular, generalmente tienen una menor expresividad emocional (sociedades que valoran menos las relaciones interpersonales y la simpatía) y menor distancia al poder (menor respeto y deferencia relativa ante los status y posiciones) que las sociedades a las que se desplaza la per-

sona cooperante. Esta última en general viaja a sociedades colectivistas, más centradas en la relación con el grupo familiar extenso, que valoran la armonía y la cooperación intragrupal más que la competición y el logro.

En las sociedades colectivistas las interacciones sociales son más próximas e intensas, con una planificación temporal y espacial menor. En las culturas colectivistas, expresivas y de mayor distancia al poder, se espera que las personas muestren simpatía y respeto, antes que centrarse en resolver instrumentalmente los problemas (Hofstede, 1991; Bond y Smith, 1996; Páez, 1997). El texto revisa de forma adecuada y aplicada las similitudes y diferencias culturales, las diferencias entre individualismo y colectivismo, la influencia de la cultura sobre la emoción, la regulación del tiempo y del espacio, la comunicación y las relaciones informales. Prepara, al menos cognitivamente, al cooperante para el choque cultural que inevitablemente sufrirá y que hace parte del estrés de transculturación normal. Digamos que generalmente la experiencia se asocia a un crecimiento personal y al desarrollo de una mayor tolerancia a la diversidad cultural, así como una relativización de los valores hedonistas, individualistas y materialistas que predominan en la cultura occidental. El texto también alerta con respecto a la transposición de las categorías y representaciones individualistas de los problemas a otras culturas. Sabemos que culturas socio-céntricas o colectivistas tienen una concepción más relacional y de aceptación de la fatalidad ante la enfermedad —lo que puede llevar a técnicos occidentales a pensar que la familia está sobre-involucrada en el tema así como que los pacientes sufren de desesperanza o impotencia aprendida— cuando en realidad se trata de las representaciones sociales culturalmente dominantes sobre la enfermedad. El siguiente cuadro sintetiza las diferencias encontradas entre personas asiáticas con una perspectiva más colectivista y euro-norteamericanas más individualistas, que probablemente se reproducirán entre cooperantes provenientes de países occidentales y poblaciones de África, Asia y América Latina colectivistas y de baja expresividad. El cuadro complementa y es convergente con las orientaciones del texto que prologamos:

Sí mismo: individual, autónomo, asertivo, auto-confianza.	Sí mismo: contextual, relacional armonía con otros, modestia.
Comunicación: verbal y directa, expresión abierta de afecto y satisfacción de necesidades.	No verbal, indirecta, expresa afecto mediante cumplimiento de obligaciones.
Relación paciente-sanitario: de relativa igualdad y contractual, de poca implicación.	Relación paciente-sanitario: jerárquica, de deferencia ante el sanitario, sanitario personal obligado y preocupado ante paciente.

Significado y representación de la enfermedad: la enfermedad significa fracaso y debe lucharse ante ella.

Significado y representación de la enfermedad: enfermedad indica mala suerte, es normal, o es el resultado de hechos del pasado y es inevitable.

(Basado en información de Nilchaikovit, Hill y Holland, 1993).

En el caso de los refugiados mayas centroamericanos, se ha confirmado que su visión naturalista (la enfermedad se encarna corporalmente y no se acepta una psicodinámica subjetiva) por un lado, y espiritualista por otro (la pérdida de alma o espíritu, el susto, es una causa de enfermedad infantil), choca con el enfoque psicoterapéutico psicólogo individual (Farias, 1994). En otras palabras, el espiritualismo por un lado, la somatización por otra, y la concepción relacional o sociocéntrica de la persona, se conjugan para cuestionar las intervenciones psicoterapéuticas basadas en una concepción occidental de las enfermedades que dominan en las intervenciones humanitarias.

Finalmente, el cuarto capítulo desarrolla las intervenciones psicosociales. La prevención y el enfoque comunitario de la salud mental, los enfoques terapéuticos, así como el papel central de la participación, la auto-ayuda y la recuperación de la memoria histórica en el refuerzo del bienestar subjetivo de los refugiados, se exponen de forma clara y actualizada. Destaquemos la importancia de la recuperación y reconstrucción con un sentido social de la experiencia traumática como un hecho clave, en el que el testimonio, la terapia individual y la reconstrucción de la memoria colectiva se asocian (Pennebaker, Páez y Rimé, 1997).

Es para mí, como ex-refugiado e investigador en los problemas de cultura, emigración y salud mental, un placer prologar este texto, en el que reconozco tanto el trabajo práctico como la curiosidad intelectual de sus autores, Giorgia Donà y en particular de mi amigo Carlos Martín Beristain. Estoy seguro que será de gran utilidad para los cooperantes. Además, su nivel está a la altura de los mejores textos contemporáneos de problemas psicosociales de refugiados según mi opinión —y cualquiera que revise el reciente libro de Marsella, Bornemann, Ekblad y Orley sobre Salud Mental y Bienestar de los Refugiados en el Mundo lo podrá constatar. Un texto esencial para los cooperantes y que interpela a cualesquiera interesado en las ciencias humanas, sociales y en la psiquiatría social.

*Darío Páez Rovira*

Catedrático de Psicología Social

Departamento de Psicología Social y Metodología

Facultad de Psicología - Universidad del País Vasco

Ciudad de Guatemala-Bilbao junio de 1997

# Introducción

Observar y tratar de comprender lo que veía fue un recurso que se me presentó espontáneamente, para convencerme de que mi vida aún tenía cierto valor, que todavía no había perdido todo el interés que una vez me había dado el respeto por mí mismo (Bettelheim, 1973:105).

Las palabras de Bruno Bettelheim, superviviente de los campos de concentración de Dachau y Buchenwald, reflexionando sobre su propia experiencia, presentan mejor que cualquier otra idea el enfoque de este trabajo. Este libro ofrece un enfoque psicosocial sobre la problemática de las poblaciones afectadas por catástrofes colectivas, y los desafíos de la ayuda humanitaria en las situaciones de emergencia social. Un enfoque psicosocial es una forma de entender los comportamientos, emociones, y pensamientos de las personas y los grupos, sin aislarlos del contexto social y cultural en el que ocurren.

La importancia del contexto es claramente expresada por James Appe, un escritor ugandés refugiado, que critica la frecuencia con que se confunde a los refugiados con la situación en que se encuentran. Esta tendencia

«ignora el hecho de que los refugiados son personas normales en condiciones anormales. Su problema reside en las circunstancias, la sociedad en la que viven, la reacción de la gente a su presencia y las leyes y el trato inhumano a que están sujetos» (RPN, 1994:33)

Comprender cómo las personas viven, interpretan y reaccionan a estos acontecimientos, es uno de los propósitos de este libro. En situaciones de emergencia, tanto las víctimas como quienes tratan de ayudar, interpretan lo que sucede y responden a la situación, en base a la influencia de los procesos de inculturación y socialización. Por inculturación se en-

tiende el proceso a través del cual se aprende lo que es necesario para ser competente en una cultura, incluyendo la lengua, valores, rituales, es decir, un proceso de moldeado sin una enseñanza deliberada. La socialización se refiere a la enseñanza y moldeado deliberados de comportamientos similares. Tanto el contenido (elementos de conocimiento, habilidades o valores), como los medios o el estilo (por ejemplo, la crianza los niños), son influenciados por la inculturación y la socialización (Berry, Poortinga, Segall y Dasen, 1992).

Las víctimas de desastres y la represión política, dan sentido a lo que les está ocurriendo basándose en las interpretaciones familiares conocidas, aprendidas a través de la inculturación y socialización, que se aplicaban también en tiempos normales. En su trabajo con mujeres viudas por la guerra en Guatemala, Zur (1994) describe cómo la gente de una aldea, intenta ubicar la violencia a través de categorías de causalidad que son conocidas y familiares para ellos. Se basan en la costumbre (tradicionalismo maya), en el catolicismo y en su experiencia directa. Explican también la violencia como resultado de haberse organizado para lograr unas mejores condiciones de vida, al ser criminalizados con la acusación de colaborar con grupos considerados subversivos. Así, estas viudas se apoyan en las explicaciones derivadas tanto de las tradiciones culturales y sociales, como en su vida cotidiana.

Este libro parte de la idea de que las acciones humanitarias no se desarrollan en el vacío, sino en situaciones en las que la historia y el tejido social afectan a las relaciones entre los que «dan» y los que «reciben». Las intervenciones humanitarias intentan aliviar el sufrimiento de las personas, pero cualquiera que sea la tarea, el trabajo humanitario tiene profundas implicaciones psicosociales. Maslow (1970) presenta una jerarquía de necesidades individuales que van desde lo físico (p. ej. el agua), lo social (ej. educación), lo comunal (ej. relaciones), hasta las necesidades espirituales. Su jerarquía no es reconocida universalmente. Por ejemplo, en lengua de Burundi, la misma palabra se utiliza para la riqueza espiritual y material (chanta) o la pobreza (hsinye). Aengus Finucane, director de una ONG irlandesa, hace los siguientes comentarios sobre las distintas necesidades:

Los servicios de salud, alimentación, vivienda, y educación se pueden describir como necesidades físicas básicas. Pero la base de las necesidades humanas de los refugiados es la restauración de la dignidad. La dignidad es el ingrediente vital que falta cuando las necesidades físicas básicas se cubren de una manera mecánica e impersonal. Con mucha frecuencia, el respeto por la dignidad humana es la primera víctima de las respuestas de emergencia para ayudar a los refugiados (Needham, 1994).

Desde esta perspectiva, un segundo propósito de este libro, es proporcionar una comprensión más adecuada de las implicaciones psicosociales de la ayuda humanitaria. La ayuda humanitaria se inserta en una situación en la que ya existen determinados patrones de ayuda. Un componente importante de la ayuda en las situaciones de desastre (p. ej. inundaciones o huracanes) es que la familia, amistades y vecinos son los agentes clave en el dar y recibir ayuda, mientras las personas de fuera y las organizaciones de servicios, juegan un papel más reducido (Neal, Perry, Green y Hawkins, 1988). Milgram (1986) describe a los que dan ayuda sin tener en cuenta su estatus, sean profesionales o no, haciendo hincapié en que algunos de los que reciben la ayuda en un momento, pueden, a su vez, encontrarse ayudando a otros en el curso de sus propios esfuerzos de afrontamiento.

El propósito de este libro no es el de proporcionar al lector el conocimiento y herramientas para volverse especialista en el campo de la psicología en la ayuda humanitaria. Tampoco entendemos la psicología asociada con los supuestos occidentales sobre la persona y el mundo, dado que no son siempre generalizables, especialmente en contextos de otras culturas, en el mundo no-occidental. Una muestra de estas cosas que se dan por supuestas es el concepto de individualidad. Clifford Geerts (1975) argumenta que

la concepción occidental de la persona como un universo limitado, único, más o menos integrado en lo motivacional y cognitivo, un centro dinámico de reconocimiento, emoción, juicio y acción, organizado respecto a un todo distintivo y ubicado en contraste con otros todos, y con un fondo social y natural, es, a pesar de lo incontestable que nos puede parecer, una idea más o menos peculiar en el contexto de las culturas mundiales (en Bracken, Giller y Summerfield, 1995:1074).

Bracken, Giller y Summerfield (1995) describen las limitaciones de este concepto en el campo de la psicología. En el pensamiento occidental, el concepto de individuo moldea el discurso político, cultural y médico, por lo que pone el énfasis en lo intrapsíquico, en la causa interna de la enfermedad y en la terapia individual cliente-terapeuta. Sin embargo, en las culturas menos centradas en el individuo la dimensión intrapsíquica no está aislada sino que se encuentra vinculada a los mundos espirituales y sociales. La causa de los problemas mentales se atribuye a fuerzas sobrenaturales o agentes sociales, y el tratamiento se lleva a cabo por autoridades religiosas o curanderos.

Antes de seguir con la presentación de la experiencia de las personas afectadas por crisis sociales, y las acciones de quien pretende ayudar, describiremos la naturaleza psicosocial de las crisis en las que la ayuda humanitaria se desarrolla.

## La naturaleza de los desastres y la violencia política

Las intervenciones humanitarias se producen a partir de hechos como desastres naturales y de catástrofes sociales producidas por causa humana, que incluyen desde accidentes tecnológicos (p. ej. Chernobil o Bhopal) hasta crisis sociopolíticas y guerras. Una definición ampliamente aceptada de desastre, es la propuesta por Fritz (1961), que lo describe como :

cualquier hecho concentrado en el tiempo y en el espacio, en el que una sociedad o una parte relativamente autosuficiente de una sociedad, vive un peligro severo y pérdidas de sus miembros y pertenencias materiales, y en el que la estructura social se rompe y la realización de todas o algunas de las funciones esenciales de la sociedad se ve impedida (p. 655)

Esta definición se centra más en los efectos sociales que en las características físicas de los desastres. Psicológicamente, la variabilidad de los sucesos conlleva no sólo distintos efectos, sino diversas interpretaciones y respuestas. La naturaleza puede dañar, pero no con intencionalidad, mientras que los humanos son capaces de provocar daño intencional. Esta diferencia tiene distintas interpretaciones. Mientras que en el caso de los desastres naturales las personas pueden empezar a dudar del sentido del mundo, las víctimas de hechos provocados por causa humana, tienden a ver el mundo y a sí mismos de forma más negativa (Janoff-Bulman, 1992). Los desastres naturales pueden matar, pero no amenazan el respeto de las personas hacia sí mismas. Mientras que los daños por causa humana o la violencia, sí (Weisaeth, 1994). Rieff (1966) describe con pesimismo el cuestionamiento de sus propios valores después de su experiencia en Bosnia:

Lo cierto es que un montón de sueños han muerto en Bosnia en los últimos dos años y medio: el sueño de que el mundo tiene una conciencia; el sueño de que Europa es un lugar civilizado; el sueño de que hay una justicia para los fuertes y para los débiles. No debería sorprendernos que el sueño milenario de que la verdad nos hará libres también muriera ahí. (Rieff, 1996)

Desde una perspectiva psicosocial, la guerra se diferencia de los desastres naturales o de las catástrofes tecnológicas, por el nivel de conciencia involucrado en el conflicto armado. Hay un intento consciente, por parte de los que tienen el poder armado, de causar daño en las personas del grupo opuesto para dominar o destruir la estructura social del «enemigo», y/o para capturar, dañar o destruir sus recursos materia-

les. Las partes en conflicto también emprenden acciones deliberadas para defenderse a sí mismos (Meyers, 1991).

Dado que la mayoría de las intervenciones humanitarias se dan en situaciones de guerra (Médecins Sans Frontières, 1993), es importante entender los mecanismos psicosociales de la represión y el conflicto civil. Mientras en la primera guerra mundial, el 5% de las muertes eran de civiles, y en la segunda alrededor del 50%, en la actualidad más del 90% de las víctimas de las guerras modernas son civiles (UNHCR, 1994; UNICEF, 1986). La implicación de la población civil no es un hecho secundario sino que forma parte de la naturaleza y el objetivo de las guerras de hoy en día, que intentan afectar al tejido social de un país, como el camino para ganar control. Esto se refleja tanto en la falta de distinción entre combatiente y población civil, como en la violación de mujeres como forma de limpieza étnica o el convertir el modo de vida de la gente en objetivo militar. Durante los años 80, la política de tierra arrasada del ejército guatemalteco hizo desaparecer más de 440 aldeas en la Guatemala rural (Falla, 1992).

El uso de la psicología se ha convertido en una parte fundamental de la guerra moderna (Watson, 1978). Faundez (1994) describe como los más importantes aspectos de la guerra psicológica utilizados en América Latina: la tortura; la propaganda sistemática; los movimientos de la población; las desapariciones forzadas; las ejecuciones políticas y asesinatos; y las acciones planificadas de chantaje, despidos laborales y allanamientos, que forman parte del amedrentamiento colectivo.

## **Enfoque psicosocial de la ayuda humanitaria**

La consideración de los aspectos psicosociales ayuda a entender que la gente es parte de un contexto social, que tiene sus propios recursos y que existen diferencias culturales. Las intervenciones psicosociales deben basarse en la realidad local (Páez y Blanco, 1994) y ser más un intercambio que una ayuda unidireccional. El rol de la psicología no es el de transportar ideas sino incluir una comprensión psicosocial el interno de las acciones humanitarias y un método de trabajo al lado de la gente.

Frecuentemente tiende a creerse que en los momentos de emergencia predominan las necesidades materiales, y que los aspectos psicológicos pueden considerarse en todo caso en la situación posterior a la emergencia. Sin embargo, tener en cuenta desde el inicio los aspectos psicosociales puede ayudar a: entender los comportamientos y reacciones de la población; desarrollar planes de acción y prevención de problemas; comprender los mecanismos y acciones de apoyo mutuo de la gente

en las situaciones de emergencia; tener una comprensión holística de la acción humanitaria, teniendo en cuenta las exigencias físicas, psicológicas y sociales de la población.

La minusvaloración de los aspectos psicosociales puede llevar al fracaso de las acciones o a no entender la experiencia de la gente. Con frecuencia, este hecho demuestra el desconocimiento o el propio temor, por parte de distintas agencias y gobiernos, a comprender de una manera más global la acción humanitaria. Sin embargo, comprender y cuidar los aspectos psicosociales de la experiencia no significa siempre desarrollar intervenciones de apoyo psicológico, sino adoptar un modelo de comprensión y actuación más global. El hecho de proporcionar ayuda para construir una casa tiene efectos psicológicos ya que da seguridad física y emocional. Igualmente, decidir que un expatriado distribuye los alimentos puede conllevar una percepción de desconfianza o de dependencia de parte de la población refugiada.

Desde un enfoque psicosocial, en este libro se analizan algunos de los desafíos que se plantean en las situaciones de emergencia social. En resumen, el propósito del libro es:

1. Ayudar a entender cómo las personas viven, encuentran sentido y responden a las experiencias traumáticas y circunstancias difíciles en las que se desarrolla la ayuda humanitaria.
2. Favorecer una comprensión del contexto social y cultural en el que se ubican estas respuestas, de forma que se reconozcan y refuercen las formas de afrontamiento que ya existen.
3. Ofrecer un enfoque psicosocial de las intervenciones humanitarias y el trabajo de asistencia, en relación a los individuos y poblaciones afectadas.
4. Sugerir algunas alternativas posibles en el campo de las intervenciones psicosociales.

En el primer capítulo describiremos las implicaciones psicosociales de las emergencias para las personas y comunidades. En los siguientes dos capítulos, se presenta una descripción de las personas que trabajan en la ayuda humanitaria y las interacciones transculturales que se dan en las acciones humanitarias. El cuarto capítulo describe y evalúa el significado y los efectos de las intervenciones desde un enfoque psicosocial. El libro termina ubicando la comprensión psicosocial en el marco de los derechos humanos y la prevención.

## Capítulo 1

# La experiencia de las personas y comunidades afectadas por desastres y crisis socio-políticas

Hemos perdido más que a nuestros familiares más cercanos. Hemos perdido las amistades y las memorias que nos ha llevado construir toda la vida. Todo esto se ha destruído de una vez. Casi todos nuestros amigos han sido asesinados. Tenemos que empezarlo todo de nuevo, desde nuestros pedazos. Todo. Incluso nuestras amistades. Este aspecto de nuestras muchas tragedias es muy difícil de soportar (African Rights, 1995:1184).

Esta entrevista con una mujer ruandesa, realizada en mayo de 1994, describe de forma conmovedora su experiencia: la continuidad de su vida ha sido puesta a prueba. Las acciones humanitarias se desarrollan en situaciones en las que son frecuentes estas experiencias colectivas, que se caracterizan por graves interrupciones y pérdidas materiales, sociales y culturales, así como por desplazamientos y cambios vitales importantes. Pero aunque las acciones humanitarias se producen durante o después de esas crisis, las personas y grupos tienen una historia cultural, social y personal previa, en la que ubican esos hechos y sus consecuencias.

El propósito de este capítulo es describir la experiencia de los grupos y personas afectados por desastres y violencia, las reacciones a estos sucesos y las formas de hacer frente a las situaciones.

### **Respuestas al cambio violento y desastres**

El comportamiento humano en situaciones de emergencia es descrito generalmente en términos de huida-respuesta. Smelser (1962) describió

las distintas respuestas a los desastres como una secuencia de sentimiento de estar atrapado, angustia frente a la imposibilidad de escapar, percepción de amenaza y pánico.

Sin embargo, las investigaciones de Fritz (1968) rechazaron algunos de los conceptos que habitualmente se utilizan al hablar del comportamiento en los desastres. La imagen de pánico generalizado, comportamientos asociales y fuera de la ley, devastación emocional y huida, se confronta con una realidad en la que los comportamientos tienen una direccionalidad y un orden. Esta ilusión de pánico, normalmente se percibe debido a las actividades divergentes y no coordinadas de numerosos grupos responsables del rescate y recuperación. Es más bien el resultado de la convergencia, en el lugar del desastre, de personas y grupos extraños que llegan ofreciendo ayuda, buscando a miembros de las familias y tratando de obtener información.

