

El Desastre Después del Desastre: ¿Ya pasó lo peor?

Ignacio Jarero.

Fundación Latinoamericana y del Caribe para la Investigación del Trauma Psicológico

ACTUALIZADO AL AÑO 2013

RESUMEN.

Durante y después de un desastre, el trauma psicológico es una consecuencia de las multifacéticas situaciones que viven individuos y comunidades. El modelo que se presenta a continuación, nos da una visión general del amplio espectro de los devastadores efectos psicoemocionales y psicosociales que pueden provocar los desastres a corto, mediano y largo plazo. Es una síntesis elaborada por el autor, misma que se basa en su amplia experiencia de campo, en el modelo de Manejo de Estrés en Incidentes Críticos de la International Critical Incident Stress Foundation (ICISF) y en las guías de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Palabras clave: Desastre; EMDR; Manejo de Estrés en Incidentes Críticos; Trauma.

“La estrategia sin la táctica es el camino más lento a la victoria.

La táctica sin estrategia es el ruido antes de la derrota”

Sun Tzu, el “Arte de la Guerra”

En 2010 hubo 950 desastres naturales: terremotos, inundaciones, sequías y erupciones volcánicas. Provocaron la muerte de 295,000 personas y daños materiales estimados en 130,000 millones de dólares (EFE News Agency, 2011).

El número de personas traumatizadas en el mundo es asombroso y la necesidad de tratamiento para ayudar a grandes grupos de personas a regresar a su funcionamiento básico tan rápido como sea posible es esencial (Luber, 2009).

Las heridas post-desastre no siempre son visibles, identificables o inmediatas. La literatura actual nos indica que la prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), el trastorno psicológico más investigado post-desastre, fluctúa del 11% al 40% entre aquellos expuestos a un desastre natural o provocado por el hombre. Por más de 10 años, los expertos han concluido que las víctimas psicológicas de un desastre sobrepasa a las víctimas físicas por al menos una relación de 4 a 1. (Everly, Barnett, Links, and Sperry, 2010).

Los desastres naturales o provocados por el hombre, los desastres urbanos, la violencia étnico-política o las crisis geopolíticas pueden producir efectos perjudiciales en la salud mental (Holgerson, et al., 2011). Altas tasas de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), Trastorno Depresivo Mayor y Abuso de Substancias son los problemas de salud mental más comunes después de un desastre (Neria, Nandi & Galea, 2008).

Norris, Murphy, Baker, & Perilla (2004), observaron que el trauma en las naciones en desarrollo es inusualmente común, un reto para tratar y difícil de estudiar. Hacen un llamado para intervenciones tempranas y en curso que proporcionen cuidados en salud mental a las víctimas de desastres, de una forma que sea culturalmente apropiada y viable para lugares con pocos profesionales en salud mental a los que se pueda recurrir (p.290-291).

Durante y después de un desastre, el trauma psicológico es una consecuencia de las multifacéticas situaciones que viven individuos y comunidades. El modelo que se presenta a continuación, nos da una visión general del amplio espectro de los devastadores efectos psicoemocionales y psicosociales que pueden provocar los desastres a corto, mediano y largo plazo.

Es una síntesis elaborada por el autor, misma que se basa en su amplia experiencia de campo, en el modelo de Manejo de Estrés en Incidentes Críticos de la International Critical Incident Stress Foundation (ICISF) (Everly & Mitchell, 2008), en las guías de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002), de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales Versión 5 (DSM-5. APA).

Fase de Preimpacto.

Durante esta fase se deben de llevar a cabo las actividades previas al desastre, que son:

Prevención: Son todas aquellas medidas cuyo propósito sea eliminar un riesgo.

Ej. Obras de protección y control para prevenir deslizamientos, inundaciones, sequías, incendios, explosiones, escapes de gases o sustancias tóxicas.

Mitigación: Es el conjunto de intervenciones, dirigidas a aminorar los riesgos producidos por un fenómeno que sea imposible impedir (huracanes, terremotos, erupciones volcánicas y tsunamis (maremotos). Ej. Ordenamiento de los asentamientos humanos, planes integrales de desarrollo socioeconómico.

Preparación: Es el conjunto de medidas y acciones para reducir al mínimo la pérdida de vidas humanas y otros daños, organizando oportunamente la respuesta y la reconstrucción.

El trabajo de los Profesionales en Salud Mental durante esta fase, es elaborar un Plan Estratégico de Acción, también llamado Plan Integrado de Respuesta (PIR) para la Salud Mental en Desastres, definida como los principios y prácticas específicas de Intervención en Crisis Psicológica, así como salud mental comunitaria y clínica, aplicados a desastres.

