

TERREMOTO Y MAREMOTO EN CHILE, 27 DE FEBRERO DE 2010:
LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL COMO TUTORES DE RESILIENCIA

Ana Maria Aron¹
Josefina Martínez²

Consultas por ansiedad aumentan hasta 50% en las zonas más afectadas por el terremoto Primeros datos sobre consultas y tratamientos post terremoto muestran brusco aumento entre marzo y mayo de 2010. Así lo asegura la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su informe "Experiencia de protección y cuidado de la salud mental de la población afectada por el terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010 en Chile" (*El Mercurio*, Martes 16 de Noviembre de 2010)

"No hay más que una solución para sanar una situación traumática y apaciguar nuestro entorno: **comprender**. Inmediatamente después de un accidente, una simple presencia o el acto de hablar pueden ser suficientes para proporcionar seguridad. Solo más tarde, el trabajo del relato dará coherencia al acontecimiento."

(Cyrulnik, B., (2003) *El Murmullo de los Fantasmas*, p 70)

Resumen

Este artículo describe una intervención realizada por el equipo de profesionales del centro de Estudios y Promoción del buen Trato de la Universidad Católica de Chile. Se exponen distintas formas de aproximación a las situaciones de catástrofe: la mirada desde la *Resiliencia*, (Cyrulnik, 2003) la mirada desde la *evidencia informada*, (Hofboll y col. 2007) y desde el *modelo de Competencias*, (Arón, 2000) incluyendo el tema del desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan en situaciones de catástrofe. Se describe la intervención realizada, poniendo énfasis en las actividades de intervención en grupo dirigida a niños y adolescentes.

Summary

This paper describes a crisis intervention program developed by the Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato, from the Pontificia Universidad Católica de Chile. Different approaches to crisis intervention in catastrophes are described: the *resilience* approach (Cyrulnik, 2003), the *informed evidence* approach (Hofboll, 2007), and the *competency model* approach (Arón, 2000). Burnout and the care of the crisis intervention working team are included. Description of the crisis intervention with families with emphasis in strategies addressed to children and youth.

Este artículo describe una intervención realizada por el equipo de profesionales del Centro de Estudios y promoción del Buen Trato de la Universidad Católica de Chile para entregar primer apoyo a víctimas del terremoto del 27 de Febrero de 2010. Se planificó una intervención con funcionarios de una empresa privada de la zona afectada, y en que se hizo un trabajo con las familias, que incluyó a los adultos y a los jóvenes y niños de esas familias. La literatura es enfática en señalar que en situaciones de crisis o de catástrofe la reacción que tienen los adultos cuidadores es crucial para la protección y recuperación de los niños (Barudy y Dantagan, 2005; Taylor, 2002; Cyrulnik, 2003; Goleman, 2006; Fonagy y col. 2004; Crittenden, 2008, Herman, 1992). Poner el foco en el fortalecimiento de los adultos cuidadores –padres,

¹ Profesora, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile

² Profesora Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

profesores, miembros de los equipos de salud- y en entregarles herramientas para ayudar a regular los estados emocionales de los niños y jóvenes es de las intervenciones más útiles y de mayor impacto y utilidad para la población de niños y jóvenes. Esto ha sido corroborado también en nuestra experiencia en terreno después de años de trabajo en la comunidad con población que ha sufrido eventos traumáticos (Arón, 2000, Martínez, 2000, Arón, Machuca y Pesce, 2009, Fundación Arauco, 2011).

Formas de aproximación a una situación de catástrofe

La mirada desde la Resiliencia

Boris Cyrulnik, uno de los autores más representativos del tema de la Resiliencia, quien visitó Chile semanas después del terremoto del 27 de Febrero de 2010, plantea que hay tres factores fundamentales para la recuperación de una comunidad luego de una catástrofe (2010): *Acción, Solidaridad y Sentido*. Estos serían los factores que promueven la resiliencia en una comunidad que ha sido devastada por una catástrofe.

“*Acción*” se refiere a que las personas y la comunidad tomen un rol activo en su recuperación, organizándose y realizando acciones que tengan que ver con el cuidado de los más necesitados, el retiro de escombros, la limpieza y la reconstrucción. Esto resalta la importancia de que las víctimas y sobrevivientes sean protagonistas de su proceso de reconstrucción y no simples “pacientes” que reciben la ayuda y el trabajo de otros. Supone un replanteo de los modelos asistencialistas y sobreprotectores que ayudan debilitando.

“*Solidaridad*” se refiere a la percepción de ser acogido por una comunidad más amplia (en este caso, el resto del país y el resto del mundo) a la que le importa y le preocupa lo que ha sucedido y solidariza de distintas maneras con las víctimas de la catástrofe. Esto activa la sensación de conexión con una red social más amplia y es parte de lo que Berman (1997) ha llamado la “responsabilidad social” o la “conciencia social”, que se refiere a la conciencia de formar parte y estar anclado en una red social más amplia, en relación a la cual somos responsables y que a su vez se siente responsable de nosotros. Una de las cosas que ocurre luego de un evento catastrófico como el que vivió Chile es la sensación de soledad y aislamiento. Los eventos traumáticos impactan y desarticulan los vínculos entre el individuo y la comunidad. La solidaridad del grupo provee el factor protector más fuerte contra el terror y la desesperación. De hecho, parte de la recuperación, como lo plantea Boris Cyrulnik, y Judith Herman tiene que ver con la restauración de esos lazos: “La restitución de los vínculos sociales comienza con el descubrimiento de que uno no está solo” (Herman, 1992, p.215)

Finalmente el “*sentido*”, que se refiere a poder darle algún significado a lo que ocurrió. Habitualmente los eventos traumáticos implican una ruptura brusca del sentido de la vida, una ruptura violenta del hilo de la historia personal y colectiva que afecta la propia experiencia y la comprensión de la realidad (Martínez.Taboada y Arnoso, 2001). Se hace necesario una resignificación de la realidad por parte de las víctimas y por parte de la comunidad a la que pertenecen. Esto se logra principalmente a través de dos vías: la recuperación del relato y los rituales.

La reconstrucción del relato después de un evento traumático permite estructurar la incoherencia de las imágenes guardadas luego del impacto. Es una forma de recuperarse de la fragmentación que sigue a todo evento traumático (Tousignant y Ehrensaft (2004). La herramienta que permite darle coherencia nuevamente a un mundo que se ha fracturado y desordenado es la narración. En palabras de Cyrulnik “la narración permite volver a coser los trozos de un yo desgarrado” (2003, p 67).

Es importante rescatar que este relato de lo vivido se hace a un otro que escucha activamente y por lo tanto es co-autor de la nueva narración. Muchas veces la historia del evento traumático está a un nivel “pre-narrativo”: impresiones desorganizadas, sin correlato emocional, sin interpretación o comprensión de lo que pasó. Judith Herman lo describe poéticamente “como escenas de una película muda de terror, a la que el terapeuta ayuda a poner palabras y música” (1992, p.174). La escucha “neutra” tan típica de nuestra formación como profesionales de la salud mental, no es una escucha de co-autoría, más bien puede intensificar la sensación de soledad de quienes hacen su relato. Una escucha activa y comprometida, que es capaz de conmovirse con el relato del sobreviviente, es la que realmente ayuda a recuperar el sentido de coherencia fracturado luego del evento vivido.