En situaciones de emergencia se producen frecuentemente emociones colectivas como el miedo. Aspectos como el miedo o el duelo pueden influenciar los comportamientos de la gente, su evaluación de los hechos y la manera en cómo la enfrentan la realidad.

De Rivera (1992) ha definido el clima emocional como un estado de ánimo colectivo que sería más estable que una emoción colectiva episódica, que sucede por ejemplo en el momento de una catástrofe natural, pero más variable que una cultura emocional que caracteriza a una sociedad por largos períodos de tiempo (Páez, Asun & González, 1995). El miedo es una reacción defensiva normal en las situaciones de peligro. Pero el clima de miedo aísla a las personas, les lleva a inhibir la comunicación, ocultar sus pensamientos y emociones y a la apatía (De Rivera, 1992; Lira y Castillo, 1991).

Las catástrofes sociopolíticas, provocan generalmente un clima emocional de miedo, que puede ser producido incluso de forma deliberada (Ugalde y Zwi, 1991). Debido a este hecho, los desastres provocados por seres humanos pueden provocar retraimiento y aislamiento social, más dañinos al bienestar que la angustia que aparece en las situaciones de desastres naturales (Weisaeth 1989a). Sin embargo, las personas afectadas pueden también adoptar puntos de referencia nuevos y positivos para sus vidas, tales como la solidaridad.

## **La salud mental en el contexto social**

Las reacciones en las situaciones de crisis se definen frecuentemente con referencia a la salud. La OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social (1987, en Brody 1994:62), y

no solamente como la mera ausencia de enfermedad. La salud mental abarca el bienestar del cuerpo, la psique y lo social (Berry 1992; Lazarus y Folkman, 1986). También se suele definir en referencia a las habilidades para afrontar los problemas y tener capacidad de adaptación. Brody (1994) examina la salud mental desde tres perspectivas: la salud individual, la salud de las poblaciones y los derechos humanos.

A pesar de las referencias a ese concepto positivo e integrador, la mayor parte de las veces se habla de la salud mental en relación a los problemas. Así, la salud mental individual se describe habitualmente en la literatura clínica y psiquiátrica, que se focaliza en el impacto negativo de los desastres y las crisis sociopolíticas, utilizando términos como trauma, síntomas y enfermedad mental. La salud mental de las poblaciones se describe normalmente por la frecuencia de empleo o desempleo, los niveles de fracaso escolar, la ubicación de las viviendas, la desintegración o integración comunitaria, etc. La perspectiva de los derechos humanos se refiere a los conceptos de «dignidad innata» y de «los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana» (ONU, 1948, en Brody 1994), que frecuentemente se vulneran en muchas de las situaciones de emergencia.

## **Salud mental individual**

La salud mental individual normalmente se evalúa con medios y conceptos clínicos. Entender estos conceptos puede ser útil, ya que no sólo los usan los clínicos profesionales, sino que habitualmente se utilizan de una manera generalizada. Identificar la frecuencia de síntomas es una forma de comprobar los problemas y valorar la necesidad de puesta en marcha de proyectos psicosociales, y a la vez una manera de identificar a las personas que necesitan una atención especial. Sin embargo, hay limitaciones en su uso y sus implicaciones.

En primer lugar, su origen y definición están basados en la medicina y psicología occidental. Además, esto refleja un enfoque individualista de la salud, focalizado en la persona. En tercer lugar, algunos de estos conceptos pueden no ser aplicables en situaciones de emergencia humanitaria, por la naturaleza colectiva y política de estas experiencias. En cuarto lugar, siguen basándose en una definición de la salud como ausencia de síntomas, más que en la presencia de bienestar. Por último, tienden a patologizar la experiencia de la gente y, como resultado, las personas pueden ser estigmatizadas y resultar aisladas de su grupo. Teniendo en cuenta estas dificultades, nos referiremos a algunas de las definiciones de estos términos y sus características.

## *Trauma*

El concepto de trauma ha sido utilizado para describir los efectos del cambio y perturbaciones violentas. Según Kebler (1992, en Perren, 1996), tres aspectos son centrales en la experiencia de trauma: 1. el sentimiento de desamparo, de estar a merced de otros. 2. una ruptura en la propia existencia, pérdida de seguridad. 3. estrés negativo extremo.

Por su parte, Martín-Baró (1989) describe el trauma psíquico, social y psicosocial. El trauma psíquico se refiere a un daño particular que es infligido a una persona, a través de una circunstancia difícil o excepcional. El trauma social se refiere a la huella que ciertos procesos históricos pueden dejar en poblaciones enteras afectadas. Martín-Baró intenta identificar la interrelación entre los individuos y lo histórico, proponiendo el término trauma psicosocial para representar la naturaleza dialéctica del fenómeno. El carácter psicosocial se refiere a que el trauma ha sido producido socialmente, y a que se alimenta y mantiene en la relación entre individuo y sociedad (Martín-Baró, 1990). Pero eso no significa que produzca un efecto uniforme en la población. La afectación dependerá de la vivencia individual condicionada por su origen social, su grado de participación en el conflicto y por otras características de su personalidad y experiencia.

Arcel (1994) describe las experiencias sociales y las características de la guerra en la Ex-Yugoslavia haciendo referencia al concepto de trauma potencial. Cita la gran proporción de la población involucrada en la guerra, la percepción de no predictibilidad de la crisis, la centralidad geográfica, la fuente interna de la violencia y el nivel del terror ejercido a través, por ejemplo, de los simulacros de ejecución y la violación, como algunos de los factores que contribuyen al trauma.

Pero las situaciones de grave disrupción social, no necesariamente llevan siempre a la generalización de importantes efectos negativos individuales a largo plazo. La mayoría de las víctimas de actos de violencia manifiestan algún tipo de efectos negativos, pero su alcance depende de la persona y de la intensidad de la situación. La mayoría de los hechos traumáticos producen síntomas en aproximadamente 25-40% de las víctimas y de los victimarios. El porcentaje se eleva al 60% en los casos de violación. Factores como el daño físico, la muerte de la pareja, la participación en atrocidades o presenciar asesinatos, tienen el impacto más grande (Davidson y Foa, 1991).

### *Los síntomas*

Los síntomas son formas de manifestación de una experiencia traumática o difícil. Pero también son indicadores de la existencia de un

cambio hacia una condición patológica (es decir, anormal). Por ejemplo, los problemas de sueño, la fatiga o la falta de energía y dificultades de concentración son algunos síntomas de depresión, pero cualquier persona, en distintos momentos de su vida, experimenta esos síntomas de forma aislada. Tanto los que ayudan, como las personas afectadas, pueden manifestar esos y otros síntomas, frente a experiencias atroces o situaciones de emergencia. Sin embargo, como señala la Dra. Anica Mikus Kos, psiquiatra infantil en Slovenia: «estar triste no es igual a estar enfermo» (Arcel, 1994:11).

El concepto de estrés se utiliza frecuentemente, tanto para describir los efectos de las situaciones de catástrofe como las causas. El estrés consiste en un estado de tensión psicológica y física como resultado de una amenaza, un desafío o cambio en el propio ambiente (estresores) (Mitchell & Bray, 1990). Según esto, los efectos serían el resultado de la relación entre el impacto de los estresores (pérdidas, etc.), los factores protectores (el apoyo que tiene, por ejemplo) y lo que la gente hace para enfrentarlo (coping).

Según otros autores, los hechos traumáticos confrontan a la gente con experiencias vitales extremas y desafíos a los que tiene que hacer frente (FASIC, 1987). Las personas tienen que enfrentar frecuentemente sentimientos de rabia, confusión o culpabilidad por lo sucedido. Por ejemplo, los refugiados que han salido de su país pueden sentirse culpables por haber podido escapar mientras sus familiares o amigos murieron. Esta culpabilidad puede ser inducida socialmente y no tener una base objetiva, pero puede ser también un intento de dar sentido a algo que no lo tiene (Janoff-Bulman, 1992). Aunque conlleve efectos muy destructivos para la persona, sentirse responsable de lo que pasó puede ser también una forma de pensar que se tiene algo de control sobre la situación vivida.

### *Problemas de salud mental (trastorno, enfermedad)*

Los trastornos o problemas de salud mental ocurren cuando las personas no pueden funcionar en su vida cotidiana por la frecuencia e intensidad de la constelación de síntomas. Aunque existan personas que ya tenían previamente problemas de salud mental, las situaciones de catástrofe colectiva o guerra, pueden ser la causa de otros muchos o agravar aquellos. La ansiedad y la depresión son los tipos más comunes, aunque pueden darse otros como psicosis, alcoholismo, etc. La depresión se caracteriza por una situación mantenida de bajo estado de ánimo o irritabilidad, sueño perturbado, fatiga y pérdida de energía, pérdida de interés en las actividades cotidianas, dificultades con la memoria y concentración, pen-

samientos frecuentes de muerte o intentos de suicidio, cambios en el apetito y pérdida de autoestima. Por su parte, la ansiedad es un estado de tensión psicológica generalizada o excitación psicósomática, y se manifiesta con respiración rápida, ritmo cardíaco elevado, trastornos gastrointestinales, sensación de nerviosismo o tensión emocional, etc.

El término de trastorno de estrés post-traumático (PTSD) se usa habitualmente para describir cómo se encuentran las personas afectadas después de un evento traumático. Las características clínicas del PTSD son: 1) la existencia de un estresor que produce síntomas significativos de distrés en casi todas las personas. 2) reexperimentar el evento traumático a través de sueños, pesadillas o pensamientos repetitivos. 3) anestesia afectiva en las respuestas o en la relación con el mundo exterior, junto con la evitación de los estímulos asociados con el trauma. 4) estado de alerta con problemas del sueño, dificultades de concentración, respuestas de sorpresa exageradas e irritabilidad.

Estas dimensiones están asociadas entre sí (Davidson & Baum, 1986) y se manifiestan incluso después de muchos meses (Horowitz, 1986; Steinglass & Gerrity, 1990).

Aunque muchos de esos problemas pueden ser frecuentes, el concepto de estrés postraumático ha sido criticado con distintos argumentos: la focalización en cuatro aspectos en un diagnóstico estático; un énfasis clínico basado en un modelo médico e individualista (Ingleby, 1981); la no consideración de la importancia del apoyo social y del significado social del trauma (Lira y Castillo, 1993) ni la dimensión política del daño (Becker, 1994); el riesgo de convertirse en una etiqueta en lugar de ayudar a comprender la experiencia de la gente y las condiciones en que pide o necesita ayuda (Becker, 1994).

El PTSD descontextualiza la experiencia de los refugiados y pone poca atención a la naturaleza del estresor o la experiencia cultural. Eisenbruch señala que el PTSD es una solución universalista a un problema relativista. Ager (1993:7) y Eisenbruch (1990:673) introducen el concepto de duelo cultural, que puede minimizar la probabilidad de que los refugiados sean etiquetados equivocadamente de tener trastornos psiquiátricos, cuando sus síntomas reflejan un sufrimiento comunitario profundo cuyo significado y expresión son determinados culturalmente.

## Salud mental comunitaria

«Esto es el bombardeo de mi ciudad. La barca del padre de mi amigo fue quemada totalmente, la única cosa que quedó fue la hélice. La terrible guerra en 1991 ha destruido todo. La ciudad fue atacada desde el aire, desde el mar y desde tierra. Mi ciudad estaba sin vida.» (Bonnet, 1994)

Estas palabras acompañan a su dibujo. Para Mato, un niño de 9 años de Dobrodnik, la destrucción de la ciudad es un símbolo de la destrucción de la vida. Las situaciones de catástrofe colectiva y emergencia social, alteran de una manera muy profunda la vida de la gente. Se producen muchas pérdidas materiales y humanas, pero también cambios sociales y culturales profundos. Por ejemplo, la pérdida de la tierra en comunidades campesinas no sólo supone perder su medio de subsistencia y su estatus social, sino que tiene su impacto en la propia identidad de la gente y problemas de desarraigo cultural. En general estas pérdidas conllevan un empeoramiento de las condiciones de vida, que muchas veces se desarrollaba ya en condiciones de pobreza y precariedad. La pobreza provoca desastres y los desastres exacerban la pobreza (UNDP, 1994) aumentando las situaciones de marginación social.

Por su parte, el desplazamiento de la población o la desorganización forzada de una comunidad a causa de la guerra, conllevan una ruptura de los tejidos y relaciones sociales. Cuando las poblaciones se desplazan, las familias y los grupos de referencia se separan. Los cambios en la estructura social pueden incluir desde la pérdida de servicios y formas tradicionales de organización, a la creación de nuevas formas de organización social forzadas por la situación. Por ejemplo, en el caso de las poblaciones refugiadas, la vida en los campamentos puede implicar cambios en el modo de vida, como estar sometido a nuevas formas de autoridad, y convivencia involuntaria con otros grupos étnicos (Evans, 1990). Sobre todo en las poblaciones deben dejar su país, o se encuentran bajo situaciones de amenaza, pueden darse cambios culturales como pérdida de símbolos, tradiciones, ritos o incluso el ocultamiento de la propia identidad (Martín Beristain, Valdoseva y Páez, 1996)

Todos estos efectos colectivos muestran el impacto en la salud mental comunitaria, afectando las relaciones sociales. Experiencias traumáticas individuales pueden afectar también a la familia y colectividad. Por ejemplo, el abuso sexual y la violación pueden producir no sólo la vivencia de humillación o vergüenza, sino que también constituyen frecuentemente un estigma social y causan a las personas dificultades para mantener relaciones sexuales y confiar en el otro sexo. Las mujeres pueden perder su confianza en los demás, su sentido de seguridad y muchas veces la aceptación social (Echeburua, Corral, Zubizarreta, Sarasua y Páez, 1993).

Determinados indicadores sociales, tales como los conflictos familiares o grupales, las dificultades escolares, las agresiones y el abuso de drogas o alcohol, pueden considerarse indicadores de comunidades en dificultad. Por otro lado, la presencia de rituales positivos tales como la ceremonia de la cosecha o la conmemoración del nacimiento de una comu-

nidad, (como en el caso de refugiados guatemaltecos en México), son signos afirmación de la identidad y bienestar comunitario. Es más, enfrentados a situaciones límite, hay personas y grupos que reaccionan aumentando su cohesión, como una forma de defensa frente al sufrimiento y la desestructuración social. Muchas veces la gente saca a relucir recursos insospechados o se replantean su existencia de cara a un horizonte nuevo, más realista y humanizador (Martín-Baró, 1990).

En el caso de los desastres naturales, Fritz (1968) describe también cómo pueden tener efectos constructivos sobre el sistema social. La comunalidad del peligro, la claridad sobre la necesidad de acciones reparadoras comunes y las interrupciones del status quo, se combinan para eliminar las diferencias de estatus y promover el cambio y la solidaridad en la comunidad. Estas fuerzas unificantes de la fase post-desastre facilitan un efecto ampliado de rebote, en el que la comunidad reconstruida puede superar los niveles pre-desastre de integración, productividad, equidad social y la capacidad para el crecimiento (Darley and Gilbert, 1985). Sin embargo, en otros muchos casos, las dificultades de la reconstrucción social después de un desastre en condiciones de pobreza, pueden suponer nuevas experiencias traumáticas y desesperanza respecto al futuro.

## Salud mental y derechos humanos

Muchas de las consecuencias de estas catástrofes colectivas responden a los mecanismos de control social que se han utilizado de una forma deliberada (Omang, 1985). La violación de los derechos humanos es utilizada como estrategia de control social en muchos países (Amnistía Internacional, 1996). Ya sea en las situaciones de guerra abierta, o en el caso de regímenes autoritarios que utilizan la represión generalizada como un instrumento de control político, la sociedad entera se ve afectada. La violación de los derechos humanos constituye no sólo una consecuencia del enfrentamiento, sino un objetivo político.

«Renamo capturó una mujer anciana que estaba intentando escapar. Fue llevada delante de nuestro grupo que nos estábamos entrenando. El líder de Renamo apuntó a Manuel y le ordenó que la matara. El agarró la bayoneta y se la clavó en el estómago. El líder le mandó entonces que le cortara la cabeza. Lo hizo y ellos dijeron que tenía coraje y nombraron como jefe de nuestro grupo» (Boothby, Upton & Sultan, 1991, p. 21)

Este ejemplo atroz, relatado por un niño-soldado de Mozambique, pone de manifiesto hasta donde la guerra promueve la deshumanización,

utilizando mecanismos deliberados como el entrenamiento en la conformidad. En esos contextos, se produce frecuentemente un refuerzo de creencias de superioridad de un grupo sobre otro, promoviendo enfrentamientos entre personas o grupos que en muchas ocasiones nunca basaron sus relaciones en un pretendido componente étnico, como en el caso de la Ex-Yugoslavia (Sumerfield, 1993). La rigidez ideológica y absolutización de criterios valorativos y esquemas de interpretación de la realidad, es alimentada por las exigencias de disciplina y lealtad propias de las organizaciones militares (Samayoa, 1990). La insensibilidad frente al sufrimiento, el oportunismo, y el desprecio por la vida, suponen una normalización de la violencia y un cambio de valores asociados al escepticismo y la desesperanza.

La propia dinámica de la guerra conlleva agresividad que puede ser física, verbal y propagandística. En esos casos, la violencia física en relaciones personales y sociales, puede incluir aquellas cuyo contenido no está asociado a la guerra, como conflictos familiares o comunitarios.

A su vez, la violencia se usa también como una forma de degradar la dignidad de la gente, como en el caso de la violación y la tortura. La violación forma parte de la maquinaria de la guerra, las agresiones sexuales a las mujeres delante de sus familias son frecuentes durante las guerras, como una forma de desmoralizar al enemigo como un todo. Los piratas tailandeses violaron intencionalmente a las mujeres vietnamitas delante de sus familias para asegurar la humillación de todos. Un equipo de investigadores de la Unión Europea que visitó la Ex-Yugoslavia en diciembre de 1992, llegó a la conclusión de que muchísimas mujeres y adolescentes bosnias habían sido violadas en Bosnia-Herzegovina como parte de una campaña sistemática para sembrar el terror (UNHCR, 1994a).

Además de la humillación personal y el ostracismo familiar que sufre la mujer, los esposos, hermanos y padres pueden a la vez sentirse impotentes y responsables por la violación de su familiar. Mientras los hombres y las mujeres que sean heridos o asesinados se les considera «héroes» o «mártires», no hay un estatus similar asignado a las mujeres violadas, por lo que se puede decir que es más deshumanizante violar que matar. Como ocurre en los casos de las personas desaparecidas, el sufrimiento de la persona y la familia no puede ser validado.

Esas experiencias traumáticas de persecución, tortura o muerte producen sentimientos de odio manifestando un elemento de vengatividad reactiva y de aspiraciones de justicia que son en muchos casos enteramente legítimas (Martín-Baro, 1990). Pero el odio también es utilizado como arma política amparándose frecuentemente en pretendidas razones de seguridad («nosotros o ellos») (CONADEP, 1985).

En los contextos de represión política, la violencia tiene el objetivo de producir terror. Mientras la violencia misma produce la eliminación física de las personas que constituyen el blanco directo de sus acciones, su carácter aterradorante tiende a paralizar a todos aquellos que puedan sentirse identificados con algún aspecto de la víctimas. Para Bettelheim (1973) esta irracionalidad aparente de la represión oculta una racionalidad muy clara de hacer visible la amenaza para todos los sectores de oposición.

Como consecuencia, para no ponerse en peligro, las personas adoptan en muchas ocasiones una actitud de silencio y pasividad incluso cuando observan hechos con los que no están de acuerdo. Esto aumenta el conformismo y puede provocar un cuestionamiento de la identidad (COLAT, 1982).

Pero la cuestión de los derechos humanos no sólo se plantea en los contextos de guerra. El respeto a los derechos humanos es un indicador de salud mental, pero también una exigencia para la propia ayuda humanitaria. Según Brody (1994) muchos de los programas de ayuda para los refugiados en el país de asilo se desarrollan de una manera autoritaria, en la cual los refugiados son reclusos y mantenidos en una situación de dependencia económica, lo cual aumenta, en vez de aliviar, los efectos de los acontecimientos experimentados previamente.

## **Evolución y cambios en los efectos**

Muchas de las reacciones y efectos que presentan las poblaciones afectadas, a menudo se describen en términos de síntomas o problemas psicológicos, pero pueden ser reacciones normales frente a situaciones anormales (Perren-Klinger, 1996). Esto no significa negar los problemas, sino que muestra que no se puede reducir la experiencia de las personas a un conjunto de síntomas.

Durante una situación de emergencia la cuestión fundamental es proteger la vida, movilizar la energía y focalizar la atención frente al estresor. Predomina entonces un estado de alerta y un comportamiento reactivo de huida o lucha (Seyle, 1980).