De acuerdo a los Lineamientos Internacionales, dentro de este Plan, dos consideraciones importantes son:

- 1.- Los/las auxiliares profesionales que prestarán servicios de Atención Psicológica Temprana (primeros tres meses después del impacto), deben de tener entrenamiento especializado, con protocolos de trabajo estandarizados internacionalmente como los de la International Critical Incident Stress Foundation (www.icisf.org).

2.-Se debe de poner énfasis en el entrenamiento de profesionales en salud mental de la localidad, en metodologías psicoterapéuticas recomendadas en los Lineamientos de la **Organización Mundial de la Salud** (2013) como la **terapia EMDR** (Shapiro, 2001) cuya eficacia esté comprobada científicamente para tratar el Trastorno por Estrés Agudo y el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT); patologías que pueden presentarse desde los 3 primeros días, hasta meses después (APA, 2013) durante la Fase de la Desilusión.

Alerta: Es la declaración formal de ocurrencia cercana o inminente de una causa primaria de desastre o de un evento adverso.

Fase de Impacto.

Durante esta fase el miedo es la emoción predominante, conforme las víctimas buscan seguridad para sí mismas y sus familias. También se puede presentar un estado temporal de choque psicoemocional, por lo que las víctimas pueden experimentar confusión, aturdimiento y cierta desorientación, durante minutos u horas. Se ha observado que los desastres tienen un efecto “narcótico”, que impide temporalmente que las personas asimilen el grado en que cambió su mundo.

Fases Posteriores al Impacto.

Fase Heroica

Se presenta durante el impacto e inmediatamente después.

Esta fase se caracteriza por enormes niveles de energía, tanto de los individuos como de la comunidad local, nacional e internacional, que se traducen en Acciones Heroicas, actividades de rescate, de ayuda, de brindar refugio, reparaciones de emergencia y limpieza.

La emoción predominante es el Altruismo.

Durante esta fase también pueden presentarse actos vandálicos, de rapiña, abusos y violaciones sexuales, secuestro y tráfico de menores, así como violencia en todas sus formas y manifestaciones; pues los desastres, que son experiencias límite, sacan a relucir lo mejor y lo peor de la naturaleza humana.

Algunas veces los gobiernos tienen que intervenir con sus fuerzas armadas para restablecer el orden.

La duración de esta etapa es de unas horas a varios días.

Es durante esta fase y la siguiente (luna de miel), cuando de acuerdo al Plan Estratégico de Acción - Plan Integrado de Respuesta, se deben de aplicar los protocolos de trabajo estandarizados internacionalmente para Intervención en Crisis – Manejo de Estrés en Incidentes Críticos.

La Intervención en Crisis es un proceso de ayuda activo y a corto plazo. No es psicoterapia ni sustituto de psicoterapia. Las metas principales de la Intervención en Crisis son: La Estabilización del funcionamiento psicológico a través de la cobertura de las necesidades físicas básicas y posteriormente de las necesidades psicológicas básicas. Mitigar la Crisis Psicoemocional mediante el empleo de estrategias de estabilización para restaurar las funciones cognitivas y adaptativas. Brindar Psicoeducación, dando información sobre síntomas normales y patológicos, así como lo que debe de hacerse para facilitar el regreso a un nivel de funcionamiento adaptativo. Identificar a aquellos que necesitan mayores cuidados y facilitar su acceso a un nivel más avanzado de los mismos en caso necesario.

Para obtener el tríptico sobre Primeros Auxilios Psicoemocionales de la Asociación Mexicana para Ayuda Mental en Crisis (AMAMECRISIS) ir a <http://www.amamecrisis.com.mx/primerosauxilios.php>

Lineamientos del año 2013 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Para aquellas personas expuestas a estresores potencialmente traumáticos (como los desastres), los lineamientos del años 2013 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomiendan un modelo de cuidados en pasos, en el que las intervenciones orientadas psicológicamente deben de ser el primer paso y el tratamiento biomédico (fármacos), si es que aún se necesita, debe de ser el último paso.

Le sugerimos leer los lineamientos de la OMS que se encuentra en el Volumen 5, Número 1, de la Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación

<http://revibapst.com>

¿Podemos Emplear la Terapia EMDR en el lapso de tiempo de la Intervención en Crisis/Atención Psicológica Temprana?