La recuperación luego de un evento traumático se logra sólo en el contexto de una relación interpersonal. En ese contexto se reconstruyen las capacidades que se perdieron o se dañaron luego de la experiencia traumática: la confianza en sí mismo y en los otros, la autonomía, la iniciativa, el sentirse competente, la recuperación la identidad y la aceptación la intimidad.

Ya que todas esas capacidades se desarrollaron evolutivamente en un contexto interpersonal y de intersubjetividad, (Herman, 1992, Crittenden, 2008; Fonagy y col. 2002) necesitan de este tipo de contexto intersubjetivo para ser reparadas. Compartir las experiencias traumáticas con otros, es un pre-requisito para la restitución del mundo como un lugar con sentido.

Es en ese sentido que planteamos a los profesionales de salud mental que dan apoyo luego de una situación de catástrofe, no como expertos sino como tutores de resiliencia. Personas que con su presencia solidaria, su acompañamiento, su escucha activa, representan una ayuda efectiva para la recuperación de personas y comunidades, transformándose, transitoriamente, en figuras significativas de apoyo en momentos de crisis.

Los rituales son otra de las formas que tienen los grupos y las comunidades para darle sentido y coherencia a las experiencias traumáticas vividas. Se relacionan con la elaboración del duelo que implica todas las pérdidas vividas: pérdida de personas cercanas, pérdida de viviendas, pérdida de recuerdos y de historias que se borran con el desastre, pérdida del sentido de pertenencia a un barrio o a una comunidad. Son actos o ceremonias grupales en que se crea un espacio para recuperar los relatos, las emociones vividas y recordar a los que ya no están y a lo que ya no está. Estos rituales permiten restaurar el hilo de las historias de vida fracturadas por el evento traumático, y asegurar a los miembros de la comunidad que se mantendrá el recuerdo de lo que pasó (Cyrulnik, 2010; Imber-Black, Roberts y Whiting, 2006). Uno de los temores que los sobrevivientes comparten es el miedo al olvido, especialmente entre las personas mayores de la comunidad. Joseph Yerushalmi, a propósito de los “usos del olvido” (1988) reflexiona como los pueblos y las comunidades sólo pueden olvidarse del presente, que es lo que han vivido, no del pasado. Cuando un grupo se olvida de su pasado, significa que la generación anterior no le transmitió la historia, “un pueblo olvida cuando la generación poseedora del pasado, no lo transmite a la siguiente(...) un pueblo jamás puede olvidar lo que antes no recibió” (p. 18). El sentido de muchos rituales luego de una catástrofe, es preservar la memoria, transmitir a la posteridad lo que aprendieron del pasado.

Los rituales permiten, además marcar el paso de una etapa a otra luego de una catástrofe o de una crisis. Marcan el fin de una etapa y el paso a la otra, y permiten por lo tanto no “quedarse pegado” en los relatos inconclusos, en la rememoración de lo ocurrido, en los duelos suspendidos. Hay rituales en distintos niveles, a niveles familiares, que son más íntimos y privados y permiten reconstruir la fractura familiar, y otras más públicos y comunitarios, que restituyen el sentido de unidad y de pertenencia de los grupos humanos.,

La mirada desde la evidencia informada (Hobfoll y col. 2007)

En los últimos años ha habido un énfasis desde las políticas públicas por lo que se ha llamado “medicina o psicología basada en evidencia”, que se relaciona con la evidencia científicamente comprobada de que algunos procedimientos son más eficientes que otros.

Muchos autores critican esta postura cuando se extrapola a las intervenciones psicosociales, donde los estudios “científicamente estructurados” no siempre dan cuenta cabal de los fenómenos que están ocurriendo. Tomkiewicz (2004) psiquiatra que ha trabajado con sobrevivientes de eventos traumáticos, crítica duramente a la psiquiatría basada en evidencia: “Los fundamentalistas de la Psicología basada en evidencia (...) se interesan solamente por lo que puede ser observado de lejos y con facilidad, pero no se puede leer objetivamente lo que se trama en el interior de un individuo, sus experiencias vividas, su historia no sólo “objetiva”, sino reflejada por sus sueños y sus fantasmas” (p 48)

Hay que reconocer que dada la devastación que ocurre luego de una catástrofe o de la violencia masiva (actos de terrorismo) es difícil que una vez ocurridos se pueda tener evidencia de muestras comparables y ensayos comparados acerca de las intervenciones realizadas. Considerando que hasta la fecha no existe un consenso basado en evidencia sobre cuáles serías las recomendación para intervenir

inmediatamente después y en el mediano plazo luego de una catástrofe de impacto masivo Hobfoll y su equipo (2007) juntaron a un grupo de expertos en estudios de intervenciones en desastres y violencia masiva para llegar a un consenso en relación a los principios básicos que debieran guiar estas intervenciones. En ausencia de resultados basados en evidencia, los autores sugieren lo que llaman *Evidencia informada*, que se refiere al “reporte sustentado eficiente y efectivo desarrollado a partir de evidencia empírica, informada, y de acuerdo a estándares razonables sustentados de estudios relacionados con acciones en desastres. de intervención en esas situaciones” (Hobfoll, 2007, p. 284)

La propuesta de estos expertos es coherente con lo planteado desde un enfoque de la resiliencia y con nuestra propia experiencia en terreno. Ordena las acciones que deben realizarse, ayuda a sistematizar lo que ha sido la experiencia en terreno después de una catástrofe, y motiva a la comunicación de estas experiencias a pares que están trabajando en condiciones similares. La evidencia informada, es en ese sentido, parte de la solidaridad entre profesionales que trabajan en circunstancias difíciles.

Se identifican cinco principios, basados en evidencia informada, que debieran ser usados para guiar las intervenciones preventivas tanto inmediatamente después de una catástrofe como en las etapas de mediano plazo. Estos principios se refieren a promover: *el sentido de seguridad, la calma, el sentido de autoeficacia y la eficacia de la comunidad, la conexión con otros y la esperanza.*

A continuación se describen estos principios y las sugerencias del panel de expertos para el de estrategias para lograr la recuperación de las comunidades

Promover el sentido de seguridad

En una situación de catástrofe, como lo que ocurre durante y después de un gran terremoto y tsunami, los niños, los padres y los cuidadores habitualmente se sienten amenazados porque pierden temporalmente la “coraza protectora” que acompaña la mayor parte de los desarrollos normales de los niños, jóvenes y familias.