Inmediatamente después, las personas que han vivido un hecho traumático pueden manifestar problemas psicósomáticos, recuerdos repetitivos o pesadillas, aunque puede predominar una sensación de impotencia o conmoción emocional. En esta fase se pueden alternar memorias recurrentes con períodos de evitación extrema del tema. Dependiendo del mantenimiento o no de la situación, las personas pueden ir poco a poco superándolos en el plazo de unos meses. Sin embargo, puede haber perso-

nas que se encuentren más afectadas y manifiesten problemas en un plazo más largo, como ya hemos visto al hablar de la salud mental individual.

En muchos países las personas tienen que enfrentar experiencias traumáticas frecuentes. El trauma de los refugiados en Camboya no sólo es el resultado de la guerra en el país, sino de la falta de alimentación, agua, refugio e incluso los bombardeos en los propios campamentos (Mollica et al. 1993). En muchos países en los que se desarrolla la ayuda humanitaria, la gente ha nacido y crecido en medio de catástrofes sociopolíticas que han marcado sus vidas, desde los aspectos macrosociales hasta las dimensiones más íntimas. En estas situaciones existen distintas experiencias traumáticas que se asocian, y potencian sus efectos. También puede existir un cierto «acostumbramiento» a determinadas experiencias continuas o secuenciales como un mecanismo de adaptación (Becker, 1994).

En otras ocasiones, el hecho de haber pasado la experiencia más extrema, no conlleva necesariamente la superación de los problemas. Hauff y Vaglum (1995) entrevistaron refugiados vietnamitas que se reubicaron en Noruega, a su llegada al país y tres años después, pero no encontraron una disminución del estrés psicológico.

Los principales factores que contribuían al malestar se referían a las experiencias en su país de origen (tales como las experiencias de guerra, el encarcelamiento, el peligro antes de la huída o la separación de la familia) y a los acontecimientos negativos en Noruega (desempleo, cambios de ciudad), falta de un confidente y la separación familiar crónica.

Sin embargo, a pesar de todas las dificultades, la mayoría de sobrevivientes de hechos traumáticos, incluyendo traumas sociopolíticos extremos como los campos de concentración, pueden encontrarse bien adaptados años después (Janoff-Bulman, 1992; Silver & Wortman, 1989).

## **Diferentes experiencias de las poblaciones afectadas**

Hasta ahora hemos hablado de efectos individuales y sociales en general. Sin embargo, los efectos pueden ser distintos según el grupo de edad, género, situación social o las características de los hechos vividos (Martín-Baró, 1989).

Los niños y niñas, además de sufrir sus propias experiencias traumáticas, son especialmente sensibles a desorganización familiar y a los efectos de la guerra y represión política en sus padres (Desjarlais, 1993). En Mozambique por ejemplo, los niños huérfanos a causa de la guerra tenían apatía, regresión, retiro y miedo (Kanji, 1990). Muchos de los hijos de personas que han sido torturadas o desaparecidas han manifestado problemas afectivos, de apetito y sueño, retraso escolar o evasión de la reali-

dad (Weinstein, Maggi & Gómez, 1987; Weile et al. 1990). Los niños reclutados en los conflictos armados son separados de sus familias, no tienen acceso a las escuelas y carecen de oportunidades de formación. La coerción para asesinar o mutilar a sus víctimas, que forma muchas veces parte de su entrenamiento militar, tiene como resultado la destrucción de su desarrollo moral y social. La experiencia de los niños en procesos de socialización bélica hace que su comportamiento esté determinado por la posesión de armas y el poder de amenazar a los demás (McCallin, 1995).

Sin embargo, los niños con adecuado soporte social y familiar, tienen menos problemas y síntomas a corto plazo aun cuando se enfrentan a situaciones de alto estrés (Dawes, 1990). Punamaki (1989) ha subrayado que los niños no son sólo «víctimas inocentes» y en algunos países como Palestina, han encontrado también formas activas de afrontamiento y resistencia. Sin embargo, incluso en esos casos pueden producirse conductas de inhibición y manifestaciones de tensión emocional y miedo (pesadillas, rechazo al alimento, retroceso psicomotor o no querer separarse de la madre). En la experiencia del refugio, el miedo en los niños puede continuar incluso mucho tiempo después o aumentar cuando se habla de retorno al país, como sucedió en el caso de las comunidades mayas refugiadas en México (Lykes y Melville, 1992).

En el caso de las poblaciones refugiadas durante varios años, especialmente la población adolescente se enfrenta a la construcción de su identidad en un contexto transcultural. En contextos de guerra, la construcción de la identidad de los adolescentes se ve mediatizada además por patrones colectivos de identificación o rechazo a la violencia y el reclutamiento. Según la gravedad del contexto, los adolescentes pueden manifestar distinta frecuencia de problemas como agresión, abuso de alcohol y suicidio (UNHCR, 1994b).

Los patrones de distribución del trabajo, la ocurrencia de eventos específicos o las capacidades de adaptación, pueden hacer que se manifiesten distintos efectos en la población adulta. Las mujeres están más expuestas a la violación, a sobrecargas de trabajo y afectivas, especialmente cuando tienen que hacerse cargo solas de la familia, y tienen menos espacios sociales para participar. En los campamentos en Hong-Kong, las mujeres se mostraban ansiosas, deprimidas y con pocas expectativas de futuro. Las mujeres con niños además estaban preocupadas por cómo los niños vivían la experiencia de los campos de detención (Community and Family Services International, 1993).

Pero en algunos contextos las mujeres pueden incluso enfrentar mejor la situación centrándose en las tareas cotidianas. Sin embargo los hombres pueden sufrir más la militarización o la crisis de su rol en la familia, pero tienen mayor reconocimiento y participación social. Según un estudio en

Sarajevo, la mayoría de las admisiones psiquiátricas antes de la guerra correspondían a mujeres, mientras que posteriormente el 70% correspondían a hombres jóvenes entre 25-44 años, sobre todo por trastornos de estrés. Muchas mujeres dijeron que se sentirían más preparadas si podrían hacer algo para enfrentar los hechos y dar sentido a su experiencia en vez de estar esquivando el impacto de los tiroteos. Según Cerić (Jones, 1995:1053) «si tu estás con los niños, preparando alimentos con nada, buscando agua, calentando sin gas ni electricidad, no tienes tiempo para los nervios».

Los ancianos son físicamente menos hábiles, tienen en general menos capacidad de adaptación a situaciones nuevas y que cambian rápidamente, y para ellos puede ser más difícil vivir lejos de su hogar. La pérdida de amigos o familia puede afectarles más debido a su mayor dependencia respecto a la familia y comunidad para tener apoyo (UHNCR, 1994b). Sin embargo, la posición social del anciano varía en distintas culturas y contextos sociales, por lo que las consecuencias pueden ir desde la marginación hasta la protección como autoridad. La experiencia vital de los ancianos que han vivido otras experiencias de catástrofe o guerra, puede ser incluso un factor de protección (Jones, 1995).

Las personas con graves problemas físicos o enfermedad mental son muy vulnerables a las condiciones de desorganización social, que incluyen la pérdida de sistemas de apoyo comunitarios o servicios de salud. Por ejemplo en Bosnia, las dificultades por parte de las familias para cuidar a las personas con problemas de salud mental como hacían habitualmente, conllevó a la institucionalización de muchas personas en condiciones precarias debido ausencia de medios (Jones, 1995). Además, vivir situaciones de tensión o cambio brusco puede provocar crisis que empeoren su condición o les pongan en peligro.

Después de haber visto distintas experiencias de las poblaciones afectadas, nos vamos a referir a continuación a las formas más habituales de afrontar los desastres y crisis violentas. Básicamente nos vamos a centrar en tres aspectos: los procesos de duelo, las formas de afrontar hechos traumáticos y el apoyo social.

## Los procesos de duelo

«me puse triste y hasta la fecha lloro por mi hijo, porque era mi único hijo y ahora nomasito estoy sola, no duermo, vivo triste por él, porque perder un ser querido es duro y doloroso y nadie nos llena el vacío, sólo Dios. Nosotros vivimos como traumatados, a veces disimulamos nos reímos, pero nuestras almas están heridas porque perdimos seres queridos y eso es duro». (Acafade, 1990)

Las situaciones de catástrofe colectiva, producen muchas pérdidas humanas, materiales y culturales. ¿Cómo afronta la gente esas pérdidas y cómo pueden los cooperantes comprender y ayudar en ese proceso? En términos psicológicos la forma en cómo las personas hacen frente a las pérdidas se llama proceso de duelo. Diferentes autores han hecho referencia a un proceso de etapas a la hora de afrontar el duelo: negación, cólera, negociación, depresión y aceptación (Jacobson, 1986). La realización del duelo llevaría entre año y medio y dos años (Pennebaker, 1990) y alrededor de 3-5 (Jacobson, 1986). Existe controversia tanto sobre el tiempo como sobre las fases. Silver & Wortman (1989) encontraron que sólo un 30% seguía un proceso fásico, la mitad de las personas afrontaban lo ocurrido sin pasar por todas las fases, otras personas expresaban un duelo crónico o postergado.

Esas diferencias son personales pero también culturales. En algunos lugares de Mozambique, por ejemplo, las personas hablan y recuerdan a sus muertos durante algunos meses después de los cuales no se habla más de ellos (Harrell-Bond & Wilson, 1990). Sin embargo en algunas culturas indígenas del continente americano, no se concibe la muerte como una ausencia de vida, y la relación con los antepasados forma parte de la cotidianidad (Solares, 1993). Las personas que trabajan en la ayuda humanitaria tienen que tener en cuenta estas cuestiones para no ofender a la gente ni entrar en conflicto con la comunidad.

En los casos de emergencias y catástrofes es muy frecuente que estos procesos de duelo se encuentren alterados por el carácter masivo, súbito y brutal de las muertes con una falta de atribución de sentido, un sentimiento de impotencia, miedo y aislamiento de los supervivientes. Además, la propia situación de emergencia, la guerra o el contexto social represivo pueden impedir la realización de ceremonias, el reconocimiento público de los hechos y la dignificación de las víctimas. En otros casos, la situación de incertidumbre que experimentan muchos supervivientes sobre el destino de sus familiares (como en el caso de las desapariciones forzadas) pueden dejar una huella permanentemente abierta (Lira y Castillo, 1991).

El proceso del duelo conlleva tareas complejas que adquieren sentido dentro de su propio marco cultural. Desde el punto de vista psicológico, las claves para enfrentar los procesos de duelo parecen ser: aceptación de la pérdida con realización de rituales y ceremonias; la expresión emocional sobre la persona y la situación traumática; la adaptación a la nueva situación, afrontando el cambio de roles familiares, del sentido del mundo o de la propia identidad; reubicar emocionalmente a las personas muertas, estableciendo los vínculos con los que murieron y las relaciones con otras personas (Worden, 1991).

Es frecuente que encontremos en los supervivientes distintas reacciones que pueden ser normales y no deben considerarse como patológicas si no subsisten por mucho tiempo: negar que haya muerto; tratar de olvidar lo sucedido; tristeza y dolor profundos; ansiedad; cólera, rabia; pensar repetidamente en la persona muerta; tener pesadillas; sentimiento de impotencia; no querer comer, etc. Las personas implicadas en la ayuda humanitaria deben ser sensibles a estos problemas, entender y aceptar, como respuestas normales y no patológicas, las reacciones de la gente. Pero también deben aprender a reconocer a las personas que necesitan más apoyo, como son: las que no pueden hablar de la persona sin sentir una gran tristeza incluso mucho tiempo después; las que se sienten siempre enfermas; no ven sentido a la vida; las que presentan reacciones auto-destructivas; y alcoholismo.

## **El afrontamiento de hechos traumáticos**

Cuando la gente se encuentra frente a experiencias traumáticas, desarrolla maneras de enfrentar (coping) los sucesos estresantes, percibidos como peligrosos y desafiantes (Lazarus & Folkman, 1986). Las principales funciones del afrontamiento, según Laux y Weber (1991) son resolver el problema, regular las emociones, proteger la autoestima y manejar las interacciones sociales.

El afrontamiento incluye tanto procesos cognitivos y emocionales como conductas de resolución de problemas (Vaillant, 1990). Los procesos cognitivos son formas de pensar en el problema como hacer planes para solucionarlo, minimizarlo o buscarle significado, etc. A nivel emocional, las personas pueden compartir sus experiencias, relajarse, suprimir los sentimientos, etc. El afrontamiento conductual se refiere a lo que la gente hace para enfrentar el problema, como la búsqueda de información o apoyo material, la pasividad, etc. Estas tres categorías no se excluyen mutuamente. Por ejemplo, hablar y compartir las experiencias implica a la vez una conducta para buscar a otras personas, una expresión emocional de sentimientos y a nivel cognitivo, una búsqueda de sentido a la experiencia.

Un mismo mecanismo de afrontamiento (coping) puede ser positivo o negativo dependiendo del contexto, la percepción de la persona y las características individuales (Alwin y Revenson, 1987). La desconfianza puede ser adaptativa en un medio hostil como es una detención, pero en contextos menos violentos puede ser un obstáculo para obtener ayuda. Suprimir los sentimientos o tratar de no pensar en un hecho, puede ayudar en medio de una tarea o una catástrofe a ponerse a salvo y ayudar a

los demás (Suls y Fletcher, 1985). Teter (1996) describe que entre los mecanismos de afrontamiento de un grupo de supervivientes de la catástrofe nuclear de Chernobil estaban el no querer tener más información ni hablar sobre las consecuencias de la catástrofe, como una forma de protegerse de la incertidumbre sobre los efectos a medio o largo plazo, y una situación de pasividad, desesperanza y uso del alcohol.

Sin embargo, las personas que después de mucho tiempo continúan suprimiendo sus sentimientos, además de hacer un esfuerzo que tiene resultados estresantes, pueden bloquear las expresiones de afecto o tener problemas como pensamientos intrusivos o pesadillas (Pennebaker, 1990). Según Pennebaker cuando la inhibición se utiliza de forma habitual, se convierte en una forma de pensamiento de bajo nivel, muchas veces automática y no consciente. El caso extremo de este pensamiento bajo sería el uso de drogas o alcohol para evitar pensar o sentir. El pensamiento de nivel alto en cambio permite considerar la complejidad del problema y ser más consciente de los hechos y las propias capacidades. Aunque el grado de control del estresor pueda ser pequeño, será una ventaja darse cuenta de las distintas facetas, el contexto y las posibilidades de pedir ayuda.

Según otras investigaciones, las personas que acentúan la parte positiva como el valor de las cosas aprendidas, el sentido de sacrificio o lucha, etc. pueden encontrarse mejor que las personas que se aíslan o se culpabilizan (Fairbank, Hansen, Fitterling, 1991). Aspectos ideológicos o religiosos pueden ser utilizados, a nivel colectivo e individual, como formas de afrontamiento o factores protectores frente a los estresores (Ager, 1993).

Otras investigaciones (Díaz-Loving, Díaz Guerrero et cols., 1981) distinguen entre afrontamiento pasivo y activo. Tradicionalmente se ha afirmado que las estrategias activas eran más eficaces. Sin embargo, Díaz Guerrero ha encontrado que en México por ejemplo, adoptar una actitud menos activa a nivel expresivo puede ser una estrategia mejor que la confrontación. Scott (en Berry, 1992) plantea que cuando no puede desarrollarse una confrontación directa, debido a una posición de debilidad o dependencia, las personas desarrollan otras estrategias de oposición. En sus investigaciones sobre los mecanismos de adaptación a las condiciones de trabajo en las fincas de terratenientes, encontró que los campesinos hacían el trabajo más lentamente, hablaban entre ellos del problema sin darse a notar o incluían en sus mitos y celebraciones formas de ridiculización de los patrones. En muchas situaciones de represión política, cárcel o tortura, las víctimas también desarrollan sus propios mecanismos de adaptación y defensa que son activos aunque no lo parezcan.

## Apoyo social y redes sociales

Después, poco a poco, nos fuimos alejando nosotros. Es como cuando a los animales se les separa de las madres. Al principio se pasa a que mamen cuatro veces al día. Al de pocos días se pasa a tres. Y luego se va quitando así, hasta que se separa del todo. Ellos querían que les acompañáramos cada noche, pero nosotros no teníamos mucho tiempo y tampoco está bien porque se acostumbran. Entonces fuimos haciendo así, hasta que cobraron fuerza moral (testimonio de Manuel, en Riera & Martín Beristain, 1992: 173).

Las catástrofes son experiencias colectivas que llevan a buscar y proporcionar apoyo social, primero entre las personas afectadas y luego buscando otras fuentes de ayuda. Este apoyo social puede ser informativo, emocional, instrumental-material y de relaciones sociales (Thoits, 1986; Basabe, Valdoseva & Páez, 1993). El apoyo no consiste tanto en la mera existencia de una red objetiva de relaciones sociales, sino en que esa red sea funcional y percibida por las personas como una fuente de apoyo y comprensión (Sarason, Sarason y Pirce, 1990). La mera presencia de ayuda humanitaria no significa que la gente perciba que sus necesidades son tenidas en cuenta o tenga confianza en ella.

A nivel interpersonal, compartir las experiencias es una forma de enfrentar los hechos traumáticos ya que contribuye a validar, reconocer, entender y darles un significado (Davidson y Baum, 1986). Las personas que no comparten con otros su recuerdo de un hecho negativo presentan más problemas de salud física y mental (Pennebaker, 1990). Tener una pareja que había vivido la misma experiencia y un alto nivel de compartir y hablar sobre sí mismo eran dos factores asociados a un mejor ajuste psicológico en sobrevivientes de campos de concentración (Janoff-Bulman, 1992). Aunque las personas que han vivido experiencias similares pueden tener mayor capacidad de comprensión, también puede ser difícil que se apoyen por tener distintos ritmos y estilos de duelo.

Sin embargo, compartir no siempre disminuye la tensión (Davidson & Baum, 1986). Cuando el estresor está presente, el compartir las experiencias también puede reforzar la rumiación y contribuir a la difusión de rumores (Hobfoll & Parrish, 1990). En las situaciones difíciles las personas tienen necesidad de compartir las noticias negativas y esto puede llevar a la amplificación y distorsión de la realidad (Allport & Postman, 1952/1977).

El apoyo social es muy importante para enfrentar los hechos traumáticos y situaciones difíciles, pero pueden existir dificultades para obtenerlo. Para las personas cercanas puede ser difícil escuchar, ya que el compartir experiencias con personas depresivas puede inducir un estado de ánimo negativo. Otras veces, las otras personas no saben qué decir,

evitan hablar o esperan que la víctima tome la iniciativa (Pennebaker, 1990). Un grupo de sobrevivientes del Holocausto explicaron que no habían compartido su experiencia por proteger al otro, porque no se entendería su experiencia o porque era muy doloroso recordar los hechos y preferían olvidarlos (Pennebaker, Barger & Tiebaout, 1989).

Aunque las situaciones de catástrofe social producen disgregación de las redes sociales, en muchas de las situaciones de crisis las propias poblaciones afectadas desarrollan formas de apoyo mutuo, tanto material como emocional. Las formas de apoyo mutuo, la organización de las comunidades y la defensa de los derechos humanos, constituyen formas de afrontamiento colectivas. Incluso el sufrimiento puede convertirse en experiencias organizativas y movimientos de apoyo mutuo y reivindicación social, como en el caso de las Madres y Abuelas de Plaza de Mayo (Kordon, Edelman et al, 1986) y las Asociaciones de Familiares de Desaparecidos en muchos países de América Latina. Estas experiencias constituyen formas colectivas de enfrentar las consecuencias de los hechos traumáticos, de reconstruir los tejidos sociales y de luchar contra las causas del sufrimiento.

## **Conclusión**

La ayuda humanitaria se enfrenta aquí a un desafío que cuestiona su sentido: no debe constituirse en un elemento ajeno, que rompa las redes ya existentes o genere conflicto entre ellas (creando por ejemplo redes paralelas de servicios o nuevos grupos que compitan con otros que ya existen en la comunidad). Reforzar el propio tejido social, y estimular las formas de apoyo mutuo entre la población, debiera ser uno de los objetivos centrales de la acción humanitaria.

## Capítulo 2

# Cooperantes

La acción humanitaria, rápida, simple y concreta, al menos en comparación con el tratamiento político que se da a los problemas exóticos, se presenta bajo una forma fácilmente accesible y que permite una valoración inmediata: el tándem víctima-socorrista se ha convertido así en uno de los emblemas del fin de siglo (Brauman, 1993: 155).

En el terreno de la ayuda humanitaria, las situaciones de crisis así como las experiencias de trabajo, tienen implicaciones psicosociales para los grupos y personas involucradas. Brauman (1993) discute el papel de los medios de comunicación ante las crisis y plantea cómo los cooperantes cumplen en sus sociedades de origen, una función mediadora simbólica que contribuye a una representación de la realidad. La distorsión y los filtros selectivos de las imágenes, tienen consecuencias tanto en la consideración de lo que es una emergencia como en el carácter de las acciones. Este y otros muchos retos que actualmente plantea la ayuda humanitaria, tienen una dimensión tanto política y organizativa como personal. La ayuda humanitaria se enfrenta a los riesgos de que se utilice como apaga fuegos de los efectos producidos por las políticas de desarrollo, como en el caso de Somalia (Choussudovsky, 1993), o servir a los Estados como una forma de protección a su inercia política, al tranquilizar la sensibilidad altruista y pacífica de sus ciudadanos (Hermet, 1993).