La respuesta es sí. Pues la experiencia clínica y el trabajo de campo empleando Intervenciones Tempranas con Terapia EMDR (ITE) es extensa. Resultados de estudios publicados indican que las ITE son breves y con efectos rápidos de tratamiento y que pueden ser utilizadas en campo o en situaciones de emergencia en el consultorio (Maxfield, 2008).

Existe un cuerpo de investigaciones apoyando el empleo de protocolos de terapia EMDR modificados para tratar trauma agudo en formatos grupales o individuales (Jarero, Artigas, & Luber, 2011). Jarero et al., (2011) han argumentado que las intervenciones tempranas con terapia EMDR tienen un lugar natural en el contexto del continuo de cuidados de la Intervención en Crisis y la Salud Mental en Desastres, y pueden ser clave en la intervención temprana como una modalidad de tratamiento breve.

Anteriormente se recomendaba esperar 90 días o más antes de una intervención psicoterapéutica. Actualmente hay recomendación de identificar a los individuos traumatizados en el periodo temprano después de un incidente crítico y proporcionarles acceso a cuidados en salud mental si su sufrimiento persiste, con el fin de prevenir efectos a largo plazo (Holgersen et al., 2011).

Hagamos una analogía con un tumor canceroso. Si se detecta tempranamente es mucho más fácil erradicarlo que si se detecta en la fase crónica, donde pudo haber hecho metástasis (haberse diseminado de un órgano o tejido a otro), que en el caso del TEPT, serían las comorbilidades.

¿Por qué y Para qué podemos emplear la Terapia EMDR?

Porque la identificación de aquellos que necesitan mayores cuidados y facilitar su acceso a los mismos es uno de los objetivos de la Intervención en Crisis, de la Salud Mental en Desastres y del Continuo de Cuidados Psicosociales (Everly & Mitchell, 2008).

Porque de acuerdo a Roberts y colegas (2009), la terapia focalizada en el trauma que se lleva a cabo durante los primeros tres meses, es generalmente considerada Intervención Temprana.

Porque un importante aspecto del tratamiento inmediato identificado por la Dra. Francine Shapiro es ayudar a restaurar las funciones familiares liberando a los adultos y niños que han sido traumatizados (Luber & Shapiro, 2009).

Porque el tratamiento temprano con Terapia EMDR podría dar a las personas acceso a un amplio rango de memoria, experiencia y recursos personales, y por lo tanto, el potencial para cambiar patrones de respuesta y desarrollar resiliencia en situaciones de crisis continua (Zaghrou-Hodali, M. Alissa, F. Dodgson, P. (2008).

Por lo tanto, el empleo de Protocolos de Terapia EMDR para Intervención Temprana puede ser una ventana de oportunidad *para*:

- a) El procesamiento adaptativo de memorias perturbadoras,
- b) La prevención de la sensibilización o la acumulación progresiva de memorias perturbadoras.
- c) La prevención de complicaciones a futuro.
- d) El alivio del sufrimiento causado por el trauma psicológico, y
- e) La promoción de resiliencia psicológica y emocional.

(Shapiro, E., & Laub, 2008; Silver, Roger, Knipe & Colelli, 2005).

Lecciones Aprendidas.

Los protocolos de Intervención Psicológica Temprana, estandarizados internacionalmente, tienen como su más alta prioridad el regreso de los sobrevivientes y sus auxiliadores a la normalidad: restaurar las rutinas cotidianas, regresar a las personas a sus hogares o cerca de sus vecindarios (cuando esto es posible), regresar a sus trabajos o crear nuevas fuentes de empleo y regresar a los niños a la escuela.

Esto restaura el poder de instituciones comunales y culturales para actuar y para dar sentido a lo que sucedió. Las comunidades tienen una necesidad, para su salud mental, de crear una narrativa colectiva coherente de lo sucedido.

Las lecciones del pasado, nos enseñan que debemos de mover nuestra atención inicial lejos de una respuesta farmacológica al trauma inicial y hacia el esfuerzo por maximizar la resiliencia de la comunidad afectada.

Para aquellos que poseen vocación de ayudar, una urgencia visceral para responder inmediatamente puede ser la primera reacción.

Tratándose de Intervención Psicológica Temprana (IPT), la experiencia de campo de muchos años nos ha enseñado que debemos de atemperar esas urgencias y llevar a cabo una evaluación prudente de necesidades y de recursos disponibles, de acuerdo al Plan Estratégico de Acción – Plan Integrado de Respuesta, para actuar de manera coordinada con las autoridades locales, evitando la duplicidad de funciones y acciones iatrogénicas, como el que un solo sobreviviente se vea sometido a la intrusión de múltiples intervenciones en crisis brindadas por diferentes personas.