La mayoría de las personas expuestas a eventos traumáticos presentan una serie de síntomas que se han definido como *estrés post-traumático* (EPT). En la medida en que su seguridad es recuperada, estas reacciones presentan una disminución en el tiempo, aun cuando las condiciones de amenaza persistan (Bleich, Gelkopf y Solomon, 2003). La adaptación biológica al estrés extremo, como en las catástrofes, es un elemento clave en la sobrevivencia de la especie. Las investigaciones indican que la promoción del sentido de seguridad es esencial tanto en humanos como en animales para reducir las respuestas biológicas que acompañan al miedo y la angustia concomitantes a una amenaza extrema (Bryant, 2006).

Hay procesos cognitivos que pueden inhibir la recuperación y se relacionan con las amenazas persistentes. Foa (1997) sugiere que la recuperación espontánea o natural luego de una exposición a un trauma, se asocia con la mantención de una visión equilibrada de la peligrosidad del mundo. La creencia de que el Mundo es un lugar absolutamente peligroso, se considera como una creencia disfuncional que media el desarrollo del EPT. Por eso se sugiere entregar información correctiva luego de una catástrofe para poder percibir las amenazas de un modo mas realista. De hecho las personas que exageran los riesgos futuros tienden a tener más riesgo de presentar síntomas de EPT.

Estrategias para promover la seguridad

- Importancia de entregar información adecuada sobre los riesgos existentes como consecuencia de la catástrofe
- Tener lugares físicos que sean un refugio seguro
- La importancia de saber acerca de los familiares, y sus condiciones de seguridad, son un punto crucial para recuperar el sentido de seguridad. Debiera ser una prioridad ayudar a las víctimas a saber de sus familiares y conocidos luego de una catástrofe.
- Uso de los medios de comunicación: Mantener a la población informada sin alarmar, dando información realista, no repetitiva.

-El uso político que pueda hacerse de la inseguridad, hace que esta aumente en lugar de mitigarse. Los medios pueden ser un obstáculo para la recuperación de la sensación de seguridad, especialmente por la sobreexposición a imágenes traumáticas.

Una estrategia importante de salud mental debería ser sugerir que los niños y jóvenes no sean expuestos y sobreexpuestos a las imágenes televisivas. Esto es limitar y monitorear la exposición a los medios.

1. Recuperar de la calma

La ansiedad en dosis adecuada es un ingrediente normal de una respuesta saludable en situaciones de estrés y amenaza, ayuda a la hipervigilancia necesaria para protegerse. Cuando estas respuestas de ansiedad se transforman en una interferencia con el sueño, la alimentación la solución de problemas cotidianos puede llevar a trastornos de ansiedad y a los síntomas de EPT. En esas situaciones es importante introducir estrategias para recuperar la calma y estabilización emocional.

Se recomienda, como estrategias para recuperar la calma:

- Entrenamiento en respiración
- Promover emociones positivas
- Evitar emociones negativas (sobre exposición a noticias)
- Psicoeducación: acerca de las reacciones después de un desastre (normalización de las reacciones, verlas como esperables y normales, despatologización)
- Técnicas de manejo de la ansiedad
- Técnicas de manejo y regulación de las emociones propias y las de otros

Las intervenciones Psicológicas no deben considerarse como un sustituto de las intervenciones concretas para restablecer la seguridad, los recursos básicos, la empleabilidad, la vivienda y los servicios básicos.

3. Promoción y restablecimiento del sentido de auto-eficacia y de la eficacia comunitaria

La autoeficacia es la medida en que un individuo siente que sus acciones pueden llevarlo a resultados positivos (Bandura 1977), especialmente a través de la autorregulación de las emociones, pensamientos y conductas. Esto puede extrapolarse a la “eficiencia colectiva”: la sensación de pertenecer a un grupo que habitualmente enfrenta las dificultades con resultados positivos (Antonovsky, 1979)

Foa y Meadows (1997), presentan un modelo de trauma en que sugieren que luego de un evento traumático las personas están en riesgo de perder la confianza en sus competencias para abordar distintas situaciones. Esto comienza relacionándose con eventos cercanos al evento traumático pero puede generalizarse a muchas otras áreas. En ese sentido las intervenciones debieran fortalecer la confianza en sí mismo y el sentido de ser competentes. Se sugieren intervenciones en que los expertos sean los miembros de la comunidad afectados y no los especialistas profesionales. No se trata de construir autoeficacia sino de recuperarla, ya que mayoría de los sobrevivientes tenían vida normales antes del desastre

La recuperación de la auto-eficacia y de la eficacia comunitaria no puede ser hecha en el vacío (por ejemplo, cuando el sistema social más amplio fracasa, o las trabas burocráticas interfieren con la recuperación). Las actividades que son pensadas y realizadas por la comunidad contribuyen a generar un sentido de la eficacia comunitaria. Esto incluye la realización de rituales de duelo, la organización de los campamentos, la reconstrucción, la recuperación de las fuentes laborales.

Una comunidad competente, da seguridad, provee acceso a recursos materiales para la reconstrucción, restablece el orden y entrega esperanza en el futuro. La percepción de que uno puede recurrir a otros para pedir apoyo mitiga la percepción de vulnerabilidad y permite que las personas y grupos se involucren en actividades que en otras situaciones podrían considerar riesgosas. La capacidad de asumir riesgo, relacionada con apego seguro y con disponibilidad de redes sociales personales activas, se relaciona estrechamente con el sentido de pertenencia a una comunidad eficiente.

Bandura (1997) plantea que las creencias en la autoeficacia pasan por la disponibilidad de un repertorio de conductas para enfrentar las situaciones difíciles. La percepción de autoeficacia tiene que ver con los éxitos en el enfrentamiento a determinadas situaciones. En ese sentido el entrenamiento en habilidades o competencias relacionadas con el manejo de situaciones de estrés son una herramienta importante para mejorar la percepción de la propia eficacia.

El empoderamiento como estrategia sin contar con los recursos materiales necesarios es contraproducente y desmoralizador. (Rappaport 1981). Las personas pueden atribuir la responsabilidad de sus penurias a sí mismos y no las circunstancias ambientales y las fallas burocráticas, que son las realmente están interfiriendo con el logro de los objetivos planteados en relación a la reconstrucción. De ahí la importancia de asegurar los recursos mínimos, como servicios básicos y recursos de reconstrucción antes de empezar las intervenciones psicosociales. Por lo tanto los programas de salud mental no pueden estar aislados o desvinculados de otros proyectos de desarrollo en la zona de la catástrofe.

4. Promoción de la conexión

El apoyo social mitiga el impacto de los eventos traumáticos (Gotlieb, 1978; Dabas, 2006 y Sluski, 1990), permite reconstruir una forma mínima de confianza en los demás, restablecer la confianza en sí mismo y recuperar la sensación de control, todos elementos tan importantes del bienestar psicosocial.

Existe un enorme cuerpo de investigación que apoya la importancia del apoyo social y la mantención de los vínculos afectivos para la superación del estrés y del trauma (Sluski, 1998, Gotlieb, 1987, Aron y Lorion, 2003, Barudy, 2010, Cyrulnik, 2010, Hobfoll et al, 2007). La conexión social implica acceso a información que puede ser crucial en momentos de crisis, recibir además apoyo emocional, apoyo instrumental y contribuye a afianzar la propia identidad al fortalecer el sentido de pertenencia a una familia y a una comunidad.