Las organizaciones y agencias humanitarias trabajan en contextos difíciles en los cuales su papel puede ser ambiguo. Los cooperantes enfrentan en su trabajo cotidiano esos desafíos y las propias dificultades de las acciones humanitarias. Todo esto puede cuestionar o dar más sentido a su trabajo.

## Implicaciones psicosociales del trabajo humanitario

El trabajo de agencias, ONG y cooperantes, se desarrolla en acciones y contextos de emergencia, reconstrucción y «desarrollo». Aunque tiende a darse por descontado lo que significa la ayuda humanitaria, en la práctica encontramos distintos tipos de visiones, prioridades y actividades. Esto no depende sólo de las necesidades de la población o de los problemas producidos por la crisis, sino también de cómo se concibe la ayuda. Si la ayuda humanitaria no tiene una perspectiva histórica y visión de futuro, la distinción entre «emergencia» y «desarrollo» corre el riesgo de imponer una compartimentación ajena a la vida de la gente, entre un presente de precariedad y un futuro que no se materializa.

La mayor parte de las acciones humanitarias conllevan tareas como proporcionar cuidados básicos a las poblaciones afectadas, apoyar la organización o capacitación y mejorar las condiciones de vida de la población. Aunque sobre el papel las tareas son claras, puede haber mucha confusión porque los distintos actores individuales o institucionales, tienen frecuentemente distintos intereses y prioridades (Fisas, 1994). Jean (1993) describe cómo en el caso de las acciones humanitarias en Somalia, las diferencias entre ONGs y la ONU, se pusieron de manifiesto de una manera bastante contundente, que la justificación de la protección a ONGs sirvió para enmascarar objetivos políticos, y que la confusión de lo militar y lo humanitario acrecentó la inseguridad para las organizaciones humanitarias y redujo su espacio de trabajo.

A pesar de esto, existe un pensamiento naif en el aire humanitario (Prunier, 1993) que lleva a pensar en términos de acción puntual, neutra o sin consecuencias más allá de la relación de ayuda. Las personas con poca capacidad de evaluar la situación, corren el peligro de no ser conscientes de lo que están haciendo y de la influencia que la ayuda humanitaria puede tener.

Para desarrollar su rol de forma adecuada, las personas que trabajan en la ayuda humanitaria necesitan distintas capacidades y habilidades. Entre ellas están: capacidades de relación humana con la población afectada; capacidad técnica adaptada a la realidad social y cultural local; conocimiento sociopolítico de la situación y sentido de la ayuda; y capacidad de relación con autoridades y otros grupos, en un contexto difícil.

El trabajo humanitario también presenta similitudes con las exigencias de otros trabajos de ayuda. Las relaciones con la gente pueden ser el estímulo más importante y el centro de las motivaciones de muchas personas. Pero las expectativas poco realistas sobre la variedad y los estímulos en el trabajo, a veces contrastan con responsabilidades más monótonas como gestión de recursos, escribir informes y un trabajo de rutina.

El trabajo humanitario se inserta dentro de ONGs, agencias internacionales o gubernamentales que tienen estructuras, intereses, responsabilidades y exigencias psicológicas distintas. Las agencias internacionales o gubernamentales pueden estar más preocupadas por la opinión pública o las políticas institucionales. Los niveles centrales de las ONG pueden estar más preocupados por mantener relaciones institucionales o conocer sus prioridades a la hora de proporcionar recursos. Las personas cooperantes, en cambio, a través del contacto con la realidad, especialmente los que viven con la gente por un tiempo largo, pueden conocer mejor las prioridades de la población y ser más sensibles a sus necesidades. Agger (1995) señala que una actitud comprometida y profesional, por parte de las personas que trabajan en la ayuda humanitaria, requiere energía, y que esos requerimientos pueden entrar en conflicto con las demandas de «cantidad de beneficiarios» y de «visibilidad de las acciones», frecuentes en las organizaciones humanitarias.

Un ejemplo de cómo los criterios de una determinada cultura organizativa puede tener consecuencias psicosociales en la ayuda humanitaria, es la política de contratos (Agger, 1995). Los enfoques dominantes en la ayuda y los plazos para la dotación de fondos, tienen implicaciones en la movilidad de los cooperantes y la continuidad de las acciones. Trabajar dos meses en Ruanda y después unas semanas en Haití, o mantener la incertidumbre sobre si el proyecto puede continuar cuando se está aún a mitad de trabajo, tiene consecuencias tanto para la salud de los cooperantes, su implicación en las acciones y la utilidad de los programas para la población. La consideración de la eficacia inmediata del hacer, sin las condiciones necesarias para que la ayuda sea real, oculta en la práctica la falta de adecuación y fracaso de muchas acciones.

## **Motivaciones y rol de ayuda**

Todo esto muestra cómo es posible que coexistan diferentes agendas que comprometan el desarrollo y la eficacia de la ayuda. Aunque se está llevando a cabo un debate entre agencias, ONG y gobiernos sobre las motivaciones y preocupaciones de la ayuda humanitaria, apenas ha habido investigaciones sobre la relación entre las motivaciones y la forma en que se hace el trabajo por parte de organizaciones y cooperantes implicados.

En general tiende a suponerse un desinterés en la ayuda, y los cooperantes y agencias muestran un rechazo a pensar a los posibles efectos negativos de las propias acciones (de Waal, 1987). Sin embargo, en la práctica es frecuente que la falta de sentido crítico con respecto al propio trabajo y la asunción del propio rol del que «ayuda», puede tener conse-

cuencias negativas para la propia población (Harrell-Bond, 1986).

Por ejemplo, los criterios de organización de la ayuda condicionan las actitudes y los modelos de relación entre cooperantes y población. Los modelos de organización de los campamentos de refugiados conllevan muchas veces una falta de acceso a la información por parte de la gente, y un control de la toma de decisiones centrada en el staff, de forma similar a lo que Goffman (1961) describe en su análisis de las instituciones totales. En un contexto así, las relaciones pueden estar muy marcadas de antemano, al margen de cuales sean las motivaciones o las actitudes personales.

A nivel personal, las motivaciones poco claras o la utilización de la ayuda humanitaria para satisfacer otro tipo de necesidades personales (tener curriculum, sentido de «aventura» o fuga de situaciones propias) conlleva riesgos importantes para el desarrollo y sentido de las acciones humanitarias. Una falta de convicción en lo que se hace, puede volver a la gente menos sensible a las necesidades de la población. Unas motivaciones centradas en el reconocimiento social entran en crisis y se asocian a frustración, cuando no se tiene. Un planteamiento idealista con falta de sentido de la realidad puede, al confrontarse con la experiencia, tener más desilusiones que recompensas (Stearns, 1993).

Por otra parte, las actitudes personales pueden imprimir también un carácter distinto a las relaciones con la población. Los presupuestos implícitos de que son unos los quienes tienen los conocimientos (legales, técnicos) o el poder (gestión de la ayuda), mientras la población se encuentra en una situación de dependencia, conlleva una actitud de superioridad. La idealización del otro y de la propia acción puede llevar a actitudes paternalistas. Conlleva modelos de dependencia basados en el control de gestión de la ayuda y minusvaloración de las capacidades de la población. Reconocer las capacidades de la gente, así como asumir de las respectivas responsabilidades, implica una actitud abierta al aprendizaje y la reciprocidad, basada en el respeto a la población y orientada por un sentido de justicia social.

Aunque casi nadie pone esto en cuestión, la frecuencia de las dos primeras no es escasa. Las tendencias a creerse omnipotente (Jehovah complex) o asunción de un excesivo rol de cuidador (Magna Mather complex), pueden llevar a una sobrecarga, confusión en su papel y reforzar la victimización y pasividad de las poblaciones (Stearns, 1993).

## **Dilemas morales en la ayuda humanitaria**

La ambigüedad de las situaciones en que se desarrolla la ayuda hu-

manitaria está llevando a desafíos y dilemas morales crecientes. Los dilemas que en las situaciones concretas se le plantean a los cooperantes, son parte de los que enfrentan las organizaciones humanitarias y tienen también un carácter político

El contexto actual plantea a las organizaciones humanitarias los problemas éticos y prácticos más difíciles con que se han enfrentado hasta ahora, como: utilización de la ayuda por los contendientes en una guerra; posibilidades de convertirse en cómplices de atrocidades al permanecer en un lugar o de lo contrario abandonar a las poblaciones más necesitadas; dar o no testimonio de atrocidades comprobadas con el riesgo de tener que renunciar a la acción humanitaria; o intensificar la ayuda humanitaria cuando esta permite a los Estados escabullirse de la acción política (Hermet, 1993). Esto ha hecho por ejemplo que en 1995 las ONG en Ruanda debatieran su papel en los campamentos de refugiados en Zaire, en vista de la presencia y control de milicias que preparaban nuevos enfrentamientos.

También a nivel personal, las personas que trabajan en la ayuda humanitaria se confrontan con dilemas éticos que raramente se discuten de forma abierta, como decidir en condiciones de escasez a quien se le va a dar un tratamiento o alimentación. Estos dilemas pueden confrontar a las personas consigo mismas (¿qué sentido tiene mi papel en la ayuda humanitaria? ¿qué hago aquí?)

El hecho de estar presentes en situaciones de injusticia puede suscitar responsabilidad moral y culpa. Para tratar de enfrentar estos dilemas, los cooperantes buscan alternativas que pueden ir desde distintos grados de identificarse con la gente a mantenerse aferrados a su rol. A los ojos de la gente los cooperantes pueden representar alguien que puede ayudarles, más allá de su papel definido en los programas de ayuda humanitaria. Para las personas cooperantes, esto puede exigir un mayor compromiso con la gente, conflictos con el mandato o con los criterios de las organizaciones humanitarias. Por otra parte, las personas que trabajan en la ayuda humanitaria «representan» al mundo occidental y las poblaciones pueden referirse a ellas para hacer explícito su sufrimiento, hacer demandas o protestar por situaciones de injusticia. En el caso de la crisis y masacres de Ruanda, los cooperantes belgas que estaban en el país se vieron enfrentados al sentimiento anti-belga presente en la población (Sydor & Philippot, 1995).

En muchas de estas situaciones de dilema moral, los cooperantes pueden sentirse impotentes dada la magnitud de los problemas o la inoperancia de quienes tienen la responsabilidad de resolverlos. En esos casos, muchos pueden hacerse la pregunta con que termina este testimonio, tomado de los campamentos de refugiados de Vietnam en Hong-Kong:

¿quien escucha?

«Al principio de 1989 algunos de nosotros discutíamos nuestro papel en este campo. Era siempre un dilema, si era mejor para nosotros estar en los campos y dar a los refugiados servicios esenciales pero mínimos, esperando que tomar esta posición fuera lo mejor... Durante todo el tiempo teníamos sentimientos fuertes frente a la detención de esta gente y el screening injusto del que éramos testigos. Naturalmente yo me quede allí, pero usé mis contactos para mandar información a la gente fuera de Hong Kong y pudieran hacer lobby contra lo que estaba sucediendo.»

La situación más difícil fue cuando los refugiados protestaron abriendo el vientre frente a uno de nosotros. Un grupo de trabajadores de agencias y de staff del ACNUR decidieron encontrarse para discutir que se podía hacer. Algunos vietnamitas se enteraron del encuentro. Como no pudieron entrar se abrieron el vientre delante de nuestra puerta. No olvidaré nunca como me sentí mientras era escoltada por las fuerzas de seguridad pasando al lado de los heridos y delante del resto de la población del campamento. El sentido de impotencia de estas personas se sentía en el aire. La desesperanza estaba en mi corazón. Lo que más me afectó era lo que yo representaba para esta gente, la esperanza y el poder del occidente, y sin embargo era completamente impotente.

No olvidaré aquel otro día de mayo de 1990. Dispararon más de cien bombas lacrimógenas en la sección 5 del centro de detención llamado White Head. Aquel día no nos permitieron entrar en el campamento. Cuando pudimos entrar me invadieron de peticiones para que comunicase fuera lo que estaba sucediendo. Lo comuniqué a mucha gente, pero después me he enterado que la semana pasada, el 13 de abril de 1994 fueron lanzadas 557 bombas lacrimógenas. ¿Quién escucha?»

Maryanne Loughry. Carta al RSP, abril 1994

Dilemas morales como éstos, ponen en evidencia cómo las acciones humanitarias tienen que ser portadoras de una ética distinta que impregne sus acciones, para que la ayuda humanitaria respete la dignidad de la gente a la que se propone ayudar (Brauman, 1993).

## **El estrés en la ayuda humanitaria**

El trabajo de ayuda humanitaria se realiza frecuentemente en situaciones que producen estrés, tanto en las poblaciones afectadas como en las personas cooperantes. En la ayuda humanitaria se utilizan habitualmente las siguientes categorías que se solapan: estrés día a día, estrés acumulativo, estrés relacionado con el sufrimiento y la muerte (CICR, 1994).

El estrés día a día esta relacionado con el ritmo, el volumen del trabajo, frustraciones, o las propias dificultades personales de adaptación a un contexto distinto y amenudo difícil. Este estrés diario, contenido dentro de los límites en que puede ser afrontado con los recursos propios, puede ser un estímulo para el trabajo e incluso contribuir a dar un sentido positivo a la experiencia de ayuda humanitaria.

Además del estrés diario, las condiciones de vida, las amenazas del contexto y las dificultades para descansar o para tener apoyo social, son condiciones que pueden irse sumando y con el paso del tiempo dar lugar a un estrés acumulativo.

Por otra parte, confrontarse con situaciones de extrema pobreza, dolor y muerte es parte del sentido del trabajo humanitario pero puede conllevar también estrés. Este puede ser consecuencia de graves eventos disruptivos (critical incident stress), como de las situaciones traumáticas crónicas vividas por la población y que los cooperantes conocen o comparten en su trabajo. Esto puede llevar a veces a sentimientos de impotencia o una culpabilización.

Las personas que trabajan en la ayuda humanitaria pueden verse afectadas de forma vicaria (McCann & Pearlman, 1990) por las experiencias traumáticas de las poblaciones con las que trabajan, especialmente cuando se identifican con su historia y sufrimiento. Además, puede suceder que los cooperantes recuerden o revivan experiencias previas que en su historia personal han sido traumáticas (lo que en términos psicoanalíticos viene referido como contratransferencia) (Hearman, 1992; Wilson & Lindy, 1994).

## Efectos del estrés

«¿Cómo puedes trabajar con gente que ha sufrido horrores que no se pueden explicar con palabras? No es fácil, es algo que te implica completamente. El primer año casi cada uno de nuestro equipo tuvo pesadillas. Esto era particularmente frecuente después del martes, que es el día cuando atendemos muchas personas. Ninguno de nuestro equipo podía levantarse el miércoles a la mañana.»

R. Mollica, M.D. Director, Indochinese Psychiatric Clinic, Boston, MA (Stearns, 1993:3)

En general, las personas que trabajan en la ayuda humanitaria no han enfrentado experiencias tan traumáticas como las poblaciones afectadas, pero ayudar y observar catástrofes colectivas puede hacer que manifiesten efectos parecidos, tanto a nivel físico, como cognitivo, emocional, conductual o espiritual (Hodgkinson & Stewart, 1991).

Las características del trabajo, que requiere una toma rápida de decisiones y agilidad en la realización de tareas, pueden hacer que las personas se sientan estresadas. Como consecuencia, pueden manifestar dificultades de concentración, rigidez, focalización del pensamiento en determinados problemas o incapacidad de evaluar y tomar decisiones. El estrés puede influir negativamente en el modo en que se realiza el trabajo. Se pueden dar, entre otras, situaciones de absentismo y refugio en tareas más fáciles o repetitivas. El abuso de medicamentos o alcohol o comportamientos de riesgo pueden ser otras manifestaciones. A nivel emocional, el estrés puede hacer que la persona se sienta presionada o pierda interés en su trabajo o por la gente, generando desilusión, victimización o desconfianza (Cherniss, 1980).

Frente a las situaciones mantenidas de alto estrés, las personas pueden encontrarse sin energía. Este estado ha sido definido como burnout y se caracteriza por fatiga, frustración, autoconcepto negativo y bajo interés por la gente (Rawnley, 1989). Se han identificado distintas etapas por las que puede pasar la persona en ese proceso de burnout que incluyen: entusiasmo; bloqueo; frustración; y apatía.

Pero las reacciones de estrés no son sólo individuales, se manifiestan también en la interacción entre las personas. La tensión puede producir un aumento de agresividad verbal o marginación de algunas personas. A nivel de grupo, se pueden dar reacciones negativas, como las formas de evitar el problema, el imperio del silencio o el mantenerse permanentemente ocupado para no pensar. Frente a una situación difícil o incierta, las personas pueden aferrarse a las normas de forma rígida o basarse en prejuicios. Este tipo de reacciones pueden hacer que los cooperantes encuentren en el grupo una fuente de estrés en lugar de apoyo mutuo (Martín Beristain y Riera, 1992).

## **Afrontamiento del estrés**

### *Individual*

Básicamente las alternativas frente al estrés son: modificar la fuente; disminuir sus consecuencias; y cambiar las formas de afrontamiento. En el capítulo precedente ya se describieron los aspectos básicos relativos al coping individual y a la importancia del apoyo social. La mayor parte de las personas que trabajan en la ayuda humanitaria vienen de Occidente y están habituadas a algunas formas de afrontamiento como el ejercicio físico regular, el cuidado de la alimentación, el descanso y dormir lo suficiente, la relajación y los placeres saludables.

Estas formas pueden ser formas positivas de coping, pero difíciles en la práctica. En condiciones precarias no es posible tener una cama o una habitación personal o el tiempo suficiente para descansar. Por otra parte, los cooperantes tienen que ser conscientes de sus necesidades pero también de la influencia que sus comportamientos pueden producir en la población. Por ejemplo, consumir alcohol cuando está prohibido para la población supone una muestra de insensibilidad. Se necesita por tanto flexibilidad en las formas de adaptación y sensibilidad frente al contexto.

Comunicarse con familiares y amigos, aún con los límites prácticos que se pueden dar, ayuda a mantener relaciones sociales, compartir las experiencias y tener espacios para evitar una focalización permanente en los problemas. También el escribir acerca de las propias experiencias traumáticas ha sido descrito como una forma positiva de enfrentarlas, mientras no se convierta en un ejercicio intelectual o en un sustituto de la acción (Pennebaker, 1993).

El apoyo mutuo entre las personas que trabajan en la ayuda humanitaria, puede ayudar a mejorar la gestión del estrés y contribuir a dar más sentido a la experiencia. Por ejemplo, frente a decisiones graves que suponen dilemas morales, la discusión y toma de decisiones de forma colectiva disminuye la culpabilidad y mejora el sentido de responsabilidad (Latané, en Morales, 1994). Sin embargo, la competitividad entre organizaciones que trabajan en un mismo lugar, por ejemplo con la consideración de propiedad de determinados territorios de acción, puede disminuir las posibilidades de apoyo mutuo que tienen las personas cooperantes entre sí (Agger, 1995).

### *Organizativo*

Las estrategias organizativas que se pueden usar para disminuir las fuentes de estrés o mejorar su gestión por parte de los cooperantes son la formación, la supervisión, los cambios en la organización del trabajo y el apoyo posterior para afrontar las situaciones vividas (debriefing). La sensibilidad para tener en cuenta las necesidades psicológicas, y el grado de flexibilidad para la innovación, son factores institucionales que pueden favorecer un mejor afrontamiento del estrés por parte de las personas que trabajan en la ayuda humanitaria (Wilson & Lindy, 1994).

La formación de las personas que trabajan en la ayuda humanitaria tiene un papel preventivo. Las necesidades de formación incluyen, por una parte, aspectos de carácter general (conocimiento de país, la situación política, cultura, etc.) y preparación técnica (proyecto, actividades a desarrollar, etc.).

Pero por otra, la formación debería dar más importancia al trabajo sobre el propio rol y actitudes en la ayuda humanitaria, así como al aumento de la competencia para afrontar el estrés. Pero no solamente la formación orientada al estrés contribuye a reducirlo. Aumentar la competencia técnica, mejorar el conocimiento de la realidad y aclarar el rol de cooperantes, contribuyen también a disminuir algunas de las causas de estrés.

La supervisión supone la discusión con algún profesional o responsable organizativo de los casos difíciles y las alternativas para gestionar los problemas. Tiene un papel de apoyo durante la acción. Una supervisión eficaz debe ayudar a mejorar el afrontamiento de las dificultades y la autoconfianza, y ser sensible a las necesidades psicológicas de la persona, proporcionando un feed-back que ayude a evaluar el trabajo.