Por otra parte, cuando los profesionales de la comunidad afectada no han tenido oportunidad de preparación previa al impacto, deberán buscar que profesionales en la materia les brinden instrucción básica, con el fin de que sigan los lineamientos internacionales.

De ahí que la salud mental no sería desatendida si los profesionales en salud mental de la comunidad llegan después de la primera ola de esfuerzos de ayuda.

Fase de Luna de Miel.

Esta fase se caracteriza por fuertes sentimientos de apoyo, cohesión y optimismo de la comunidad. Hay una fuerte sensación de haber compartido una experiencia catastrófica y haber sobrevivido. Hay un alto nivel de expectativas puestas en la ayuda internacional y del gobierno de su país. Los medios de información nacional e internacional tienen su atención puesta en la zona de desastre.

Hay promesas por parte de los gobernantes locales en cuanto a la reconstrucción de las comunidades, investigaciones judiciales y justicia para todos.

Existe una tendencia, tanto de las autoridades como de las empresas con intereses políticos y económicos en la región afectada, a solo concentrarse en los aspectos materiales de la reconstrucción y tratar de olvidarse o encubrir, en la medida de lo posible, las secuelas del trauma psicoemocional y psicosocial.

En cuanto les es posible, dicen frases como “Ya pasó lo peor”, “Ahora hay que mirar hacia adelante”, y tratan de evitar que se muestren “las cosas feas” producto del desastre, como el profundo dolor, angustia y desesperación que está viviendo la población, misma, que si no recibe ayuda especializada, seguirá sufriendo mucho tiempo después de que los puentes, las carreteras y los hoteles de lujo estén funcionando.

Esta actitud de ignorancia e indiferencia hacia los efectos del trauma psicoemocional, puede obstaculizar el que se lleve a cabo un abordaje integral del Amplio Espectro de los devastadores efectos psicoemocionales y psicosociales que ha vivido la población afectada, lo que podría provocar un deterioro más profundo del tejido social de la comunidad y haría más difícil la Fase de la Reconstrucción.

Los sobrevivientes tienden a pensar que sus casas, comunidad y vidas - como ellos las conocían (o incluso mejoradas) -, les serán restituidas rápidamente y sin complicaciones.

Puede existir negación y shock. La gente reporta que las propiedades que se han perdido, "son solo cosas", "nos repondremos y saldremos adelante con nuestras vidas".

La complejidad de la reconstrucción se comienza a hacer manifiesta.

Pueden aparecer más noticias sobre secuestro y tráfico de menores; acoso y abuso, incluidas la violación sexual, tanto a niñas y mujeres, como a auxiliares (hombres y mujeres), en las comunidades aisladas o en los albergues; actos de violencia y robo de ayuda humanitaria o su uso con fines políticos.

En los albergues centroamericanos, se han descubierto personas repartiendo a escondidas antidepresivos a adultos, así como dinero y juguetes a niños para ganarse sus favores sexuales.

Se pueden presentar deficiencias por parte de las autoridades locales y/o federales en brindar ayuda a todos los afectados, lo que puede provocar fuertes reacciones de enojo, protestas e incluso violencia en las comunidades que no han recibido la ayuda.

Los recursos más importantes durante esta fase, son tanto los grupos sociales preexistentes, como los nuevos grupos de la comunidad, que se forman a raíz de la emergencia, con el objeto de protegerse entre ellos y cubrir las necesidades específicas causadas por el desastre, que no han podido ser satisfechas por las autoridades.

La duración de esta etapa, es aproximadamente de tres semanas a tres meses después del desastre.

Los profesionales en salud mental no experimentados, son propensos a abandonar el sitio del desastre al final de esta fase, con la impresión de que *ya pasó lo peor* y fallan en preparar a los sobrevivientes, a sus auxiliares y a los/las profesionales en salud mental de la comunidad, para las manifestaciones del Trauma Psicológico (TEPT y comorbilidades) que se presentarán en un porcentaje de la población, durante las siguientes semanas y meses.

Algunos estudios han encontrado cuatro trayectorias mayores posteriores a una experiencia traumática: (a) grupo resiliente de personas con pocos síntomas de TEPT, (b) grupo de recuperación de personas con perturbación inicial que remite a lo largo del tiempo, (c) grupo de reacciones retardadas con síntomas iniciales leves que se incrementan a lo largo del tiempo, y (d) grupo de perturbación crónica con altos niveles de TEPT (Briant, 2013).