La falta de vínculos afectivos son un factor de riesgo para la instalación del EPT y el apoyo social se relaciona con el bienestar emocional y con una mejor recuperación luego de traumas masivos. (Berkman y Kawachi, 2000).

La conexión entre padres e hijos, entre familiares, es fundamental para la recuperación luego del trauma. También promover la conexión entre los pobladores de un campamento o de un lugar específicos sin “robarles” sus roles protagónicos. Las familias y los grupos familiares, son el principal proveedor de cuidados salud mental luego de una catástrofe (de Jong, 2002) y deberían ser considerados como el principal eje de intervención en los planes de salud mental.

De ahí la importancia de incluir contenidos de Psicoeducación en relación a las funciones de las redes sociales personales y cómo activarlas en las intervenciones de salud mental. Los “extranjeros” sólo debe actuar como tutores de resiliencia, que se retiran cuando las capacidades ya están recuperadas.

5. Restablecer la esperanza

El último principio se refiere a restablecer la esperanza. Hay evidencia acerca de la importancia de recuperar la esperanza luego de las catástrofes y los traumas masivos para lograr recuperarse. Aquellos que se mantienen optimistas tienen más probabilidades de recuperarse mejor luego de eventos traumáticos ya que tienen una esperanza razonable del futuro.

La Esperanza puede definirse como una expectativa positiva y orientada a la acción en términos de que un resultado futuro o un objetivo futuro son posibles. Hobfoll y col. Critican esta definición por ser muy individualista y occidental, plantean con Antonovsky (1979) que en la mayoría de los grupos, la esperanza tiene una connotación religiosa o espiritual. Este es uno de los factores que se ha descrito como ligado a la resiliencia.

Aronovsky describe el estado de esperanza como un “sentido de coherencia, en que uno tiene un sentimiento duradero y dinámico de confianza en que el ambiente interno y externo son predecibles, y con una alta probabilidad de que las cosas funcionen tan razonablemente como se espera” (1979, p. 123), esto puede estar relacionado ya sea con creer en Dios, tener confianza en un Gobierno eficiente, o incluso en creencias supersticiosas (“yo siempre tengo suerte”, “a mi las cosas siempre me resultan bien”).

La esperanza se relaciona con hechos concretos, y se recupera luego de una catástrofe cuando por ejemplo, se recupera la empleabilidad, se logra que los seguros paguen a los damnificados, se ver el comienzo de la reconstrucción. Esto enfatiza nuevamente la necesidad de coordinación de los programas de salud mental con otros programas de desarrollo.

Formas de promover la esperanza:

- Religiosidad y espiritualidad que no sean catastróficas.
- Asegurar que las condiciones ambientales se reequilibren (no poner todo el énfasis en un locus de control interno) Detener el ciclo de pérdida de recursos es crucial para cualquier intervención en salud mental.
- No catastrofizar para adecuarse a lo peor.
- Focalizar las acciones en los grupos y la comunidad mas que en los individuos ya que la esperanza no solo es un constructo individual sino uno comunitario.

La propuesta de este grupo es que, ya existen muchas formas de tratar el estrés post-traumático en forma individual, pero son necesarias formas de prevención primaria y secundaria, y estas deberían tener un enfoque comunitario.

Esto por supuesto va a mas allá de la psicoterapia y de la intervención médica. Se recalca, además, la importancia de adecuarse y respetar la ecología particular de cada desastre, lo que no hace posible tener un solo modelo de intervención, es importante mantener la *congruencia ecológica* (Hobfoll, 1988) y adecuarse a las características de cada desastre y la comunidad que lo sufre.

Nuestra modalidad de intervención: el Modelo de Competencias

“A lo largo de nuestra formación se nos enseña a conocer y a describir los defectos, los déficit, las debilidades de cada paciente potencial. Pero no se nos enseña que nuestro deber consiste en ayudarles a encontrar y a llevar a buen puerto su estrategia personal. Desde luego no podemos sustituir al sujeto en la invención de esas estrategias, pero **no se puede ayudar a alguien sin buscar y descubrir sus puntos fuertes, sus deseos sus cualidades**. Es preciso aprender a reconocer que una botella medio vacía (sujeto vulnerable) está también medio llena)” (Tomkiewicz, 2004, p45).

Las formas más tradicionales de enfrentamiento a las crisis, que corresponden a los paradigmas centrados en el déficit, han demostrado ser inadecuados para abordar las crisis que afectan a grupos y a comunidades (Walsh, 2007, Arón y Lorió 2003, Gergen, 2006).

Los modelos tradicionales de salud mental, centrados en las evaluaciones diagnósticas individuales y en atenciones psicológicas y psiquiátricas derivadas de estos diagnósticos, no darían abasto una situación de catástrofe que afecta a toda una comunidad. Un porcentaje tan alto de personas de la comunidad presentan problemas psicológicos reactivos al trauma, que es impensable tratar de abordarlos con especialistas que trabajen desde los modelos tradicionales de atención individual. Esto haría colapsar cualquier Servicio de Salud Mental.

La tendencia mundial actual es cambiar de *paradigmas de déficit*, centrados solamente en el análisis de los problemas hacia *paradigmas de competencias*, focalizados en la visibilización de recursos y competencias, especialmente aquellas de la comunidad y de las capacidades instaladas (CEPAL, 2000; OMS, 2005; OPS 2005; Walsh, 2007; Arón y Lorió, 2003, Gergen, 2006, Montero, 2006) Estos

enfoques se han llamado también *enfoque de recursos* (Walsh, 2007) y *enfoque de fortalezas* (Saleebey, 2002)

Este cambio de paradigma implica moverse desde los *modelos de déficit*, cuyo foco son los problemas, las deficiencias, los conflictos no resueltos, las carencias, hacia a los *modelos de recursos y competencias*, en que el foco está puesto en los recursos y competencias necesarias para abordar y resolver las situaciones críticas.

Este cambio implica que:

- la unidad de análisis, naturalmente se amplía desde el individuo hacia las unidades sociales más amplias, como la familia, las redes sociales y la comunidad, ya que los recursos con que cuenta una persona para abordar sus situaciones difíciles, no son sólo sus recursos personales si no lo de su grupo familiar, los de sus redes, los de su comunidad. Esto es coherente con la perspectiva de la Resiliencia, y su concepto de *Tutores de resiliencia* (Cyrulnik, 2009), entendiendo la resiliencia como un concepto siempre interaccional, en que el recurso resiliente por excelencia es tener en su red social personas que confíen en uno y que lo apoyen en situaciones difíciles.

- las intervenciones sociales dejan de ser sólo curativas (*modelos de espera* en que se interviene cuando los problemas ya están instalados) y pasan a ser intervenciones tempranas, de prevención, centradas en la preparación y activación de recursos y competencias, antes de que se produzca el daño.