La rotación de los trabajos de más alto estrés, así como el establecimiento de tiempos de descanso, puede ser una forma de disminuirlo (CICR, 1994). Sin embargo, éste no es el único cambio organizativo importante. La claridad en los objetivos de la acción y de las tareas de los diferentes participantes, así como las normas claras en la comunicación, pueden disminuir las situaciones de incertidumbre o ambigüedad que frecuentemente contribuyen al estrés de las personas que trabajan en la ayuda humanitaria (Stress Management Course, RSP, 1994). Incluir dentro de las agencias de ayuda humanitaria mecanismos de autoevaluación y participación en la toma de decisiones, puede mejorar la gestión de las dificultades.

Pero la experiencia, o incluso el estrés producido por estas situaciones, pueden no terminar cuando los cooperantes finalizan su trabajo o vuelven a su país. Entonces pueden darse problemas tanto para enfrentar las situaciones vividas como para la reintegración social (encontrar trabajo, amigos, etc.)

Después de trabajos o experiencias difíciles, o el paso de mucho tiempo lejos, las personas cooperantes pueden tener necesidad de compartir sus experiencias con otras para las que esto tenga sentido y con capacidad de acogida humana (familiares, amigos, compañeros, etc.). Sin embargo, los ritmos y estilos de vida distintos, los cambios sociales acontecidos, o la distinta centralidad de la experiencia para la persona y sus familiares o amigos, aumentan la dificultad de compartir. Los cooperantes pueden así enfrentar dos choques culturales. Uno en el lugar donde se desarrollan las acciones humanitarias. Otro a su vuelta por la banalidad y el etnocentrismo de la gente de su cultura (Moghaddan, Taylor & Wrigth, 1993). Las personas que regresan deben ser conscientes de estas dificultades, evitando la autovictimización o sobrevaloración personal, para reintegrarse de una manera más constructiva.

Pero además, puede haber personas que hayan vivido acontecimientos críticos o experiencias traumáticas, y se encuentren afectadas o necesiten más apoyo. En estos casos puede ser útil buscar un apoyo individual o compartir las propias experiencias en un grupo (debriefing).

Sin embargo, es importante que estas experiencias respondan a sus necesidades y tengan sentido para la gente. Especialmente cuando los cooperantes han tenido que salir del país por motivos de detención, aumento de la violencia o amenazas, pueden estar más afectados por la situación y tener un sentido de experiencia «incompleta», asociado a injusticia y necesidad de reparación. El miedo o la angustia por la gente que ha quedado allí puede ser un factor añadido en estos casos.

Dado que las experiencias vividas han tenido una causa social, las personas pueden sentir la necesidad de hacer algo a nivel social que tenga un significado positivo (por ejemplo dar su testimonio) y no sólo tener un apoyo para resolver dificultades psicológicas.

Recuperar el sentido de la acción en un nuevo contexto, es un desafío de la gente que vuelve. La importancia de comprometerse en la propia realidad para cambiar las cosas aquí y compartir las experiencias a nivel social, son dos factores que pueden unir la necesidad de reintegración y la continuación en el trabajo humanitario desde otras perspectivas, incluyendo la acción política que contribuya a cambiar las causas del sufrimiento de la gente.



## Capítulo 3

# Interacciones transculturales

Cuando John Hardbattle, un bosquimano/kwe del Kalahari era un niño, su madre le explicó sobre la variedad de los pueblos: «Dios nos hizo a todos. Somos todos iguales. Pero somos diferentes». (IWGIA, 1992)

Ya sea con las personas cooperantes que trabajan en otro país, las poblaciones que son forzadas a refugiarse o la composición multicultural de organizaciones de ayuda, las interacciones transculturales forman parte cotidiana de las acciones humanitarias.

Comprender estas interacciones culturales, aprender a ser conscientes de los símbolos, modos de vida y comunicación de las poblaciones, puede ayudar a comportarse según las normas del lugar, promover intervenciones con sensibilidad cultural y reducir el estrés de las interacciones.

### **Estereotipos, prejuicios y discriminación**

Un fenómeno que puede marcar las interacciones culturales son los estereotipos y prejuicios. Los estereotipos son modos de organizar la información y describen las características de una determinada categoría social. Lippman (1922) los definió como «imágenes en la cabeza» que tenemos de personas o grupos. Por ejemplo, un estereotipo sobre los refugiados es que son víctimas pasivas e impotentes. Los estereotipos pueden influir tanto en el modo de organizar la ayuda humanitaria como en las relaciones interpersonales.

Los estereotipos favorecen una percepción selectiva (Snyder, 1981). Esto hace que se den por descontado determinadas cosas, por ejemplo que entre los refugiados en un campamento no hay profesionales o que si

los hay no son competentes. Entonces la ayuda humanitaria puede tender a exportar profesionales en vez de utilizar los del lugar (World Bank, 1993). La percepción selectiva hace también que se sea más sensible a los hechos que pueden confirmar el estereotipo. Así, en el caso de la ayuda alimentaria por ejemplo, las dificultades de la población para manejar la balanza, pueden confirmar una pretendida incapacidad para distribuir el alimento y describirse después a los refugiados como personas pasivas.

Cuando estas imágenes están basadas en informaciones parciales o sesgadas, contribuyen a crear una particular valoración que constituye un prejuicio. Las palabras víctima, pasiva o impotente, conllevan un juicio de valor negativo y una actitud paternalista. Las valoraciones negativas pueden materializarse en formas de discriminación, como por ejemplo en el no emplear a personas refugiadas, o darles un trabajo poco cualificado y en condiciones que no aceptaríamos para nosotros mismos.

Aunque habitualmente tiende a negarse la utilización de estereotipos o prejuicios, estos pueden manifestarse incluso de forma no consciente en las actitudes y comportamientos no verbales, o el paralenguaje infantilizador (tono de la voz, etc.). Las consecuencias pueden ser de discriminación, al no tener en cuenta a la población en la toma de decisiones o eliminar los espacios de participación. Estas discriminaciones se han puesto de manifiesto, por ejemplo, en la ausencia de representantes de las personas afectadas por la decisión en el Comprehensive Plan Of Action en Asia, donde gobiernos y agencias internacionales trataron sobre la repatriación de estas personas (asylum seekers) sin que siquiera tuvieran voz.

Las interacciones culturales se pueden dar entonces en medio de relaciones de poder. Las características del poder han sido definidas en base a tres criterios (Martín-Baró, 1989b): se dan en las relaciones sociales, se basan en la posesión de recursos y producen un efecto en la misma relación social. Aunque el concepto de poder es utilizado de muy diversas maneras y aplicado a realidades muy distintas, la asimetría de la relación entre agencias internacionales o gubernamentales y organizaciones humanitarias, respecto a las poblaciones afectadas, puede constituir distintas formas de poder que influyen las interacciones transculturales. La adecuación de los intereses de la ayuda a las necesidades de las poblaciones y los espacios de participación real, pueden disminuir el riesgo de las formas de autoridad propiciadas por el control de los recursos.

Las situaciones de catástrofe colectiva pueden también reforzar los estereotipos y prejuicios entre determinados grupos sociales o con distinto componente étnico. La ruptura de los procesos de convivencia e intercambio cultural que han estado presentes en muchas sociedades multi-

culturales pueden conllevar enfrentamientos y convertirse en formas de justificación de la violencia, como en Bosnia Herzegovina (Rieff, 1996).

A nivel más global, cambiar los estereotipos respecto a la propia ayuda humanitaria puede ser también una necesidad en los países del Norte. Según una encuesta realizada por ONG (ECS-CEE, 1988), una persona de cada dos piensa que las relaciones con el Tercer Mundo se articulan alrededor de la necesidad que tienen de recibir ayuda de los países ricos (Comité de Enlace ONGD, 1989). Los riesgos de los estereotipos es que inducen a pensar en las situaciones de pobreza como un hecho en sí mismo («cultura de la pobreza») y no como consecuencia del sistema social y de relaciones internacionales en que se encuentran. Cuando se olvida este marco histórico la exigencia del cambio no recae en la sociedad, en el sistema, sino en el marginado (Martín-Baró, 1989c).

## **Diferencias y similitudes culturales**

Las interacciones transculturales están marcadas también por las diferencias culturales. Hay distintas definiciones y enfoques sobre la cultura. Kluckhohn, (1952, en Price-Williams, 1980), encontró más de cien. Estas se refieren a valores, conocimientos, normas y manifestaciones de modos de entender la vida. La cultura supone entonces un conjunto de conductas, experiencias emocionales y conocimientos implícitos, que las personas comparten en cuanto miembros de un grupo o una comunidad. Dado este carácter implícito, incluso las personas familiarizadas con una cultura pueden tener dificultades para explicarla (Taft, 1977).

El estudio de los valores ha sido uno de los puntos de interés de las investigaciones sobre las similitudes y diferencias culturales. Hofstede (1980) identificó cuatro dimensiones en las que se manifiestan: individualismo-colectivismo; masculinidad-femineidad; regulación; distancia del poder y jerarquía.

Otros autores han revelado también la importancia de las diferencias de valores para explicar el tipo de relación entre persona y grupo, el modo de afrontar los problemas de una forma más directa o compartiéndolos con los demás, o la forma en que se enfrentan las incertidumbres de la vida (Díaz-Guerrero, Díaz-Lowin, Helmreich & Spence, 1981). Las relaciones entre hombres y mujeres o las relaciones con la autoridad, son otras manifestaciones de las diferencias de valores entre distintas culturas.

Los países industrializados del norte presentan más características de individualismo, en donde priman los objetivos del individuo sobre los del grupo (Morales, López y Vega, 1992; Triandis, 1994) mientras los

países asiáticos y latinoamericanos, tienen valores más colectivistas (Hofstede, 1980) con una relación más estable entre el individuo y grupos de pertenencia informales.

Rockeach (en Morales et al., 1995) usando una escala sobre valores observó diferencias entre africanos (colectivista) y europeos (individualista). Los primeros enfatizaban: mundo pacífico, salvación, seguridad nacional; igualdad; reconocimiento social. Mientras los europeos: amistad verdadera; seguridad de la familia; amor maduro; mundo de belleza; una vida excitante. Aunque evidentemente la generalización de determinados valores a poblaciones tan poco homogéneas deba observarse con cuidado, estas diferencias indican valores más comunitarios y sociales en los africanos, mientras los europeos se focalizan más en la gente de alrededor y sentido de vida personal. La influencia de esta vivencia más comunitaria puede verse en los modos en que se discuten los problemas, se toman decisiones o el grado en que se comparten las experiencias difíciles.

Sin embargo, estas diferencias culturales pueden ser también consecuencia de los sistemas sociales en que ha vivido la gente. Por ejemplo, los sectores más humildes de los pueblos latinoamericanos muestran con frecuencia conformismo social, que es parte del fatalismo que les lleva a aceptar su vida como definida por fuerzas superiores externas a ellos y, por tanto, fuera de su control. Según Martín-Baró (1989d) el fatalismo es de hecho una consecuencia de las situaciones de dominación colonial, a las que resulta funcional pues reduce la necesidad de ejercer una coerción física mayor para mantener su dominio.

## **Cultura y emociones**

En el estudio de las diferencias otro punto de interés ha sido la vivencia y expresión emocional. Estos aspectos tienen importancia en la ayuda humanitaria tanto por su influencia en cómo se vive colectivamente un hecho, como por las distintas respuestas individuales en las situaciones de crisis o incluso las formas en que se manifiestan los problemas de salud mental.

Parece existir una similaridad transcultural de expresiones faciales, cambios corporales percibidos y tendencias de acción (Páez & Vergara, 1995). Por ejemplo, los atributos asociados a tristeza, alegría, rabia, miedo o disgusto son bastante similares en culturas muy distintas (Smith, & Bond, 1993). Sin embargo, la vivencia subjetiva de las emociones, cómo se expresan verbalmente y cómo se afrontan y regulan las emociones son aspectos más variables (Mesquita y Frijda, 1992). En culturas colectivistas

tas por ejemplo, la gente puede sentirse más afectada por el hecho de sentirse solo o no estar con su familia. Puede tender a buscar más el apoyo de la comunidad o a realizar determinadas actividades colectivas o celebraciones, que en otras culturas.

Otro ejemplo de esta variabilidad en los aspectos emocionales son los conceptos o formas de simbolizar y vivir su experiencia. Por ejemplo un estado afectivo como la depresión se describe y vive de forma diferente según las culturas. En países occidentales la culpa y los síntomas afectivos-subjetivos son más comunes. Por el contrario, en los países orientales no se refieren tantas reacciones afectivas subjetivas sino que las personas informan de gran variedad de síntomas somáticos y externos (Marsella, 1978).

En algunas culturas indígenas el trauma es explicado como susto, que necesita sacarse del cuerpo. Estas diferencias hacen que las personas que trabajan en la ayuda humanitaria necesiten desarrollar una sensibilidad cultural para mejorar su comprensión y capacidad de apoyo a la gente.

## **Concepto del tiempo y del espacio**

Las intervenciones humanitarias se basan en conceptos de espacio y tiempo determinados, que influyen tanto los criterios organizativos como la relación con las poblaciones. Las culturas occidentales en las que se basa la ayuda humanitaria, tienen una concepción del tiempo dividido y segmentado, y utilizado en función de la rapidez y productividad. Según Grossin (1969), en las sociedades occidentales la relación entre tiempo y trabajo ha cambiado en función de la industrialización. No se come cuando se tiene hambre, sino porque es la hora de la comida; el «tiempo es oro» y se debe gastar lo mejor y más racionalmente posible.

Por el contrario las culturas colectivistas tienen una visión del tiempo más global y «lenta» utilizado en función de la sociabilidad (Price-Williams, 1985). En muchas culturas campesinas, el concepto de tiempo está unido a los ciclos de la naturaleza. Esto puede hacer que por ejemplo cuando se proyecta un retorno de refugiados, las agencias estén más preocupadas del calendario y la población de los ritmos de la cosecha o de cuando se puede empezar a trabajar la tierra.

Ardila (1986) ha encontrado que la percepción del tiempo es más «lenta» entre latinoamericanos que entre norteamericanos. Por ejemplo, los procesos de toma de decisiones a los que está acostumbrada una determinada comunidad pueden no tener nada que ver con la urgencia o el planteamiento de eficacia a corto plazo que pueden manejar agencias y cooperantes. En ausencia de esta sensibilidad cultural los proyectos a corto

plazo, incluso los que hablan de participación, pueden establecer una dinámica en la que la gente no pueda realmente tomar parte, convirtiéndose en una sutil forma de imposición.

Por otra parte, a nivel interpersonal esto puede conllevar que los cooperantes tengan que aprender a tener en cuenta el manejo del tiempo, de una forma más adaptada a la realidad en los encuentros informales o las reuniones. En un lugar en el que nadie tiene un reloj, o el horario forma parte de la comunicación formal y normas establecidas (se dice, puntual pero lo importante es llegar; se acude «una hora» después de cuando se dice, etc.) la puntualidad obsesiva del cooperante no tiene en cuenta la realidad y puede constituir un factor de estrés tanto para la persona como para la población.

Otras diferencias culturales que pueden tener importancia en la cotidianeidad de las interacciones culturales son las relativas al espacio y la intimidad (Knapp, 1980). En culturas latinoamericanas la proximidad física, o el tocarse entre hombres y mujeres, pueden ser vistos como muestra de interés sexual y no como una forma de apoyo. En un lugar en donde no existen las puertas, el concepto de intimidad varía, pero no quiere decir que no exista. La actitud de observación y respeto de los espacios y modos de relación de la gente, puede ayudar a los cooperantes a insertarse mejor en la realidad y a evitar algunas situaciones de conflicto.

## **El rol de la comunicación**

Las acciones humanitarias implican distintos tipos de cooperación e intercambio que tiene también un significado comunicativo. Desde el manejo de la información a las actividades de capacitación, desde las relaciones personales a las organizativas, la comunicación forma parte de la ayuda humanitaria.

Establecer mecanismos y canales de comunicación que permitan un feed-back con las poblaciones afectadas puede contribuir a que la ayuda humanitaria tenga en cuenta las necesidades de la población.

Los enfoques antropológicos han revelado el hecho de que cuando la comunicación se da entre dos personas que no comparten un mismo marco cultural, aumentan las posibilidades de distorsión. La cultura ayuda a pasar de un significado denotativo (lo que dice) a uno connotativo (lo que quiere decir) (Bateson, 1976). En muchas culturas el asentimiento no quiere decir acuerdo sino evitar disgustar al otro. Frente a la tendencia occidental de preguntar directamente las cosas, en Asia la gente tiene tendencia a contestar afirmativamente, aunque no esté de acuerdo, como

una forma de adaptarse a la situación. Las personas que trabajan en la ayuda humanitarias deben aprender ese conjunto de significados, si no quieren correr el riesgo de entrar fácilmente en situaciones de incompreensión o conflicto.

La comunicación es también un proceso de intercambio. La ayuda humanitaria debería tener en cuenta los patrones de intercambio y el significado que adquieren en esa sociedad. Por ejemplo, el dar y recibir alimento es una forma de comunicación, que puede conllevar un significado de apoyo o verse como un mantenimiento de la dependencia.

En sus análisis de los procesos de comunicación Watzlawick (1967) plantea la necesidad de cuidar los aspectos de relación. Una orientación excesiva hacia las cosas que tengo que decir (contenido), sin tener en cuenta el cómo las digo e interacciono con los demás (relación), puede conllevar problemas de comunicación y situaciones de conflicto.

De forma complementaria, en su análisis de la acción comunicativa, Habermas (1989) ha definido cuatro claves que ayudan a interpretar las dificultades de comunicación: falta de inteligibilidad; desacuerdo sobre el problema; comportamiento que no se ajusta a reglas; o desconfianza y falta de sinceridad en la relación. Estas claves ayudan a entender cómo un problema que empieza en la falta de inteligibilidad puede ser interpretado como un desacuerdo, o cómo un comportamiento que no se ajusta a las normas de comunicación, puede ser entendido como que la persona está buscando sus propios intereses.

Tanto las diferencias culturales y las situaciones de clima emocional de tensión o miedo, como las propias dificultades de la comunicación a nivel interpersonal u organizativo, la falta de conocimiento del idioma y dificultades del trabajo con traductores, etc. pueden contribuir a la distorsión de los procesos de comunicación en la ayuda humanitaria. Sin embargo, la comunicación es un instrumento clave del trabajo de cooperantes y organizaciones humanitarias que puede ayudar a trabajar mejor con la gente y a resolver algunos de los conflictos cotidianos.

## **Shock cultural y estrés aculturativo**

Cuando la gente se mueve, se confronta con otra cultura y las diferencias se hacen evidentes. Esta interacción puede crear ambigüedad, problemas de comunicación y necesidad de aprender a desenvolverse en esa nueva cultura. En el caso de los refugiados estos problemas pueden darse especialmente en las primeras etapas del reasentamiento, y dependen de la distancia e identidad cultural, la actitud de la población de acogida y las relaciones que se establezcan (Berry, 1991).

En las interacciones culturales el bagaje que las dos partes tienen es el resultado de un proceso de inculturación y de socialización (Berry et al., 1992). En los desplazamientos de población y cooperantes, la gente se enfrenta con un nuevo contexto y muchas veces con otra cultura. Esto conlleva nuevos procesos de aprendizaje general (aculturación) y específica (resocialización) (Berry et al., 1992). Estos procesos pueden conllevar un aprendizaje positivo para las personas o suponer un grado más o menos importante de estrés, llamado choque cultural o estrés aculturativo.

El concepto de choque cultural fue elaborado por Oberg (1961, in Past, 1977), quien lo definió como el estado general de depresión, frustración y desorientación de la gente que vive en una nueva cultura (Smith & Bond, 1993). En general el shock cultural ocurre cuando se da una pérdida de los puntos de referencia familiares y genera un sentimiento de confusión.

El shock cultural puede conllevar los siguientes fenómenos: a) La tensión o fatiga provocada por el esfuerzo de adaptarse a una nueva cultura. b) Sentido de pérdida y deprivación del origen, así como sentimientos de nostalgia. c) El rechazo sentido por el emigrante de la población de acogida o la inversa. d) Confusión sobre los roles y expectativas de roles. e) Una toma conciencia, a veces difícil, de las diferencias entre culturas. f) Un sentimiento de impotencia, por no poder actuar de forma competente (Taft, 1977).

Los conceptos de estrés cultural y shock cultural se solapan. El proceso de aculturación puede hacer que las personas tengan que enfrentar nuevas fuentes de estrés y poner en marcha nuevos mecanismos para enfrentarlo (Berry, 1992). El estrés aculturativo es mayor cuando se dan migraciones que suponen interacciones culturales forzadas.

Existen variaciones individuales respecto al sentimiento de shock cultural. Por ejemplo, en el caso de los cooperantes, la capacidad de adaptación a la nueva cultura puede ser el resultado de experiencias previas y conocimiento de la situación local, así como actitudes personales y percepción de control del medio.