A través de la historia de los desastres, hemos aprendido que el trauma inicial de muchos sobrevivientes y sus auxiliadores se resuelve por su resiliencia natural. También hemos aprendido, que aún con la ayuda de la intervención psicológica temprana, en un futuro cercano comenzaremos a ver que aparecen casos de Trauma Psicológico con sintomatología de Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno Depresivos, y Trastornos de Ansiedad, entre otros, de los que es muy difícil y tardado sanar sin tratamiento especializado.

Por ello es imperativo preparar en las zonas afectadas, a los y las profesionales en salud mental en abordajes psicoterapéuticos con evidencia científica de su efectividad y recomendados por organizaciones e instituciones internacionales, como es el caso de la terapia EMDR (Shapiro, 2001); para que puedan hacer frente a las necesidades psicoemocionales a mediano y largo plazo, tanto de los sobrevivientes, *como de sus auxiliadores* en sus propias comunidades.

Por ejemplo, si después del desastre los síntomas que se mencionan a continuación no desaparecen lentamente, sino que empeoran con el tiempo y provocan **perturbación clínicamente significativa, o deterioro en el funcionamiento social, ocupacional, u otras áreas importantes de funcionamiento** (TEPT-DSM-5. APA), es muy importante buscar ayuda de un profesional en salud mental entrenado en un abordaje psicoterapéutico basado en la evidencia.

- Memorias intrusivas del evento, pesadillas o flashbacks.
- Intentos fallidos de evitar memorias perturbadoras a través del consumo de alcohol u otras sustancias.
- Aplanamiento emocional: sentirse vacío (a), incapaz de sentir emociones.
- Ataques de pánico, de ira, irritabilidad extrema, agitación intensa, sobresaltos exagerados.
- Ansiedad severa: preocupación paralizante, desamparo.
- Depresión severa: pérdida de energía, de interés, de auto-estima, de motivación.
- Pérdida del sentido de la vida, de la esperanza.
- Enojo o ira permanentes.
- Sentirse irreal o fuera de uno mismo (a), como en un sueño; tener periodos de tiempo en blanco y no poder recordarlos.
- Ideación o intención suicida.
- Ideación o intención homicida.

Síntomas Después de un Terremoto y sus Réplicas.

Los Síntomas mencionados por sobrevivientes del terremoto de Haití de enero del 2010, y que persistían 90 días después del desastre fueron: Flashbacks (Revivir la experiencia nuevamente estando despiertos). Pesadillas sobre el terremoto y despertar en terror pensando que estaba sucediendo en realidad, que el techo se les caía encima o que estaban corriendo para salvarse mientras la casa se colapsaba. Profunda pérdida de esperanza por haber perdido sus casas, sus trabajos y no tener dinero para sobrevivir, sus escuelas, sus iglesias en donde recibían apoyo espiritual y los medios de comunicación anunciando un terremoto más destructivo en el futuro cercano. Miedo a morir en ese próximo terremoto. Pérdida de visión a futuro: "Para que hago planes a futuro si puedo morir o perder todo en

segundos.” No aceptar no haber tenido la oportunidad de enterrar apropiadamente a sus seres amados que ahora se encuentran bajo toneladas de escombros. Imposibilidad para concentrarse. Olvidar todo y tener la necesidad de escribirlo todo. Miedo al futuro cercano (3-6 meses) debido a la inseguridad y criminalidad: “Quién nos va a proteger.” Miedo a volverse locos como las personas que están actualmente gritando en las calles. Miedo a la seguridad estructural de las escuelas y por ello no mandan a los niños a estudiar. Pensamiento repetitivo (rumiación). Ansiedad. Enojo. Ira. Ataques de pánico. Depresión. Picazón en el cuerpo. Pérdida de apetito. Dolores de cabeza. Diarrea. Vómito. Sentir que la tierra se mueve. Híper-reactividad. Examinar cuidadosamente los edificios antes de entrar.

Ahora bien, aproximadamente, para la cuarta o quinta semana después del desastre, comienzan a disminuir los recursos enviados de fuera, así como la cobertura de los medios de información. La energía que se mostró en un principio comienza a disminuir y aparece la fatiga, lo que prepara el escenario para la fase siguiente.

Fase de la Desilusión.

A esta fase también se le llama “Segundo Desastre”, debido a la infinidad de problemas que surgen de la desorganización social y psicoemocional causada por el desastre.