- el rol de los especialistas cambia desde ser un experto que monopoliza los saberes, a un visibilizador de recursos, activador y visibilizador de redes de apoyo, un visibilizador de obstáculos, fortalecedor de competencias y organizador de rituales. Esto supone una reformulación del rol de los especialistas de la salud mental, cuya función en este nuevo modelo es la de planificar y evaluar estrategias de intervención en las que los principales agentes activos son los individuos, los grupos a los que pertenecen y, en general, la comunidad. Su rol se relaciona con la visibilización y articulación de redes comunitarias y la facilitación del acceso de las personas a los recursos disponibles.

- se pone énfasis en el cuidado de los operadores y de los equipos que participan en las acciones de apoyo.

Este nuevo enfoque supone un cambio desde prácticas que se insertan en modelos asistenciales anclados en una cultura patriarcal, sobreprotectora y maltratadora, que discrimina, descalifica los recursos personales y comunitarios valorando sólo a los expertos en un campo en que el valor de la tribu y de las redes sociales es irremplazable (Gergen (2006); Arón, 2001, Walsh, 2007). Estos modelos han sido llamados también enfoques multisistémicos en la recuperación del daño y la resiliencia. Siguiendo a Gergen (2006) es necesario cambiar el discurso psicológico del déficit, en que los especialistas “se adueñan” de los procesos de recuperación del daño luego de situaciones de crisis, debilitando los recursos personales y los de las comunidades

Las ventajas del cambio de paradigma:

- más económico: ahorro de recursos especializados, utilización del capital humano disponible en la comunidad (operadores primarios naturales)
- más eficiente: aprovecha los recursos resilientes, fortalece los vínculos, recupera y valida las narrativas grupales
- más sustentable: deja capacidad instalada permanente, fortalece el capital humano, visibiliza las capacidades de las redes sociales, fortalece el capital social
- menos intrusivo: no interrumpe los flujos naturales de las vinculaciones sociales, no descalifica ni debilita las capacidades locales, utiliza a los cuidadores naturales y a los líderes legitimados de la comunidad)

El supuesto básico con que operan estos modelos de Salud Mental es el de confianza en los recursos del individuo y de la comunidad para resolver sus propios problemas. Esto no equivale a

abandonar al individuo a su propia suerte, pero sí significa que quién debe hacerse cargo y resolver el problema es quién lo tiene. El papel del especialista es ayudarlo a descubrir sus propios recursos, a activarlos y a recobrar su confianza en ellos. En palabras de Vergely (2004) “Parte del trabajo con víctimas y sobrevivientes es recuperar al luchador que hay en cada uno de ellos y permitirles hacer palanca en su propia existencia” (p.59)

En este cambio de perspectiva hace pie el concepto de resiliencia, que se refiere a la capacidad de los individuos y de los grupos para recuperarse luego de que han sido sometidos a situaciones adversas (Rutter, 1990; Lössel, 1994, Cyrulnik, 2009, Barudy 1999, Walsh, 2007). El concepto de resiliencia enfatiza el desarrollo de los factores protectores más que la focalización en los factores de riesgo.

Así, desde la perspectiva del modelo de competencias, podemos visualizar a los profesionales no como expertos sino como tutores de resiliencia de la comunidad y de los individuos en situaciones de crisis, luego de una catástrofe.

Para los niños y jóvenes, es fundamental sentir que los adultos cuidadores padres, profesores, agentes de la comunidad, son persona eficaces en la protección frente a situaciones de riesgo. El trabajo con padres y líderes comunitarios es una forma indirecta de trabajar con niños y jóvenes.

Propuesta de intervención

Contextualización

El terremoto que tuvo lugar el 27 de febrero de 2010, corresponde al segundo sismo más grande registrado en la historia del país y el quinto a nivel mundial. Tuvo una magnitud de 8,8 grados en la escala de Richter y su epicentro se ubicó en el mar, frente a las costas de Curanipe y Cobquecura. Tuvo una duración aproximada a los 2 minutos, 45 segundos en Santiago y fue percibido en gran parte del cono sur. Alcanzó una intensidad de IX en la escala de Mercalli en las regiones del Maule y Bío-Bío y de VIII en La Araucanía, O'Higgins y Metropolitana. El sismo fue seguido por más de una decena de réplicas de más de 6 grados Richter, las cuales se sintieron desde Antofagasta, en el norte, hasta el extremo sur, sobre una línea geográfica de más de 2 mil kilómetros.

Posterior al terremoto tuvo lugar un fuerte tsunami que impacta las costas y genera una gran destrucción, incluso en lugares que no habían sentido el sismo, como la isla de Juan Fernández. La alerta de tsunami, se extendió a 53 países de la cuenca del Pacífico.

Este sismo fue 31 veces más fuerte y liberó cerca de 178 veces más energía que el terremoto de Haití (ocurrido en enero de 2010) y la energía liberada es cercana a 100.000 bombas atómicas, equivalentes a las usadas en Hiroshima durante la segunda guerra mundial.

En las zonas más afectadas se presentaron grandes daños estructurales, especialmente en las construcciones de adobe. En el borde costero esta destrucción se agudizó producto del tsunami que arrasó con múltiples localidades. Hubo daños en carreteras y problemas de conectividad por el corte de puentes. Los servicios básicos de luz, agua y gas, como también las telecomunicaciones se vieron interrumpidos. En algunas comunas, la reposición de estos servicios básicos tardó hasta más de un mes en restablecerse.

A la situación de catástrofe y desastre en que se encontraban diversas ciudades se suma en muchas de ellas robos y saqueos, que llevaron a decretar estado de excepción constitucional de catástrofe en las regiones de Maule y Bío-Bío, de manera de favorecer el orden y seguridad necesarios para enfrentar las tareas de emergencia y reconstrucción.

Una catástrofe, como el terremoto y posterior tsunami ocurrido en Chile en Febrero de 2010, constituye para la población afectada una ruptura violenta del hilo de la historia personal y colectiva, que afecta la propia experiencia y la comprensión de la realidad. Hace necesario una re-significación de la realidad por parte de las víctimas y también por parte de la comunidad a la cual pertenece (Martínez-Taboada y Arnoso, 2001).

Cuando una crisis se desencadena luego de una catástrofe como un terremoto o un maremoto, los efectos se amplifican. No sólo afectan a toda una comunidad como colectivo y a las personas en forma individual, sino que además, quienes debieran prestar ayuda están a su vez afectados por el evento catastrófico. Los terremotos y maremotos no constituyen un evento traumático único, sino que aquello que ocurre después del desastre va sumando situaciones difíciles que se suman al dolor de las pérdidas. Así, las condiciones precarias de vida que se mantienen en el tiempo, la falta de abastecimientos básicos, las eventuales emergencias sanitarias, los saqueos y actos vandálicos, van aumentando las consecuencias traumáticas del evento principal y a la vez mermando los recursos de la comunidad para mitigarlos.