Los conflictos intergeneracionales pueden ser frecuentes dentro de la propia población refugiada (Westermeyer, 1991), dadas las diferentes capacidades y estrategias de aculturación. Los niños y jóvenes pueden tener una mayor capacidad y espacios sociales para aprender estrategias de adaptación, aunque se enfrenten a las dificultades de construcción de su identidad en un contexto transcultural.

Las interacciones transculturales suponen también una influencia activa en la nueva cultura. En el caso de las poblaciones desplazadas, el asentamiento en un determinado lugar puede tener un impacto cultural

entre la población local. En algunas ocasiones, las propias acciones humanitarias como la creación de campamentos de refugiados puede estimular los movimientos de población e interacciones culturales debido a la precariedad de las condiciones de vida de las poblaciones locales, como en el caso del campamento de tránsito de Menw Ditu en Zaire (Boulvain et al., 1994). El hecho de confrontarse con el sufrimiento de los desplazados puede promover conductas de acogida, pero en otras ocasiones pueden existir problemas de competitividad por trabajo o la percepción de que son mejor consideradas por organizaciones internacionales. La ayuda debería conllevar una mejora de la situación de los refugiados y sus relaciones en el medio local.

La ayuda humanitaria puede además tener un impacto cultural en las propias poblaciones donde se desarrolla. El mero hecho de la convivencia con personas de otros países, la presencia de organizaciones internacionales o el despliegue de medios en un momento determinado que son propios de la ayuda humanitaria, puede contrastar con la situación de pobreza o la cultura de la gente. El modo en que se trata de involucrar a la gente puede ser otro aspecto problemático. Por ejemplo, pagar a la gente para que participe en algunas actividades de capacitación, introduce el concepto del dinero en una actividad en la que anteriormente no existía y puede crear envidias y tensiones en una comunidad. La conveniencia o no, de dirigirse directamente a las mujeres en una comunidad de refugiados en Afganistán para hacer llegar la información sobre prevención de la diarrea, no puede ser valorada con los criterios de participación occidentales sin tener en cuenta la estructura social y los modos de involucrar a los hombres en el programa (Sondorp, 1992). En ese caso, una sensibilidad cultural por parte de las personas que trabajan en la ayuda humanitaria puede, además, tener un efecto preventivo sobre los conflictos familiares y una implicación de los hombres en el cuidado de los niños.

## **Mejorar las interacciones transculturales**

Mejorar las interacciones culturales debe ser un objetivo de la ayuda humanitaria. Para ello los cooperantes y organizaciones humanitarias tienen que tomar conciencia de las diferencias, conocer la otra cultura y adquirir habilidades para manejarse en ella. El primer paso es ser conscientes de que muchas de las cosas que damos por hecho son cuestiones implícitas que forman parte de nuestra cultura occidental (Pedersen, 1988, en Berry y cols., 1992). Entre estas cuestiones están: 1) los conceptos de normalidad; 2) que el individuo es la unidad de base de la so-

ciudad; 3) hablar en términos abstractos; 4) el pensamiento lineal causa-efecto; 5) que los problemas se plantean directamente; 6) que la resolución del problema es más importante que el mantener buenas relaciones y armonía en el grupo; 7) que es mejor ser ayudados por sistemas especializados y no tanto por relaciones informales. Sólo cuando se es consciente de las diferencias se puede estar abierto a cambiar.

A nivel personal, algunos aspectos que han sido señalados para disminuir la distancia entre culturas y comunicar mejor son el conocimiento de la lengua, tener en cuenta la comunicación no-verbal o ser consciente de los estereotipos y prejuicios. Los conocimientos del contexto histórico, social y político del lugar donde se trabaja y de las normas básicas de comportamiento, así como desarrollar habilidades de comunicación necesarias para ese contexto cultural, son otras claves que, mediante la formación y actitud positiva de las personas cooperantes, pueden mejorar las interacciones culturales que forman parte de la ayuda humanitaria.

## Capítulo 4

# Intervenciones psicosociales

Es probable que sea la primera vez en que no sólo se hayan tenido en cuenta a gran escala las necesidades físicas y materiales, sino que además las necesidades psicológicas y espirituales de las personas traumatizadas (Arcel, 1995:20, en *Psycho-social care in former Yugoslavia*).

### **Introducción**

La cita de Arcel (1994) subraya el contexto social y político de las intervenciones con carácter psicosocial. Pero ¿por qué tenía que ser una guerra europea la que incluyera en la agenda de la ayuda humanitaria las necesidades psicológicas?. En 1995 en Croacia y Bosnia-Herzegovina existían alrededor de ciento ochenta y cinco programas psicosociales (Agger, 1995), la mayor parte de los cuales eran extranjeros. Kocijan-Hercigonja (1994) describe algunos de los problemas que se producen en la implementación de los programas psicosociales en Croacia.

### **Prevención como actividad política y social**

El objetivo principal, en relación a la salud mental, debería ser la prevención dirigida a anticiparse a los posibles riesgos, en lugar de esperar y responder cuando las dificultades ya se han presentado (Williams, 1991a en Ager, 1993). El objetivo de la prevención es la eliminación o reducción de las condiciones que producen problemas de salud mental y el estímulo de los factores de apoyo.

Una mejor salud mental en las poblaciones se puede conseguir, en primer lugar, por medio de la reducción de conflictos, la injusticia social,

la pobreza y los desplazamientos forzados. Criss y Johnson (1994) argumentan que es necesaria una reconceptualización del concepto de paz que abarque desde la reducción de los conflictos y vaya hasta la promoción activa de la paz, a través de la consecución de la justicia social. Puesto que la mayor parte de los problemas de salud mental que requieren atención en situaciones de emergencia humanitaria, tienen causas políticas y sociales, su prevención es también una actividad política (Williams, 1991b en Ager, 1993), pero no se restringe a los políticos. Una mayor comprensión y un mayor compromiso político, así como un papel más activo de los cooperantes y de los trabajadores de salud mental, como defensores de los derechos humanos y como elementos de presión en sus países de origen, es un elemento esencial para la prevención (Buus y Ager, 1988; Slim, 1995; Summerfield, 1996; Zwi y Ugalde, 1989).

Algunos de los factores de estrés en las poblaciones afectadas pueden estar bajo control de agencias internacionales o gubernamentales y ONGs (Ager, 1993). Por ejemplo, las condiciones en que se lleva a cabo una repatriación pueden suponer miedo en los refugiados por cómo serán tratados, inseguridad por falta de información o de tierra para trabajar, etc. Algunos de estos factores pueden reducirse si las agencias internacionales o gobiernos tienen en consideración estos problemas, en vez de basar sus decisiones en criterios económicos o intereses políticos.

La forma en que la ayuda humanitaria se conceptualiza y se implementa, a nivel organizativo y social, puede promover o reducir la salud mental. Por ejemplo, la reunificación familiar o la reconstrucción y puesta en marcha de actividades escolares (Tolfree, 1991) mejoran el bienestar y promuevan la integración social y la salida de una especie de estado de «limbo» producido en las situaciones de transitoriedad mantenida. Por su parte, la desmilitarización y la reintegración social de los niños-soldados que no tomen en consideración que los niños retornan a áreas en las que no hay servicios básicos, y que su retorno aumenta la carga diaria de la familia, aumenta la posibilidad de fracaso en la reintegración. Es necesario tomar en consideración a las familias y comunidades implicadas (McCallin, 1995) y tener en cuenta las necesidades psicosociales. Los procesos de desmilitarización conllevan cambios en el modo de ver la vida, de enfrentar las situaciones de conflicto, de los esquemas de relación violenta de la guerra, la reconstrucción de la propia identidad (soldado/guerrillero-campesino) y las relaciones con la gente.

Ager (1993) plantea que existen algunos elementos sociales que generan estrés y otros factores protectores o de mejora, durante las distintas

fases de la migración forzada (antes de la salida, durante la salida, asentamiento provisional, resasentamiento), y comenta cómo la atención a las necesidades de organización más que a las necesidades mismas, debilita la consecución del bienestar de las poblaciones.

## **Programas de salud mental**

Además de un planteamiento global de las acciones, un enfoque psicosocial de la ayuda humanitaria conlleva acciones específicas orientadas a la salud mental de las poblaciones afectadas. Los programas de salud mental deberían tomar en consideración los aspectos preventivos y curativos.

Habitualmente se distingue entre prevención primaria, secundaria y terciaria (WHO, 1981). La prevención primaria hace referencia a la disminución de las situaciones de riesgo y evitar la presentación de los problemas. La prevención secundaria se orienta hacia las poblaciones más vulnerables, para lograr una identificación precoz de problemas. La prevención terciaria se refiere a la prevención de complicaciones en personas y poblaciones más afectadas.

En el nivel de la prevención primaria corresponden la provisión de ropa, juguetes, creación de centros deportivos, guarderías, programas preescolares y escolares, actividades para adolescentes, infraestructuras sanitarias, creación de puestos de trabajo para los cabezas de familia y el apoyo en líderes comunitarios. En el nivel secundario, se corresponde con el estímulo de la consulta para la identificación precoz de problemas de salud mental. En el nivel terciario, se consideran iniciativas como la creación de una clínica de salud dirigida por un profesional, con trabajadores en salud mental, etc..

Aunque muchos de los programas de salud mental combinan distintas formas de abordaje, también difieren según su focalización clínica-terapéutica o comunitaria.

### *Enfoque comunitario de la salud mental*

Un enfoque que se centre en la comunidad, dirigido a favorecer el apoyo social y a la integración comunitaria, puede ser más adecuado que las específicas intervenciones psicoterapéuticas. Summerfield (1996) pone en cuestión la adecuación del tratamiento psicológico individual para problemas que son claramente colectivos y que tienen causas sociales y políticas. De forma parecida, un psiquiatra de Sarajevo afirmaba que el 70% de los problemas de salud mental que se daban se podían

abordar en la atención primaria de salud y el nivel comunitario. Considera la importancia de reformar los servicios de salud mental avanzando hacia una atención más interdisciplinar y basada en la comunidad (Jones, 1995).

Ager (1995) describe los enfoques centrados en la comunidad como un conjunto de acciones preventivas y curativas que tienen en común: 1. la facilitación del contacto en grupo, para compartir y discutir experiencias. 2. la asistencia práctica en áreas como el cuidado de los niños y la obtención de ingresos económicos. 3. proporcionar asistencia individual más específica para aquellos que la necesitan. Por ejemplo, Lonca-veric (1996) desarrolló un programa de integración sociocultural para refugiados bosnios en Suiza, haciendo hincapié en tres ejes de trabajo: la promoción de la identidad (actividades culturales, etc.), el bienestar psicosocial (consultas, grupos de apoyo, etc.) y la activación social (actividades productivas y ocupacionales).

Las situaciones de riesgo mayor pueden darse en personas con problemas psicológicos previos, familias que han perdido algún miembro, situaciones de grave separación familiar, personas que han sufrido directamente situaciones de violencia, y que cuenten con menos experiencia, recursos personales o apoyo social. Pero muchos de los problemas pueden no presentarse como problemas de salud mental o como un aumento de las demandas de asistencia. Escuchar lo que la gente dice en otros contextos sociales, dirigirse a líderes locales o personas que son referencia importante en la comunidad, puede proporcionar muchos elementos para ese enfoque comunitario. Por ejemplo, la formación del profesorado sobre aspectos relativos al trauma constituye una estrategia para mejorar el apoyo a los niños y niñas e identificar situaciones problemáticas (Richman, N. Mucache, E y Draibma, F., 1996).

El enfoque comunitario debería subrayar las estrategias positivas de afrontamiento ideológico, cultural y religioso que ya existen. Pero no necesariamente tiene que focalizarse en el trauma. Por ejemplo, el trabajo sobre situaciones de conflicto puede ayudar a superar estereotipos, mejorar las capacidades de comunicación y crear actitudes sociales positivas. Algunos autores ha proporcionado diseños para el trabajo tanto con la población general como con determinados sectores vulnerables (UHNCR & WHO, 1992; UNHCR, 1994).

### *Enfoques terapéuticos*

Los programas con enfoques terapéuticos ponen su énfasis en lo curativo y se centran en la atención de las personas más afectadas y sus familias. Muchos de ellos tienen como elemento común el volver a contar

o reconstruir la historia del trauma. McIvor y Turner (1995) ofrecen una revisión de los enfoques terapéuticos con sobrevivientes de la tortura (testimonio, psicoterapia psicodinámica, terapia del insight, enfoques cognitivo-conductuales, farmacoterapia, terapia familiar o grupal, etc.). En general estos programas reconocen que la expresión y reconstrucción de la experiencia, y resituarla en la propia vida, puede ayudar a conseguir una mejora en el bienestar (Pennebaker, 1990; Ager, 1994).

Por su parte, en el trabajo con niños se utilizan diferentes técnicas como juegos, dibujos, técnicas de dramatización, comunicación interpersonal, etc.

El desarrollo del testimonio (Cienfuegos y Monelli, 1983) o la historia del trauma (Mollica, 1987) conlleva el registro escrito de la historia, a través de un proceso de grabación y edición mediante el que la persona se queda con un recuerdo permanente que puede utilizar para fines personales o hacer un uso más público. Cuando el proceso transforma el sufrimiento individual en testimonio social parece servir para disminuir los efectos (Becker y Lira.,1989). La persona se convierte en partícipe activo de la terapia, y el papel del terapeuta es el de clarificar, animar y actuar como testigo. A medida que el testimonio avanza, las reacciones psicológicas como la culpa por haber dado nombres de amigos o parientes se puede dirigir y resituar por ejemplo, como inevitable frente al dolor y la impotencia (McIvor y Turner, 1995). La reconstrucción de la propia identidad puede ser un objetivo importante, en experiencias traumáticas como la violación o tortura y los procesos de duelo alterados (Barudy 1989, Vesti y Bojholm 1990). Agger y Jensen (1990) subrayan la importancia de mantener el compromiso político de la persona durante la terapia.

El papel de los acompañantes, es decir personas de la misma cultura que acompañan a la persona afectada al terapeuta, ha sido puesto de manifiesto por Hielman y Witztum (1995) en los encuentros terapéuticos interculturales. Los autores argumentan que aunque la mayoría se fundamentan en la relación persona/terapeuta, los acompañantes pueden realizar funciones importantes como puentes culturales incluso algunas veces convertirse en coterapeutas. Los cónyuges, sacerdotes, chamanes, etc. pueden participar como acompañantes en el proceso terapéutico, ayudando a las personas a superar el distrés cultural, proporcionando una legitimación cultural y ayudándole a dar significado. El acompañante puede reducir también el estigma social que comporta la terapia puesto que aprueba de ese modo el encuentro. Otras personas se encuentran así mismos involucrados en el proceso terapéutico, animando a la persona a hablar de lo que ocurrió (p. 138). Finalmente algunos acompañantes se convierten en coterapeutas que permanecen activos en otros lugares y contextos.

La OMS y ACNUR recomiendan algunas pautas para la relación con los sistemas tradicionales en el campo de la salud mental con poblaciones desplazadas (UHNCR & WHO, 1992). Sin embargo Ager (1995) comenta que los intentos de reconciliar la medicina occidental y los enfoques tradicionales, se llevan a cabo habitualmente como una lectura simbólica de las prácticas tradicionales de una forma descontextualizada, no tienen en cuenta la función social de dichos enfoques en las sociedades no-occidentales y no reconocen la misma función social de la medicina occidental. También existe el riesgo de que el predominio de la medicina occidental perpetúe el estatus colonial del Tercer Mundo (Berry, Poortinga, Dasen and Segall, 1992).

Por último, la reconstrucción de los servicios de salud existentes debería ser una prioridad después de las catástrofes colectivas (Zwi y Ugalde, 1989), como forma de reforzar los propios recursos y la participación. Esto da apoyo a los profesionales locales y proporciona continuidad. Del mismo modo, la construcción de estructuras de salud paralelas corre el riesgo de disminuir los esfuerzos públicos para proporcionar servicios, así como absorber profesionales que trabajen en dichos servicios, debilitando los esfuerzos de reconstrucción como ocurrió con Apronuc en Camboya (Biberon y Goemaere, 1993). Además, la presencia de profesionales locales puede contribuir a superar los problemas que amenudo son inherentes a la comunicación intercultural. Eisenbruch (1992) sugiere la incorporación de los sanadores tradicionales en el sistema de salud. La incorporación de parteras en Bangladesh y de los sanadores tradicionales en Tailandia dió lugar a proyectos con éxito debido a que tienen prestigio y la confianza de las poblaciones además de proporcionar continuidad a la atención (UNDP, 1994).

## **Participación y autoayuda: adquirir poder sobre la propia vida**

Los programas deberían tener por objetivo estimular la iniciativa y responsabilidad de la gente en sus asuntos (Harrel-Bond 1986; James, 1992). A pesar de que la participación y la adquisición de poder de la gente sobre su propia vida (empowerment) es una condición declarada por muchos programas, en la práctica en muchas ocasiones se convierte en cómo hacer que la gente participe en los programas que otros han diseñado (Werner, 1989).

La participación comunitaria orientada hacia la adquisición de poder de las propias personas y comunidades afectadas, debe ser vista como un indicador de la calidad de los programas y de la fiabilidad de la toma de decisiones (Gedalof, 1991). De esta forma cuando la participación implica una adquisición de poder, aumenta el apoyo social y la capacidad de reconstrucción.

El concepto de autoayuda hace referencia a cómo las personas pueden mejorar su situación al compartir sus necesidades y problemas, aprender de las experiencias positivas de otros y apoyarse mutuamente para cambiar. El valor de la comunicación entre iguales ha sido puesto de manifiesto, tanto por investigaciones sobre eventos traumáticos como por la experiencia de muchos movimientos sociales (Hodgkinson, 1991).

Desde el punto de vista psicológico, los procesos de ayuda mutua incluyen: la objetivación y el análisis de la realidad; el sostén mutuo; el reconocimiento de sentimientos y vivencias escondidas; la generalización de las experiencias; la búsqueda e integración de soluciones; el desarrollo de acciones comunes para enfrentar los problemas; el desarrollo de actividades sociales gratificantes (Heap, 1985).

Sin embargo, estos grupos pueden también constituir espacios sociales de encuentro y crecimiento personal que no siempre se focalizan en las experiencias traumáticas. Por ejemplo en Bosnia Marie Stopes International ha establecido una red basada en centros y grupos de autoayuda para mujeres, en las que la razón más importante para atender a las mujeres no parece ser el estrés traumático sino el hecho de disfrutar de unos encuentros regulares en un sitio agradable para discutir algunos asuntos propuestos por las mujeres tales como: ¿es el marido el jefe? ¿tienes que casarte para tener un hijo?, mostrando, como en otras guerras, que uno de los efectos psicosociales más notables es el cambio de la forma de pensar de las mujeres sobre ellas mismas (Jones, 1995).

## **Memoria y procesos de reconstrucción**

Especialmente en las catástrofes colectivas de carácter sociopolítico, una parte de la reconstrucción social tiene que ver con la recuperación de la memoria colectiva, es decir, la memoria de los miembros de un grupo, que reconstruyen el pasado a partir de sus intereses y marco de referencias presentes (Halbwach, 1950).

La memoria colectiva reivindica el dolor y sentido de la experiencia de la gente y es el primer paso para salir del silenciamiento y la culpabilización a la que muchas veces se ha sometido a las víctimas y sus familias. La búsqueda de un sentido a lo sucedido es parte de la lucha por su dignidad. El recuerdo como forma de reconocer de que eso ocurrió, que fue injusto y que no se debe repetir (Jodelet, 1992). La conmemoración de la catástrofe colectiva permite darle un sentido y reconocimiento público, pero incluso cuando no puede hacerse, la memoria puede subsistir como hábitos, tradiciones orales y archivos históricos (Ibáñez, 1992).

Hay muchos ejemplos en la historia de tendencias a reconstruir la memoria de una manera distorsionada, incluso responsabilizando a las víctimas. Por ejemplo, la mayoría de la población alemana de más de 40 años cree que los judíos fueron en parte responsables del Holocausto (Daniel, 1992). Otra tendencia común puede ser el silencio. En sus entrevistas con hijos de judíos sobrevivientes de campos y con hijos de criminales nazis, Sichrowsky (1987) encontró que el silencio sobre el pasado era lo dominante. Frecuentemente las versiones oficiales plantean que es necesario «pasar la página de la historia para reconstruir la sociedad» (Páez & Basabe, 1992). Para los responsables de los hechos, la evitación del recuerdo, y su recuerdo convencionalizado, tienen la función de mantener una imagen coherente de sí mismos.

El no reconocimiento social de los hechos puede llevar a una privatización del daño, a una falta de dignificación de las víctimas y a una pérdida de apoyo por parte de las personas más afectadas, que se encuentran así sin marco social para darle un significado positivo a su experiencia (Pennebaker, 1990; Modell & Haggerty, 1991). Como respuesta a la distorsión de la memoria y al olvido, se han dado algunos procesos políticos orientados a reconstruir la verdad sobre los hechos y reconocer las responsabilidades en las atrocidades, aunque, la mayor parte de las veces, no han estado asociados a una reparación basada en las aspiraciones de justicia de las víctimas (Tojeira, 1993). En el caso del Informe de la Comisión de la Verdad de El Salvador, sus recomendaciones incluyeron la separación de militares del ejército y de funcionarios de la administración, inhabilitaciones, reformas del sistema judicial, las reformas estructurales de las fuerzas armadas, la protección de los derechos humanos y la reparación material y moral a las víctimas (Comisión de la Verdad de la ONU, 1993) pero solamente unas pocas se han hecho efectivas.

Las generaciones futuras, de una u otra forma, se ven afectadas por las experiencias traumáticas. Los hijos de sobrevivientes del Holocausto por ejemplo, se caracterizaban por una mayor ansiedad ante sucesos negativos, por una mayor preocupación por el tema de la muerte y por experimentar una mayor ambivalencia ante la expresión de agresión (Solomon, 1990). Pero también los fenómenos de la distorsión y el olvido tienen importantes consecuencias psicosociales para el futuro.

El aumento de movimientos de extrema derecha o del racismo en Europa, el hecho de que líderes que en el pasado colaboraron con el nazismo o la represión estalinista se erijan en representantes de nuevos nacionalismos, o la transformación con el paso del tiempo de los instigadores de la guerra en los «defensores de la paz», ponen de manifiesto el riesgo de que se repitan las atrocidades del pasado y del presente.

te. El siguiente texto, de una canción de un grupo de música alemán «Endsiege», «Victoria Final», dedicada a la comunidad turca, lo revela de una forma brutal.

Mastican ajo, vienen a Alemania  
a ensuciar todo lo que tocan.  
Metámoslos a la cárcel  
Metámoslos en los campos  
(de concentración) (Baeza: 1994)

La memoria histórica tiene no sólo un valor terapéutico colectivo, sino también un valor de reconocimiento social y de justicia, por lo que puede tener un papel preventivo a nivel psicológico, social y político. Según Pennebaker, Páez & Rimé (1996) para promover que la memoria colectiva cumpla este papel: 1. los hechos deben ser recordados de forma compartida y expresados en rituales y monumentos. 2. debe insertarse en el pasado y futuro del grupo. 3. explicar y aclarar lo ocurrido dentro de lo posible. 4. extraer lecciones y conclusiones para el presente. 5. darle un sentido y reconstruir lo ocurrido haciendo hincapié en los aspectos positivos para la identidad social. 6. evitar la fijación en el pasado, la repetición obsesiva y la estigmatización de los sobrevivientes como víctimas. 7. si no se puede ayudar a esto, cuidado con no interferir.

## **Conclusión**

En este capítulo hemos hecho referencia a la importancia de tener en cuenta las necesidades psicosociales de las poblaciones afectadas por las catástrofes colectivas. Por ello, nos referimos a la prevención en el planteamiento de las acciones humanitarias y el desarrollo de programas específicos de salud mental. Ya sea a través de acciones con enfoque comunitario, o de las distintas formas de intervención terapéutica, la conceptualización de la salud mental debe evitar la victimización o el aislamiento de las personas. El enfoque psicosocial en las acciones humanitarias debe, por el contrario, entender el sufrimiento de la gente si no quiere convertirse en un elemento técnico ajeno a su experiencia, y acompañar sus esfuerzos de reconstrucción.



## Conclusión

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Están dotados de razón y conciencia y deberían actuar unos con otros con un espíritu de hermandad.

Artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos

En las catástrofes colectivas, poblaciones enteras se encuentran en situación de emergencia social. El primer paso para poder atender las necesidades de la población afectada, es comprender esa experiencia individual y colectiva de una forma integral.

Las acciones humanitarias tienen lugar en un contexto histórico y social determinado, y tienen implicaciones psicosociales. Además de la provisión de determinados medios, y del significado que la propia presencia internacional pueda tener para las poblaciones afectadas, la ayuda humanitaria actúa sobre cuestiones como la comunicación familiar, las condiciones básicas de vida o la situación legal, que tienen que ver con las esperanzas y las necesidades de la gente. Escuchar esas esperanzas y atender a esas necesidades, es una forma de cambiar el sistema de la ayuda humanitaria.

El enfoque psicosocial de la ayuda humanitaria ayuda a poner de relieve los riesgos de los intereses políticos o militares implicados, los componentes éticos de las intervenciones y el valor de la consecución de la justicia. A pesar de que la psicología se asocia habitualmente con un enfoque clínico individualista, en este libro hemos intentado centrarnos en la comunidad, haciendo hincapié en el estímulo de las estrategias de afrontamiento de las poblaciones afectadas y el apoyo a los servicios disponibles.

En situaciones de crisis, el enfoque psicosocial necesita tener en cuenta no sólo el tratamiento, sino principalmente la prevención. La edu-

cación sobre los riesgos, cómo tratar la información y evitar los prejuicios o el pánico, y las formas de desarrollar el apoyo mutuo, constituyen una parte de su contribución para las poblaciones y los cooperantes.

Las situaciones de emergencia, especialmente las causadas por crisis políticas, plantean dilemas prácticos y morales. Las acciones humanitarias tienen lugar en un contexto histórico en el que los conflictos son preparados y tienen implicaciones globales. Las guerras no ocurren, sino que se preparan. La rigidez ideológica, la militarización, los estigmas éticos, forman parte de esta preparación y generan un contexto de violación de los derechos humanos. El enfoque psicosocial ayuda a aumentar la conciencia sobre los mecanismos implicados en la preparación de la guerra. La ayuda humanitaria no puede actuar sólo después de los acontecimientos. La defensa de los derechos humanos, además de ser un apoyo a los supervivientes, es también una forma de prevención.

Finalmente, el enfoque psicosocial tiene que ayudar a pensar sobre la realidad del propio país donde se inicia la acción humanitaria. Es aquí donde los estereotipos de la ayuda por parte de los gobiernos, agencias y cooperantes deben cambiar, para estar más de acuerdo con las necesidades de la gente. Necesidades que son de ayuda, pero también de justicia.

# Bibliografía

- ACAFUDE (1990): *Florececerás Guatemala*. Costa Rica. Acafude ed.
- AFRICAN RIGHTS (1995). *Rwanda: Death, Despair and Defiance*. London. African Rights.
- AGER, A. (1993): «Mental Health issues in refugee populations: a review». *Project on International Mental and Behavioural Health*. Harvard Medical School, Department of Social Medicine.
- AGER, A. (1994): *Mental health issues in refugee populations: A review*. Harvard Medical School.
- AGER, A. (1995): «Dislocation». In R. DESJARLAIS, L. EISENBERG, B. GOOD, and A. KLEINMAN (eds.), *World mental health: problems and priorities in Low-Income Countries*. Oxford. Oxford University press. Pp. 136-154.
- AGGER, I. (1995): «Longing for Sarajevo: understanding the trauma of humanitarian aid workers», p. 32. In I. AGGER, S. VUK & J. MIMICA (ed.), *Theory and Practice of Psycho-social Projects Under War Conditions, in Bosnia-Herzegovina and Croatia*. ECHO & ECTF.
- AGGER, I. and JENSEN, S. (1990): «Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees». *Journal of Traumatic Stress*, 3, 115-130.
- AGGER, I., JENSEN, S.B. & JACOBS, M. (1995): «Under war conditions: what defines a psycho-social project?». In I. AGGER, S. VUK & J. MIMICA (ed.), *Theory and Practice of Psycho-social Projects Under War Conditions, in Bosnia-Herzegovina and Croatia*. ECHO & ECTF.
- ALDWIN, C.M. y REVENSON, T.A. (1987): «Does coping help? a reexamination of the relation between coping and mental health». *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 337-348.
- ALLPORT, G. & POSTMAN, L. (1952/1977): *Psicología del Rumor*. Buenos Aires. Pleyade.
- AMNESTY INTERNATIONAL (1996): *Annual Report*. London.
- APPE, J. (1994): *Refugee Participation Network*. 33.
- ARCEL, L.T. (1994): «War victims, trauma and psycho-social care». In L.T. ARCEL (ed.), *War Victims, Trauma and Psycho-social Care*, pp. 11-22. Zagreb. Nakladnistov Lumin.

- ARDILA, (1986): *La Psicología en América Latina*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- BAEZA, P. (1994): «Xenofobia ¿recaída o enfermedad crónica?» *Mujeres en acción*, 1.
- BARUDY, J. (1989): «A programme of mental health for political refugees: dealing with the invisible pain of political exile». *Social Science & Medicine*, 28, 715-727.
- BASABE, N., VALDOSEDA, M. y PÁEZ, D. (1993): «Memoria Afectiva, Salud, Formas de Afrontamiento y Soporte Social». En D. PÁEZ (ed.), *Salud, Expresión y Represión Social de las Emociones*. Valencia, Promolibro.
- BATESON, G. (1976): *Verso un'ecologia della mente*. Roma. Adelphi.
- BECKER, D. & LIRA, E. (1989): *Derechos humanos: todo es según el dolor con que se mire*. Santiago. ILAS.
- BECKER, D. (1994): «Trauma, duelo e identidad». En *Trauma Psicosocial y adolescentes latinoamericanos*. Santiago. ILAS.
- BERRY, J.W., POORTINGA, Y.H., SEGALL, M.H. and DASEN, P.R. (1992): *Cross-cultural Psychology: Research and Applications*. Cambridge. Cambridge University Press.
- BERRY, J.W. (1991): «Refugee adaptation in settlement countries: an overview with an emphasis on primary prevention». In *Refugee Children: Theory, Research, and Services* (de. F.L. AHARN and J.J. ATHEY). Pp 20-8. Maryland. John Hopkins University.
- BETTELHEIM, B. (1973): *El corazón bien informado*. México. Fondo de Cultura Económica.
- BIBERSON, P. & GOEMAERE, E. (1993): «La reconstrucción de los sistemas sanitarios». En *Escenarios de crisis*. MÉDICOS SIN FRONTERAS. Madrid. Acento.
- BOND, M.H. y SMITH, P.B. (1996): «Cross-cultural Social and Organizational Psychology». *Annual Review of Psychology*, 47, 205-235.
- BONNET, C. (1994): *Childhoods interrupted by war*. MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (ed.).
- BOOTHBY, N., UPTON, P. & SULTAN, A. (1991): *Children of Mozambique: the Cost of Survival*, U.S. Committee for Refugees, Washington D.C., p. 21.
- BOULVAIN, M., FAVRESSE, E., FÉRIR, M.C., & ARBJIN, M. (1994): «Difficultés de gestion dans un camps de transit, Menw Ditu, Zaire 1993». *Medical News*, 3,1, 24-30.
- BRACKEN, P.J., GILLER, J.E. and SUMMERFIELD, D. (1995): «Psychological responses to war and atrocity: The limitations of current concepts». *Social Science and Medicine*, 40(8): 1.073-1.082.
- BRAUMAN, R. (1993): «Los medios de comunicación ante las crisis». En *Escenarios de crisis*. MÉDICOS SIN FRONTERAS, Madrid. Acento ed.
- BRODY, E. (1994): «The mental health and well-being of refugees: Issues and directions». In A.J. MARSELLA, T. BORNEMANN, S. EKLAD, & J. ORLEY (eds.), *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-Being of the World's Refugees*, pp. 57-68. Washington. American Psychological Association.
- BUUS, S. and AGGER, I. (1988): «The testimony method: The use of therapy as a psychotherapeutic tool in the treatment of traumatized refugees in Denmark». *RPN*, 3, 14-18.
- CICR, (1994): *Le Facteur Stress*. Geneve. CICR.
- CIENFUEGOS, A.J. & MONELLI, A.R. (1983): «The testimony of political repression as a therapeutic instrument». *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 43-51.

- COLAT (1982): *Psicopatología de la Tortura y del Exilio*. Madrid. Fundamentos.
- COLPISA (1997): «Cruz Roja insta a las ONG a ocuparse mejor de las víctimas de catástrofes». *El Correo*, 12 de junio de 1997, p. 53.
- COMISIÓN DE LA VERDAD DE LA ONU (1993): *De la locura a la esperanza. La guerra de 12 años en El Salvador*. Bilbao. Gakoa ed.
- COMITÉ DE ENLACE ONGD-UE (1989): *Código de Conducta*. Coordinadora de ONGD. Madrid.
- COMMUNITY AND FAMILY SERVICES INTERNATIONAL (1993): «Women in detention: The Vietnamese in Hong Kong: A Women's Perspective on detention». *RPN*, sept. 24-25. Oxford. Refugee Studies Programme.
- CONADEP (1985): *Informe de la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas*. Buenos Aires.
- CRISS, J.E. & JOHNSON, P.B. (1994): «Community psychology applied to peace studies». In K.S. LARSEN (ed.), *Conflict and Social Psychology*, London. Sage.
- CHERNISS, C. (1980): *Staff burnout: Job Stress in Human Service*. CA. Sage.
- CHOUSSUDOVSKY, M. (1993): «Coment on fabrique une famine». *Le Monde Diplomatique*, 1.
- DANIEL, J. (1992): «Acerca del pesimismo». *El País*, 1 febrero, 11.
- DARLEY, M.J. and GILBERT, D.T. 1985: «Social psychological aspects of environmental psychology». In G. LINDZEY and E. ARONSON (eds.), *The Handbook of Social Psychology* (3rd ed.). New York. Random House. Pp. 949-991.
- DAVIDSON, J.T. & FOA, E.A. (1991): «Diagnostic Issues in Post-Traumatic Stress Disorder». *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 346-355.
- DAVIDSON, L.M. & BAUM, D. (1986): «Implications of PostTraumatic Stress for Social Psychology». *Journal of Applied Social Psychology*, 6, 207-233.
- DAWES, A. (1990): «The effects of political violence of children: A consideration of South African related studies». *International Journal of Psychology*, 25, 13-31.
- DE GIROLAMO, G. (1994): «Primary Health Care of Refugees». In A.J. MARSELLA, T. BORNEMANN, S. EKBLAD y J. ORLEY (eds.), *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-Being of the World's Refugees*. Washington. American Psychological Association.
- DE RIVERA, J. (1992): «Emotional Climate: Social Structure and Emotional Dynamics». En *K.T.*
- DE WAAL, A. (1987): «The sanatory factor: Expatriate behaviour on African relief programmes». *RSO Network Paper 2b*, may 1987.
- DESJARLAIS, R. (1993): «Political violence and mental health». *Harvard Project on International Mental and Behavioral Health (paper)*. Department of Social Medicine. Harvard Medical School. Boston.
- DESTEXHE, A. (1995): «Prefacio». En MÉDICOS SIN FRONTERAS (eds.), *Poblaciones en Peligro*. Madrid. Acento editorial.
- DÍAZ-LOVING, R., DÍAZ GUERRERO, R., HELMREICH, R.L. & SPENCE, J.Y. (1981): «Comparación transcultural y análisis psicométrico de una medida de rasgos masculinos (instrumentales) y femeninos (expresivos)». *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social*, 1, 3-37.
- ECHBURUA, E., CORRAL, P., ZUBIZARRETA, I., SARASUA, B. y PÁEZ, D. (1993): «Estrés Postraumático, expresión emocional y apoyo social en víctimas de agresio-

- nes sexuales». En *Salud, Expresión y Represión Social de las Emociones*. Eds. D. PÁEZ. Promolibro. Valencia.
- EISENBRUCH, M. (1990): «Cultural Bereavement and Homesickness». In *On the Move: the Psychology of Change and Transition*. Eds. FISHER and C.L. COOPER, London. Wiley.
- EISENBRUCH, M. (1992): «The ritual space of patients and transitional healers in Cambodia». *BEFEO*, 72(2), 283-316.
- EUROPEAN COOPERATIVE AND SOLIDARITY. COMMISSION DES COMMUNAUTÉES EUROPÉENES (1988): *Les Europeens et l'aide au developpment*. Bruxelles.
- EVANS, (1990): *RPN*.
- FAIRBANK, J.A., HANSEN, D.J., FITTERLING, J.M. (1991): «Pattern of appraisal and coping across different stressor conditions among former prisoners of war with and without posttraumatic stress disorder». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 274-281.
- FALLA, R. (1992): *Masacres de la selva. Ixcán, Guatemala (1975-1982)*. Guatemala. De. Universitaria. 11.
- FARIAS, P. (1994): «Central and South American Refugees». In A.J. MARSELLA, T. BORNEMANN, S. EKBLAD y J. ORLEY (eds.), *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-Being of the World's Refugees*. Washington. American Psychological Association.
- FASIC (1987): *Trauma, Duelo y Reparación: Una Experiencia de Trabajo Psicosocial en Chile*. Santiago. Interamericana.
- FAÚNDEZ, H. (1994): «The language of fear: Collective dynamics of communication under fear in Chile». In O. RIQUELME (ed.), *Era in Twilight: psychocultural Situation Under State Terrorism in Latin America*. Bilbao, Spain. Instituto Horizonte: 77-86.
- FISAS, V. (1994): *El desafío de Naciones Unidas ante un mundo en crisis*. Zaragoza. Icaria.
- FRIEDMAN, M. y JARANSON, J. (1994): «The Applicability of the Posttraumatic Stress Disorder Concept to Refugees». In A.J. MARSELLA, T. BORNEMANN, S. EKBLAD y J. ORLEY (eds.), *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-Being of the World's Refugees*. Washington. American Psychological Association.
- FRITZ, C.E. (1961): «Disaster». In R.K. MERTON and R.A. NISBET (eds.), *Contemporary Social Problems*. New York. Harcourt, Brace and World.
- FRITZ, C.E. (1968): «Disasters». In D. SILLS (ed.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*, vol. 4. New York. MacMillan. Pp. 202-207.
- GEDALOF, E. (1991): «Refugee participation». In *Refugee children in Malawi: a study of the implementatios of the UNHCR Guidelines on refugee children* (ed. D. TOLFREY). Geneva. International Save the Children Alliance.
- GEERTZ, C. (1973): *The Interpretation of Cultures*. Basic Books. Nueva York.
- GOFFMAN, E. (1961): *Internados*. Buenos Aires. Amorrortu ed.
- GROSSIN, W. (1969): *Le travail et le temps*. París. Anthropos.
- HABERMAS J. (1989): *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. Madrid. Cátedra.
- HALBWACHS, M. (1950): *La Memoire Collective*. París. PUF.

- HARRELL-BOND, B. (1986): *Imposing Aid: Emergency Assistance to Refugees*. Oxford. OUP.
- HARRELL-BOND, B. and WILSON, K.B. (1990): «Dealing with Dying: Some Anthropological Reflections on the Need for Assistance by Refugee Relief Programmes for Bereavement and Burial». *Journal of Refugee Studies*, vol. 3, 3, 228-243.
- HAUFF, E. and VAGLUM, P. (1995): *Organized violence and stress of exile: Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement*. British.
- HEAP, K. (1985): *La pratica del lavoro sociale con i gruppi*. Roma. Astrolabio.
- HERMAN, J.L. (1992): *Trauma and recovery*. New York. Basic Books.
- HERMET, G. (1993): «La acción humanitaria en el desorden mundial». En *Poblaciones en Peligro*. MÉDICOS SIN FRONTERAS, Madrid. Acento ed.
- HIELMAN, S.C. & WITZUM, E. (1995): «Patients, chaperons and healers: enlarging the therapeutic encounter». *Social Science and Medicine*, 39(1), 133-143.
- HOBFOLL, S.E. & PARRISH, S.M.A. (1990): «Social Support during Extreme Stress: Consequences and Intervention». En B.R. SARASON, I.G. SARASON & G.R. PIERCE (eds.), *Social Support: an interactional view*. New York. Wiley & Sons.
- HODGKINSON, P.E. & STEWART, M. (1991): *Coping with catastrophe*. London, Routledge.
- HOFSTEDE, G. (1980): *Culture's Consequences*. Beverly Hills, CA. Sage.
- HOFSTEDE, G. (1991): *Cultures and Organizations*. London. McGraw Hill.
- HOROWITZ, M. (1986): *Stress Response Syndrome*. Northvale. N.J., Aronson.
- IBÁÑEZ, T. (1992): «Some Critical commentes about the theory of social representations». *Ongoing Production on Social Representations*, 1, 21-26.
- INGLEBY, D. (1981): *Critical psychiatry*. Harmondsworth. Penguin.
- IWGIA (1992): *Poblaciones indígenas*.
- JACOBSON, D.E. (1986): «Types and timing of social support». *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 250-264.
- JAMES, W. (1992): «Managing food aid: returnees' strategies for allocating relief». *Refugee Participation Network*, 13, 3-6.
- JANOFF-BULMAN, R. (1992): *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York. The Free Press.
- JEAN, F. (1993): «Crisis e intervención». En MÉDICOS SIN FRONTERAS (ed.), *Escenarios de crisis*. Madrid. Acento ed.
- JODELET, D. (1992): «Memoire de Masse: le cote moral et affectif de l'histoire». *Bulletin de Psychologie*, XLV, 239-256.
- JONES, L. (1995): «On a front line». *British Medical Journal*. 310, 1.052-54.
- KANJI, N. (1990): «War and Children in Mozambique: Is International Aid Strengthening or Eroding Community-based policies?». *Community Development Journal*, 25, 102-112.
- KEBLER, J. (1992): En PERREN-KLINGER, G. (1996): «Trauma». In *Trauma: Vom Schrecken des Einzelnen zu den Ressourcen der Gruppe*. G. Perren (ed.). 1995.
- KLUCKHON (1952): In PRICE-WILLIAMS, D. (1980). *Por los senderos de la Psicología intercultural*. México. Fondo de Cultura Económica.
- KNAPP, M.L. (1980): *La comunicación no-verbal. El cuerpo y el entorno*. Buenos Aires. Paidós.