Intervención de acompañamiento en crisis, a grupos familiares de una empresa privada de la zona afectada

El área de recursos humanos de una de las empresas que opera en la zona más afectada por el terremoto, solicitó a nuestro equipo el diseño de una actividad de acompañamiento en situación de crisis para los funcionarios y obreros y sus grupos familiares, cuando había transcurrido varios meses desde la catástrofe. La actividad se realizó con una duración seis horas en un recinto de recreación, al que asistieron la mayoría de los funcionarios con sus familias, y muchos de ellos solos.

Se diseñó una actividad dirigida a los adultos y una actividad dirigida a los niños y adolescentes. Se finalizó con un plenario, en que se reunieron adultos y niños.

Actividad para los adultos³.

El objetivo de estas actividades fue crear un espacio protegido de contención para recuperar el relato de lo que había vivido cada uno durante el terremoto y tsunami. En la medida que las personas iban haciendo su relato, el facilitador hacía de “co-autor” poniéndole nombre a muchas de las experiencias relatadas y facilitando la asociación del relato con las emociones vividas. En todos los casos se normalizaron las reacciones emocionales relatadas, describiéndolas como “reacciones normales en una situación anormal”.

Se realizaron intervenciones de psicoeducación exponiendo algunos conceptos explicativos de lo que es una crisis y las reacciones que habitualmente se tienen frente a ella. En apoyo a esta actividad se entregaron folletos explicativos “*Después del terremoto*”⁴, se trata de un desplegable en que se indica qué ocurre después de un terremoto, cuáles son las reacciones esperadas y que es lo más aconsejable hacer en esas circunstancias. En la misma línea se entregó información de cuáles deberían ser las actitudes más adecuadas frente a las reacciones emocionales de otros, especialmente frente a los niños a fin de contenerlos, calmarlos y validar las emociones que estaban sintiendo. Se ocupó bastante espacio en el análisis de algunas reacciones de los niños, despatologizándolas y entregando sugerencias para su contención.

El grupo total de adultos se separó en tres grupos más pequeños (aproximadamente de veinte personas cada uno) en que se realizó una actividad experiencial de recuperación del relato y normalización de las emociones y reacciones asociadas. En cada grupo, dado lo escaso del tiempo, hubo algunas personas en las que focalizó más la recuperación de la experiencia. Especialmente en aquellas que parecían más desconectadas de sus redes naturales y que no habían tenido espacios suficientes de contención. El grupo actuó como una red transicional de apoyo. La evaluación de esta actividad realizada por el Departamento de Recursos Humanos de la empresa reportó que los participantes valoraron mucho este espacio y los aprendizajes logrados para el enfrentamiento a situaciones de crisis.

³ Esta actividad fue realizada por las psicólogas Ana María Arón, M. Teresa Llanos y Carolina Sinclair

⁴ Desplegable, que puede encontrarse en la pg. web www.buentrato.cl. Este desplegable fue financiado por el Consejo Minero de Chile, y repartido gratuitamente en las zonas afectadas por el terremoto.

Intervención grupal post terremoto para niños y adolescentes⁵

Esta actividad se describirá con más detalle, por su originalidad y porque es poco frecuente en las intervenciones en crisis. Fue realizada en dos grupos separados (niños y adolescentes) y en un lugar especialmente acondicionado para el trabajo grupal lúdico, con elementos como crayones, papelógrafos, elementos de arte, etc.

Objetivos

- Alentar la expresión de lo vivido, generando una narrativa compartida acerca del terremoto
- Normalizar síntomas y reacciones esperables en niños, adolescentes, adultos
- Detectar personas que requiriesen ayuda profesional especializada posterior a la intervención
- Otorgar espacios para el procesamiento de la experiencia
- Promover el desarrollo de estrategias de estabilización emocional
- Generar un espacio para la esperanza y la resiliencia

Estableciendo vínculos

La primera actividad consistió en establecer un vínculo entre las terapeutas (dos por grupo) y el grupo de niños. Se explicitó el motivo de la reunión, se les explicó que sus padres estaban en una sala contigua haciendo algo parecido y que al finalizar la tarde se reunirían todos

Se realizaron juegos de presentación, incluyendo a las animadoras, juegos cooperativos “rompehielo”, para alivianar las inhibiciones iniciales para la participación más activa.

Un espacio especial fue para aclarar expectativas y compartir las de las terapeutas en relación a constituir un espacio para hablar de lo que a cada uno le ocurrió durante el pasado terremoto .

Se comentaron los objetivos de la actividad y la forma general en que se trabajaría, estableciendo ciertas reglas de trabajo grupal (confidencialidad, respeto por las opiniones de otros, etc.)

Normalización de síntomas y reacciones esperables

En toda intervención en crisis, especialmente luego de un terremoto y tsunami, es importante normalizar los síntomas y reacciones que aparecen. Para este propósito se diseñó la actividad “El semáforo” . Consistió en que cada niño o joven fabricó dos paletas, una de color rojo y otra de color verde, con los materiales de arte que había disponibles en la sala. A continuación se enumeraron distintos síntomas esperables después de un terremoto, los niños y jóvenes indicaban si les han ocurrido o no levantando la paleta roja (si les ha ocurrido) o la paleta verde (si no les ha ocurrido)

Ejemplos de frases para el juego que se usaron fueron:

Me preocupa que venga otro terremoto

Me da susto quedarme solo/a

A veces me angustio, no puedo respirar bien

Sueño con el terremoto, tengo muchas pesadillas

Me duele la quita / la cabeza

Me dio susto ver a mis papás preocupados

Mi vida cambió

Me cuesta concentrarme en las cosas del colegio

Alentar la expresión de lo vivido

Para generar una narrativa compartida acerca del Terremoto, se invitó a niños y jóvenes a dibujar su experiencia, para luego conversarla en el grupo. La recuperación de la experiencia y el compartir el relato con pares que hayan vivido la misma experiencia es una estrategia de intervención que

⁵ Esta actividad fue realizada por las psicólogas María Eugenia Corbalán, Andrea Pérez Francisca Wormald y Josefina Martínez

habitualmente produce mucho alivio y recuperación de la calma en que quienes lo realizan. Hacer el dibujo de lo sucedido permitió a los niños conectarse con sus propias vivencias. Usar el dibujo es el modo más habitual de expresión de los niños, y además, esto facilitó la puesta en común, ya que permite hablar de la expresión gráfica de las emociones y no de las emociones directamente que puede ser más difícil. Pese a que los jóvenes realizaron el dibujo “Así viví el terremoto”, los niños, de manera casi unánime, prefirieron dibujar su “Lugar seguro”

Entregar estrategias de estabilización emocional

Es importante en estos taller poder entregar a los niños algunas estrategias simples que les permitan estabilizarse en situaciones en que vuelve la angustia y los recuerdos traumáticos. En este taller se usaron, en forma muy lúdica, las técnicas de:

Respiración Abdominal

Abrazo de la mariposa (técnica EMDR, que implica la autoestimulación bilateral, poniendo las manos en forma de mariposa y estimulando los puntos por sobre las clavículas)

Visualización de un lugar seguro.

Mandalas para colorear

Menú de actividades placenteras y/o tranquilizadoras

La mayoría de los niños eligió, además, dibujar su “lugar seguro”

Estrategias de coping (enfrentamiento)

Es importante que los niños y jóvenes puedan identificar las estrategias que son más positivas para enfrentar situaciones de tensión y de angustia diferenciándolas de aquellas que no lo son tanto. Con esta finalidad se diseñó la actividad “El árbol”. Los niños y niñas recibieron hojas de árbol recortadas en cartulina, con una estrategia de enfrentamiento (“doping”) adecuada o inadecuada inscrita en ellas. La instrucción fue que si la estrategia era adaptativa la pusieran en la rama del árbol hecho de cartulina. Y si era desadaptativa la colocan en el suelo, como hojas caídas que ya no sirven. Ejemplos de estrategias desadaptativas (“*que no sirven tanto*”):

Guardarse lo que uno siente, sin contárselo a nadie

Echarse la culpa de lo que pasó

Pensar todo el día en lo ocurrido

Fijarse sólo en malo y no en lo bueno

Hacer como que nada a pasado

Descargar la rabia con otras personas

Ejemplos de estrategias adaptativas (“*que sirven*”)

Conversar con alguien

Reírse

Rezar

Jugar con un amigo

Buscar consuelo con un adulto

Buscar la compañía de otros

Promover la conexión y el encuentro familiar

Esta fue la actividad grupal final y consistió en que cada niño y joven confeccionó “cupones de ayuda post-terremoto”. Esta actividad estuvo orientada a estimular el compartir en familia los sentimientos vinculados al terremoto y a encontrar apoyo emocional y contención en el grupo familiar.

Con un material pre-diseñado, en forma de cupones en que estaba la inscripción

“Dirigido a.....”

“Te pido.....”

Los niños llenaban el nombre de la persona a quien iba dirigido (podía hacer varios cupones), y se les daba algunos ejemplos que ellos podrían completar con sus deseos más personales. Algunos de las peticiones que los niños y jóvenes hicieron fueron:

Que conversemos
Que llegues mas temprano del trabajo
Que me escuches
Que juegues conmigo
Que me hagas cariño
Que me acompañes en la noche

Plenario

Al finalizar esta actividad, se reunieron en un plenario los adultos, los niños y jóvenes, y las terapeutas de los grupos de le describieron a los padres el trabajo realizado, contextualizado con elementos teóricos de teoría de la crisis, que ya habían sido trabajadas en los talleres de adultos, esta vez aplicada a los niños.

Los niños entregaron los cupones a sus madres y padres y ese fue un momento muy emotivo de la reunión, en que muchas padres reportaron que nunca se hubiesen imaginado que sus hijos necesitaban lo que decían el “cupón”. Algunos de los adultos sugirieron que era una muy buena idea para usarlo también con la pareja.

Entrega de kit de autocuidado para situaciones difíciles

El plenario terminó con la entrega de un “kit de autocuidado para situaciones difíciles”, a cada grupo familiar. El contenido de cada bolsita (“kit”) fue:

Un amuleto (piedra de cuarzo)
Un Mandala para colorear
Libro “Cuando la Tierra se movió”.

Cuando algunos de los niños mayores se dieron cuenta que una de las autoras del libros había sido también la conductora del taller, se acercaron para pedirle que les autografiara el libro, lo que fue un final muy emotivo de la actividad.

En general los participantes adultos agradecieron la posibilidad de participar en actividades como estas, especialmente por haber incluido también a los niños y jóvenes. Intervenciones de este tipo fortalecen el sentido de conexión entre los trabajadores y la empresa, generando un sentido de cohesión e identidad entre los funcionarios y de pertenencia a la empresa, lo que fue un valor adicional de esta actividad. Este compromiso percibido de la empresa con la persona integral de sus funcionarios se constituye en un factor de resiliencia organizacional.

A nivel de las familias, los padres pudieron constatar in situ la capacidad y recursos resilientes de sus hijos para hacer frente a una temática dolorosa y traumática como fue el terremoto y tuvieron la oportunidad de visualizar las necesidades de los niños frente a este tipo de circunstancias y de compartir el modo de abordar este tipo de problemáticas con herramientas concretas.

Libro “cuando la tierra se movió”⁶

Este es un libro de trabajo dirigido a los niños para elaborar alguna de las temáticas que surgen luego de haber vivido un evento traumático como el terremoto. Cuidadosamente diseñado y muy bien ilustrado tiene contenidos que aclaran información acerca de los terremotos y tsunamis, además de guías para actividades personales de los niños.

⁶ Este libro fue impreso en su primera edición por el Consejo Minero de Chile, y puede ser encontrado en versión digital en la pg. www.consejominero.cl

Está diseñado siguiendo los principios que plantea Hobfoll y colaboradores (2007) , reseñados al comienzo de este artículo: Promover: Sentido de seguridad, la recuperación de la calma, el sentido de autoeficacia y eficacia comunitaria, la conexión y la esperanza.

Promover el sentido de seguridad a través de:

Crear un libro que permite generar un espacio de cercanía con un adulto

Entregando información pertinente

Ayudando a los niños y niñas a identificar su red de apoyo

Ayudando a los niños a visualizar las acciones que se están realizando para volver al orden

Promover la calma:

Validando la experiencia de los niños y niñas

Brindando la posibilidad de representar las emociones de un modo concreto

Normalizando las reacciones de los niños y las niñas

Ayudándolos a identificar estrategias de estabilización emocional

Promover la autoeficacia

Transformando a los niños y niñas en coautores del libro

Invitándolos a interactuar con el libro

Reconociéndolos como “expertos en terremotos”

Promover la conexión

Invitándolos a leer el libro con un adulto

Identificando su red de apoyo

Generando un sentido de “comunidad” al generar una narrativa compartida

Promover la esperanza

Ayudándolos a registrar las acciones concretas orientadas a volver al orden

Ayudándolos a reconocerse como parte importante del proceso de reconstrucción

Ayudándolos a volver a querer la Tierra “a pesar de los sustos que nos hace pasar”

Referencias bibliográficas

- Antonovsky, A. (1979) *Health, Stress and coping*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Arón, A.M. & Lorion, R. (2003) A Case Report of a Community-Based Response to Domestic Violence in Chile. *Journal of Community Psychology*, vol. 31, n°6, 561-579.
- Aron, A.M., Machuca, A. y Pesce, D. (2009) Intervención en crisis: una oportunidad para mejorar el capital social. *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos*, año 25, n° 2, Noviembre, pp 7-23
- Aron, A.M. (Ed.) (2000). *Violencia en la Familia. Programa de intervención en red: La experiencia de San Bernardo*. Santiago de Chile: Galdoc
- Bandura, A. (1997) *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W H Freeman
- Barudy, J. (1999) *Maltrato Infantil. Prevención y Reparación*. Santiago de Chile: Editorial Galdoc.
- Barusky, J. Y Dantagnan, M. (2005) *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Berkman, L. & Kawachi, I. (Eds) (2000) *Social Epidemiology*. Oxford University Press, N.Y.
- Berman, Sh. (1997) *Children's Social Consciousness and the development of Social Responsibility*. N.Y. State University of New York Press