- KOCIJAN-HERCIGONJA, D. (1994): «The Place of the Humanitarian Psycho-Social Programme in the Net of Psycho-Social Help in Croatia». En ARCEL (ed.), *War Victims, Trauma and Psycho-social Care*, Pp. 11-22. Zagreb. Nakladnistov Lumin.
- KORDON, D. & EDELMEN, L. (1986): *Efectos psicológicos de la represión política*. Buenos Aires. Sudamericana/Planeta.
- LATANE, (1988): En MORALES, J.F., et al (1994): *Psicología Social*. Madrid. Mc Graw-Hill.
- LAUX, L. y WEBER, H. (1991): «Presentation of self in coping with anger and anxiety: an international approach». *Anxiety Research*, 3, 233-255.
- LAZARUS, R., FOLKMAN, S., DUNKEL-SCHETTER, C., DELONGIS, A. y GRUEN, R.J. (1986): «Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes». *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1.003.
- LEOPOLD, M. (1993): «Towards a true refuge by Aung San Suu Kyi». *Refugee Participation Network*, 15:35.
- LIPPMAN, W. (1992): *The Public Opinion*. New York. MacMillan.
- LIRA, E. y CASTILLO, M. (1991): *Psicología de la Amenaza Política y del Miedo*. Santiago, ILAS.
- LIRA, E. (1990): «Psicología del Miedo y Conducta Colectiva en Chile». En I. MARTÍN BARÓ (ed.), *Psicología social de la guerra*. El Salvador, UCA eds.
- LIRA, E. y CASTILLO, M. (1993): «Entrevista» en *Papeles para el Psicólogo*. Madrid.
- LONCAVERIC, M. (1996): «MIR: Socio-Cultural Integration Project for Bosnian Refugees». In G. PERREN (ed.), *Trauma: From Individual Helplessness To Group Resources*. Vienna. Paul Haupt Publishers Berne.
- MARKUS, H. & KITAYAMA, S. (1991): «Culture and the self: implications for cognition, emotion, and motivation». *Psychological Bulletin*, 98, 224-253.
- MARSELLA, J. (1978): «Thoughts on cross-cultural studies on the epidemiology of depression». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2, 343-358.
- MARSELLA, A.J., BORNEMANN, T., EKBLAD, S. y ORLEY, J. (eds.) (1994): *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-Being of the World's Refugees*. Washington. American Psychological Association.
- MARTÍN-BARÓ, I. (1989): «Political violence and war as causes of psychological trauma in El Salvador». *International Journal of Mental Health*, 18(1):3-20.
- MARTÍN-BARÓ, I. (1989a): *Sistema, grupo y poder*. San Salvador. UCA ed.
- MARTÍN-BARÓ, I. (1989b): *Acción e ideología*. San Salvador. UCA ed.
- MARTÍN-BARÓ, I. (1990): «Guerra y Salud Mental», en *Psicología social de la guerra*. El Salvador. UCA eds.
- MARTÍN BERISTAIN, C. y RIERA, F. (1992): *Salud mental: la comunidad como apoyo*. Barcelona. Virus ed.
- MARTÍN BERISTAIN, C., VALDOSEVA, M. y PÁEZ, D. (1996): «Coping with fear and loss at individual and collective level». In G. PERREN (ed.), *Trauma: From Individual Helplessness To Group Resources*. Vienna. Paul Haupt Publishers Berne.
- MASLOW, A. (1970): *Motivation and personality*, New York. Harper & Row.

- MCCALLIN, M. (1995): *The Reintegration of Young Ex-combatants Into Civilian Life: A Report for the International Labour Office*. Geneva. International labour Office.
- MCCANN, I.L. & PEARLMAN, L.A. (1990): «Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims». *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-150.
- MCLIVOR, R.J. and TURNER, S.W. (1995): «Assessment and treatment approaches for survivors of torture». *British Journal of Psychiatry*, 166, 705-711.
- MÉDICOS SIN FRONTERAS (1993): *Poblaciones en Peligro*. Madrid. Acento ed.
- MÉDICOS SIN FRONTERAS (eds.) (1995): *Poblaciones en Peligro*. Madrid. Acento editorial.
- MELVILLE, M. & LYKES, M.B. (1992): «Guatemalan indian children and the socio-cultural effects of government-sponsored terrorism». *Social Science and Medicine*, 34, 533-548.
- MESQUITA, B. & FRIJDA, N.H. (1992): «Cultural variations in emotions: a review». *Psychological Bulletin*, 112, 179-204.
- MEYERS, B. (1991): «Disaster study of war». *Disasters*, 15(4):318-330.
- MILGRAM, N. (1986): «An attributional analysis of war-related stress: Modes of coping and helping». In N. MILGRAM (ed.), *Stress and Coping in Time of War: Generalizations from the Israeli Experience*. New York. Brunner/Mazel. Pp. 9-25.
- MITCHEL & BRAY, J. (1990): «Stress Management Course» (1994). *Refugee Studies Programme*. Oxford.
- MODELL, J. y HAGGERTY, T. (1991): «The social impact of war». *Annual Review of Sociology*, 17, 205-244.
- MOGHADDAM, F.M., TAYLOR, D.M. & WRIGTH, S.C. (1993): *Social Psychology in Cross-Cultural Perspective*. New York. Freeman and Co.
- MOLLIKA, R.F. (1987): «The trauma story: the psychiatric care of refugee survivors of violence and torture». In *Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence*. OCHBERG, E. ed. New York. Brunner/Mazel.
- MOLLIKA, R.F. (1994): «Southeast Asian refugees: Migration History and Mental Health Issues». In A.J. MARSELLA, T. BORNEMANN, S. EKBLAD y J. ORLEY (eds.), *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-Being of the World's Refugees*. Washington. American Psychological Association.
- MOLLIKA, R.F., FISH-MURRAY, C., DONELAN, K., DUUN-STROCHE-STROHECKER, M., TOR, SVANG, LAVELLE, J. & BLENDON, R. (1993): *Repatriation and Disability: A Community Study of Health, Mental Health, and Social Functioning of the Khmer Residents of Site Two*. Working Document. Harvard Program in Refugee Trauma.
- MORALES, J.F., LÓPEZ, M., & VEGA, L. (1992): «Individualismo, colectivismo e identidad social». *Revista de Psicología Social*. Monográfico, 49-72.
- NEAL, D.M., PERRY, J.B. Jr., GREEN, K., and HAWKINS, R. (1988): «Patterns of giving and receiving help during severe winter conditions: A research note». *Disasters*, 12(4), 366-374.
- NEEDHAM, R. (1994): «Refugee participation». *Refugee Participation Network*, 17:17-19.
- NIATI, V. and DE CLERCQ, M. (1996): *The role of the psychiatric team within the context of a catastrophe*.

- NILCHAIKOVIT, T., HILL, J.M. y HOLLAND, J.C. (1993): «The effects of culture on illness behavior and medical care: Asian and American differences». *General Hospital Psychiatry*, 15, 41-50.
- OBERG, J. (1961): In PAST, R. (1977): «Coping with unfamiliar cultures». In N. WORREN (ed.), *Studies in cross-cultural psychology*. Vol 1. London. Academic Press.
- OMANG, J. (1985): *The CIA's Nicaragua Manual. Psychological operations in guerrilla warfare*. National Staff Reporter of the Washington Post. New York. Random House.
- ORLEY, J. (1994): «Psychological Disorders among refugees: some clinical and epidemiological considerations». In A.J. MARSELLA, T. BORNEMANN, S. EKBLAD y J. ORLEY (eds.), *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-Being of the World's Refugees*. Washington. American Psychological Association.
- PÁEZ, D. & BLANCO, A. (1994): «Psicología Social Latinoamericana». *Revista Antropos*, 44. Barcelona. Antropos.
- PÁEZ, D. & VERGARA, A.I. (1995): «Culture differences in emotional knowledge». En J.A. RUSSEL et al. (eds.), *Everyday Conceptions of Emotion*, 415-434. Netherlands. Kluwer Academic Publishers.
- PÁEZ, D. y BASABE, N. (1993): «Trauma Político y Memoria Colectiva: Freud, Halbwachs y la Psicología Política Contemporánea», *Psicología Política*, 6, 7-34.
- PÁEZ, D., ASUN, D. et cols. (1993): «Procesos sociales de recuerdo de hechos traumáticos». *Psicología Política*, 6, 73-94.
- PÁEZ, D. (1997): «Análisis sentimental de nuestra cultura. Cultura, emoción e imagen de sí en España e Iberoamérica». In C. NIETO (ed.), *Saber, Sentir, Pensar*. Madrid. Debate/Fundación M. Botín.
- PEDERSEN, P. (1988): in BERRY, J.W., POORTINGA, Y.H., SEGALL, M.H. and DASEN, P.R. (1992): *Cross-cultural Psychology: Research and Applications*. Cambridge. Cambridge University Press.
- PENNEBAKER, J. (1990): *Opening Up*. New York. Morrow and co.
- PENNEBAKER, J. (1993): *El arte de confiar en los demás*. Madrid. Alianza ed.
- PENNEBAKER, J., PÁEZ, D., & RIMÉ, B. (1997): *Collective Memory of Political Events*. Lawrence Erlbaum. New Jersey.
- PENNEBAKER, J.W., BARGER, S. & TIEBAOUT, J. (1989): «Disclosure of traumas and health among Holocaust survivors». *Psychosomatic Medicine*, 41, 577-584.
- PENNEBAKER, D. PÁEZ, D. y RIMÉ, B. (1997): *Collective Memory of Political Events*. Hillsdale, NJ. Lawrence Erlbaum.
- PERREN-KLINGER, G. (1996): «Trauma». In *Trauma: Vom Schrecken des Einzelnen zu den Ressourcen der Gruppe*. G. PERRED (ed). 1995.
- PRICE-WILLIAMS, D.R. (1985): «Cultural Psychology». In G. LINDZEY & E. ARONSON (eds.), *Handbook of Social Psychology*. New York. Tandom House.
- PRUNIER, G. (1993): «Humanitaire: un droit hypocrite». *Le Monde des débats*.
- PUNAMAKI, R.L. (1989): «Political violence and mental health». *International Journal of Mental Health*, 17, 3-15.
- RAWNSLEY, M.M. (1989): «Minimizing professional burnout: Caring for the care givers». In D.T. WESSELS Jr., A.H. KUTSCHER and I.B. SEELAND (eds.), *Professional burnout in Medicine and the Helping Professions*, New York. Harworth Press.

- RICHMAN, N., MUCACHE, E., DRAIBMA, F. (1996): «A school-based community mental health programme for helping war-affected children». In *Trauma: From Individual Helplessness To Group Resources*. G. PERRED (ed).
- RIEFF, D. (1996): *Matadero, Bosnia y el fracaso de Occidente*. Madrid. El País-Aguilar.
- ROCKEACH (1988): In MORALES et al. (1995): *Psicología Social*. Madrid. Mcgrow-Hill.
- SAMAYOA, J. (1990): «Guerra y deshumanización: una perspectiva psicosocial». En I. MARTÍN BARÓ, I. (ed.), *Psicología social de la guerra*. El Salvador, UCA ed.
- SARASON, B., SARASON, I.G., PIRCE, G.R. (1990) (ed.): *Social Support*. New York. Wiley and sons.
- SEYLE, H. (1980): *Guide to stress research*. New York.
- SICHROWSKY, P. (1987): «Nacer culpable, nacer víctima. Nota bibliográfica». *Memoria*, 3, 56-57.
- SILVER, R.C. y WORTMAN, C. (1989): «Effective mastery of bereavement and widowhood». En P.B. BALTES y M.M. BALTES (eds.), *Successful Aging*. Londres. Cambridge.
- SINGER (ed.): *Repression and Dissociation. Implications for Personality, Theory, Psychopathology and Health*. Chicago. The University of Chicago Press.
- SIQUEIROS, S. (1997): «Situación actual de los veteranos de guerra en Nicaragua». *Asociación de Trabajo Pro-Salud Integral*, ATSI. Managua. Nicaragua. Comunicación personal.
- SLIM, H. (1995): «The continuing metamorphosis of the new humanitarian practitioner: Some new colours for an engendered chameleon». *Disasters*, 19(2), 110-125.
- SMELSER, N.J. (1962): «Theory of collective behaviour». New York. The Free Press. (1986): «Comentary», *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 4 (2), 285-298.
- SMITH, P.B. & BOND, M.H. (1993): *Social psychology accross cultures*. New York. Harvester.
- SNYDER, M. (1981): «Buscad y encontraréis: la verificación de hipótesis sobre las demás personas». En T. HIGGINS et al. (comps.), *Social Knowlegde*. Hillsdale. N.J. L. Erlbaum, 1981.
- SOLARES, A. (1993): *Estado y Nación: las demandas de los grupos étnicos de Guatemala*. FLACSO ed.
- SOLOMON, Z.D. (1990): «Does the war end when the the shooting stops?» *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1.733-1.745.
- SONDORP, E. (1992): «Croyances et pratiques lieés à la diarrhee infantile chez les refugies afghans». *Medical News*, 1, 6, 12-15.
- STEARNS, S.D. (1993): «Psychological distress and relief work: Who helps the helpers?» *Refugees Programme News*. Oxford.
- STEINGLASS, P. & GERRITY, E. (1990): «Natural Disasters and Post-Traumatic Stress Disorder: Short-term versus Long-Term Recovery in Two Disaster-Afeccted Communities». *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1.746-1.765.
- STRESS MANAGEMENT C. (1994): *Refugee Studies programme*. Oxford.
- STRONGMAN (ed.): *International Review of Studies on Emotion*, volume 2, John Wiley & Sons Ltd, England.

- SULS, J. y FLETCHER, B. (1985): «The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis». *Health Psychology*, 4, 249-288.
- SUMMERFIELD, D. (1996): «The impact of war and atrocity on civilian populations: an overview of major themes». In BLACK, D., HARRIS, NENDRICKS, G., MEZEY, G. & NEWMAN, M. (eds.), *Psychological trauma: a developmental approach*. London. Royal College of Psychiatry, Gaskell.
- SUMMERFIELD, D. & HUME, F. (1993): «War and Post-Traumatic Stress Disorder: The Question of Social Context». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181:522.
- SUMMERFIELD, D. (1996): *The impact of War and Atrocity in Civilian Populations: Basic Principles for NGO Interventions and a Critique of Psychosocial Trauma Projects. Relief and Rehabilitation Network*. Paper 14. London. Overseas Development Institute.
- SYDOR, G. & PHILIPPOT, P. (1995): *Prevalence du stress post-traumatique et intervention de prevention secondaire aupres de cooperant belges exposes a une catastrophe humanitaire*. (Papier). Universite de Louvain. Belgique.
- TAFT, R. (1977): «Coping with Unfamiliar Cultures». In N. WARREN (ed.), *Studies in Cross-cultural Psychology*. London. Academic Press.
- TERRELL, D. (1994): «Abnormal Psychology». In D. MATSUMOTO (ed.), *People: psychology from a cultural perspective*. Pacific Grove, Ca.; Brooks/Cole Pub. Co.
- TETER, H. (1996): «Mass Violence and Community Treatment». In G. PERREN (ed.), *Trauma: From Individual Helplessness To Group Resources*. Vienna. Paul Haupt Publishers Berne. 71-86.
- THOITS, P. (1986): «Social support as coping assistance». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423.
- TOJEIRA, J.M. (1993): «Sobre la Amnistía en El Salvador». En *De la locura a la Esperanza*. (Comisión de la Verdad). Donostia. Gakoa.
- TOLFEE, D. (1991): «Refugee participation». In *Refugee children in Malawi: a study of the implementatios of the UNHCR Guidelines on refugee children*. Geneva. International Save the Children Alliance.
- TRIANDIS, H. (1994): «Recerches récents sur l'individualisme et le colectivisme». *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 23:14-27.
- UHNCR & WHO (1992): *Refugee Mental Health. Draft Manual for Field Testing*. Geneva. WHO ed.
- UNDP (1994): *Human Development Report 1994*. Oxford. Oxford University Press.
- UNHCR (1994): *Guidelines on the evaluation and care of victims of trauma and violence*. Utrech Consultation. Geneva.
- UNHCR (1994a): *La situación de los refugiados en el mundo*. Madrid. Alianza ed.
- UNHCR (1994b): *Guidelines on the evaluation and care of victims of trauma and violence*. Utrech Consultation. Geneva.
- UNICEF (1986): *Children in Situations of Armed Conflict*. New York. UNICEF. E/ICEF.CRP.2.
- VAILLANT, G.E. (1990): «Repression in college men followed for a half century». En J.L. Singer (ed.), *Repression and dissociation. Implications for personality, theory, psycho-pathology and health*. The University of Chicago Press, Chicago.

- VESTI, P. & BOHOLM, S. (1990): «Antithesis of therapy: Expreme man made stress. Torture: sequels and rehabilitation», *Psychiatria Danubina*, 2, 297-312.
- VON BUCHWALD, U. (1994): «Refugee Dependency: Origins and Consequences». In A.J. MARSELLA, T. BORNEMANN, S. EKBLAD y J. ORLEY (eds.), *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-Being of the World's Refugees*. Washington. American Psychological Association.
- WATSON, P. (1982): *Guerra, persona y destrucción: Usos militares de la psiquiatría y psicología*. México. Nueva Imaden ed.
- WATZLAWICK, P., HELMICK, J. & JACKON, D. (1967): *Pragmatics of human communication*. W.W. Norton & Company, Inc. Nueva York.
- WEILE, B., WINGENDER, L.B., BACH-MORTENSEN, N., BUSCH, P. (1990): «Behavioral problems in children of torture victims: asequel to cultural maladaptation or to parental torture?» *Journal of Development & Behavioral Pediatrics*, 11, 79-80.
- WEINSTEN, E., MAGGI, A., & GÓMEZ, E. (1987): «El desaparecimiento como forma de represión política». En *Trauma, Duelo y Reparación: Una Experiencia de Trabajo Psicosocial en Chile*. Santiago. Interamericana.
- WEISAETH, L. (1989): «The stressors and the post-traumatic stress syndrom after an industrial disaster». *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 80 (355): 25-37.
- WEISAETH, L. (1994): «Psychological and psychiatric aspects of technological disasters». In R.J. URSANG, B.G. MCCAUGHEY and C.S. FULLERTON (eds.), *Individual and Community Responses to Trauma and Disaster: The Structure of Human Chaos*. Cambridge. CUP.
- WERNER, D. (1989): *Aprendiendo a promover salud*. México. Pax.
- WESTERMAYER, J. (1991): *Psychiatric services for refugee children: an overview*. Johns Hopkins University Press. Maryland.
- WILSON, J.P. & LINDY, J. (1994): *Countertransference in the treatment of post-traumatic stress disorder*. New York. Guilford Press.
- WILLIAMS, C.L. (1991a): In AGER (1993): «Prymary prevention and yhe need for a public health approach». In *Mental Health Services for Refugees*, US Dep. of Health and Human Services, pp. 205-217. Maryland. NIMH.
- WILLIAMS, C.L. (1991b): In AGER (1993): «Toward the development of preventive interventions for youth traumatized by war and refugee flight». In *Refugee Children: Theory, Research and Services* (eds. F.L. AHEARN and J.L. ATHEY), pp. 201-217. Maryland. John Hopkins University Press.
- WORDEN, W. (1991): *Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. London. Tavistock/routledge.
- WORLD BANK (1993): *Annual Development Report*. New York. World Bank.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1981): *Social Dimensions of Mental Health*. Geneva. World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1987): in Brody (1994).
- ZUR, J. (1994): «Making sense of violent expereinces: The reconstruction of meaning of la violencia». *Refugee Participation Network*, 16:10-12.
- ZWI, A. & UGALDE, A. (1989): «Towards an epidemiology of political violence in the third world». *Social Science and Medicine*, 28, 633-642.



Universidad de  
Deusto



EDUCACIÓN  
FORMACIÓN  
JUVENTUD