- Bleich, A., Gelkopf, M., y Solomon Z. (2003) Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behavior among a nationally representative sample in Israel. *Journal of the American Medical Association* 290(5), 612-620
- Bryant, R.A. (2006) Cognitive Behavior Therapy: Implications of advances in neuroscience. En N. Kato, N. Kawata y Pitman, R.K. (Eds) PTSD: Brain mechanisms and clinical implications (pp 255-270, Tokio: Springer-Verlag
- Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato (2008) *Manual de Primer Apoyo en Crisis: Cómo responder al impacto social e individual*. Cuadernillo educativo. Universidad Católica de Chile
- CEPAL (2000) *Desastres naturales: Manual para agentes comunitarios*.
- Crittenden, P. (2008) *Raising Parents. Attachment, parenting and child safety*. Portland, Oregon, Willan Publishing.
- Cyrułnik, B. (2009) *Autobiografía de un espantapájaros*. Editorial Gedisa: Madrid
- Dabas, E. (2003) *Redes sociales: del problema de la violencia a la construcción de un sistema de la convivencia*. En Fritschy y Gaitan (comp) Actas del III Congreso Internacional de Educación: Del conflicto y la violencia a la convivencia y la paz. Universidad Católica de Santa Fe.
- Dabas, E. (Comp.) (2006) *Viviendo redes*, Buenos Aires, Paidós
- De Jong (2002) *Trauma, war and violence: Public Mental Health in nsociocultural context*. New Cork: Plenum-Kluwer
- Foa, E.B. (1997) Psychological processes related to recovery from a trauma an effective treatment for PTSD. En Yehuda y McFarlane (Eds) *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. (pp 410-424) New Cork, New Cork Academy of Scientists
- Foa, E.B. y Meadows E.A. (1997) Psychosocial treatment for posttraumatic stress disorder: a critical review, *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. Y Target, M. (2002) *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New Cork Other Press.
- Fundación Educacional Arauco y Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato (2011) Programa de acompañamiento en crisis en las regiones de Maule y Bio-Bio, Santiago de Chile.
- Gergen, K. (2006) *Construir la realidad. El futuro de la Psicoterapia*. Paidós, Buenos Aires
- Goleman, Daniel (2006) *Inteligencia Social*. Editorial Planeta, México.
- Gottlieb, B. (1987) Social Networks and social support: an overview of research, practice and policy implications. *Health Education Quarterly*, vol 12 (1) 5/22
- Herman, Judith, (1992) *Trauma and Recovery*. New Cork, Basic Books. HarperCollins Publishers.
- Hobfoll, S.E. (1988) *The ecology of stress*. New Cork, Hemisphere.
- Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C. Bryant, R., Brymer, M. Friedman, J., Friedman, M., Gerson, B., De Jong, J., Layne, C., Maguen, Sh., Neria, Y., Norwood, A., Pynoos, R. Reissman, D., Ruzek, J, Shalev, A., Solomon, Z., Steinberg, A., y Ursano R. (2007) Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. En *Psychiatry; Winter; 70, 4, ProQuest Psychology Journals*. P 283-315
- Imber-Black, E., Roberts, J. Y Whiting, R. (Comp.) (2006) *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona, Gedisa
- Losel, F. (1994) Resilience in Childhood and Adolescence. en Lejeune, Geneviève (ed.) *Children Worldwide: The Family and Child Resilience*. ICCB (International Catholic Child Bureau) Ginebra.

- Martínez, J., Sepúlveda, E., y Culaciati, R. (2010) *Cuando la Tierra se movió*. Santiago, Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato, Universidad Católica de Chile.
- Martínez-Taboada y Arnoso (2001) Intervención psicosocial en situaciones de emergencia: del grupo a la comunidad. En San Juan (ed.) *Catástrofes y ayuda de emergencia. Estrategias de prevención, evaluación y tratamiento*. Barcelona. Icaria.
- Michel Tousignant y Ester Ehrensaft (2004) La Resiliencia mediante la reconstrucción del sentido: la experiencia de los traumas individuales y colectivos. En Cyrulnik, Tomkiewicz, Guénard, Vanistendael, Manciaux (comp.) *El realismo de la esperanza*. Barcelona, Gedisa.
- Montero, Maritza (2006) *Hacer para transformar. El método de la psicología comunitaria*. Buenos Aires, Paidós.
- OMS (Organización mundial de la salud) (2005) *Acción sanitaria en relación con las crisis y los desastres*. 58ª Asamblea Mundial de la salud A58/6 en el Punto 13.3 del orden del día provisional 14 de abril de 2005 Informe de la Secretaría
- OPS (2002) *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Serie Manuales y Guías sobre desastres, n° 1. Washington D.C.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2002) Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias Serie Manuales y Guías sobre Desastres, N° 1, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Programa de Preparativos para Situaciones de Emergencia y Socorro en Casos de Desastre. Programa de Salud Mental de la División de Promoción y Protección de la Salud. Washington, D.C.,
- Rappaport, J. (1891) In praise of paradox: A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25
- Rutter, M. (1990) Psychological resilience and protective mechanisms. en Rolf, J.; Masten, A.S.; Cicchetti, D.; Neuchterlein, K.H. & Weintraub (Eds.) *Risk and protective factors in development of psychopathology*. New York: Cambridge University Press.
- Saleebey, D. (2002) *The strenghts perspective in social work practice*. (3ª Ed.) Boston, M.A.: Allyn y Bacon
- Sluzki, C. (1998) *La Red Social: Frontera de la práctica sistémica*. Editorial Gedisa, Barcelona.
- Taylor, Sh. (2002) *Lazos vitales. De cómo el cuidado y el afecto son esenciales para nuestras vidas*. Madrid, Santillana.
- Terapia Psicológica (2010) Número especial Psicología y Desastres naturales: Terremoto y Tsunami del 27 de Febrero en Chile. Vol. 28, N° 2, Diciembre.
- Tomkiewicz, S. (2004) El surgimiento del concepto (resiliencia). En Cyrulnik, Tomkiewicz, Guénard, Vanistendael, Manciaux (comp.) *El realismo de la esperanza*. Barcelona, Gedisa.
- Vergely, B. (2004) Enfoque filosófico de la existencia.). En Cyrulnik, Tomkiewicz, Guénard, Vanistendael, Manciaux (comp.) *El realismo de la esperanza*. Barcelona, Gedisa.
- Walsh, Froma (2005) Resiliencia familiar: un marco de trabajo para la práctica clínica. *Sistemas Familiares*, Año 21, n° 1-2, Buenos Aires
- Walsh, Froma (2007) Traumatic Loss and Major Disasters: Strengthening Family and Community Resilience. *Family Process*, vol. 46, n° 2, 207-227

Yerushalmi, Y (1989)

Reflexiones sobre el olvido. En Yerushalmi, Y; Mommsen, H.,
Milner, J. Y Vattimo, G, *Usos del olvido*, Buenos Aires,
Nueva Vision