Suele presentarse en los refugios un incremento de la violencia intrafamiliar, acoso y abuso sexual a niñas y mujeres, uso de drogas, peleas con otros damnificados, falta de higiene, ocio, etc.

Hay muchos sobrevivientes que no aceptan ir a refugios y se quedan viviendo sobre los escombros o cerca de lo que fue su casa, lo que dificulta la labor de ayuda psicoemocional y psicosocial.

Durante esta fase, los sobrevivientes se enfrentan a la dura y cruel realidad.

Las pérdidas: muertes, destrucción de los bienes materiales, desempleo, lesiones, mutilaciones o disfunción física severa, etc., originan los procesos de trauma, pérdida y duelo.

Estos procesos se agravan con los saqueos, vandalismo, epidemias, acoso, abuso, violaciones sexuales, violencia, etc., de los que ya hablamos anteriormente.

Es durante esta fase que se pueden manifestar abiertamente los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en comorbilidad con otros síntomas o trastornos de los que hemos hablado anteriormente, que no solo afectan a los sobrevivientes, sino a sus auxiliares, a sus familias y al tejido social de la comunidad.

Durante esta fase, los sobrevivientes y sus auxiliares pueden sentirse aislados y solos, se pueden recrudecer los síntomas del TEPT y aumentar el porcentaje de suicidios u homicidios.

En esta fase, aparece un segundo tipo de estrés (el primero es el producido por el desastre mismo). Este es el estrés producido por tratar con agencias gubernamentales, compañías de seguros, seguir viviendo en los albergues, ser cambiados de hogar, papeleo, demoras legales, pérdidas materiales, pérdida de seguridad o protección, aumento de la vulnerabilidad, pérdida de familiaridad con el entorno, escuchar por mucho tiempo a la gente decir “vive con eso, el evento sucedió hace muchos meses”, “vive dejando de ser una víctima”.

Se pueden presentar fuertes sensaciones de cólera, desilusión, resentimiento y amargura, si hay retrasos, fracasos, deseos o promesas no cumplidas por parte de las autoridades.

Lo anterior, puede producir síntomas como ira, sensación de impotencia, trastornos somáticos y tendencia a idealizar la vivienda perdida.

A estos síntomas también se les conoce como “El Síndrome del Desastre”.

Mientras se trabaja durante esta fase, el proceso tiene altas y bajas, con disparadores normales, como ciertos eventos que hacen recordar el incidente y reacciones de aniversario que afectan el proceso de recuperación emocional.

Tiempo aproximado de esta fase. Mínimo seis meses y más de un año.

Fase de Reconstrucción

Es el proceso de completo retorno a la normalidad, procurando el desarrollo.

Esta etapa tiene cuatro objetivos simultáneos:

- 1.- La creación de nuevas fuentes de trabajo y recuperación del desarrollo social.
- 2.- La reparación de los daños materiales, en especial en materia de vivienda, infraestructura y fuentes de trabajo.
- 3.- Consideración de las medidas de prevención y mitigación de riesgos para la nueva comunidad.
- 4.- El total restablecimiento del equilibrio psicoemocional y psicosocial.

Para algunos sobrevivientes y auxiliadores, el aniversario del primer año, precipita o exacerba los síntomas del Trauma Psicológico Complejo.

Es sanador hacer en los eventos de aniversario, un repaso positivo de logros y crecimiento.

Si no se trabajó en el Trauma Psicológico de sobrevivientes y auxiliadores y si los esfuerzos de recuperación demoran, pueden resultar serios e intensos problemas psicoemocionales y psicosociales que deterioren aún más el frágil tejido social de la comunidad afectada.

Progresos visibles pueden reafirmar las creencias en sí mismos y la comunidad.

Los recursos más importantes son los grupos sociales de la nueva comunidad.

Tiempo de la fase. Toma varios años después de ocurrido el desastre.

Referencias.

American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author.

Bryant, R.A. (2013). PTSD Research Quarterly. 24(1).

EFE News Agency. January 3, 2011. www.milenio.com

Everly, G., & Mitchell, J. (2008). *Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health*. Chevron Publishing Corporation.

Everly, G., Barnett, D., Links, J., and Sperry, N. (2010). The use of Psychological First Aid (PFA) Training Among Nurses to Enhance Population Resiliency. *International Journal of Emergency Mental Health*, Vol. 12, No.1, pp.21-32.

Holgersen, K.H., Klockner, C.A., Boe, H.J., Weisaeth, L., & Holen, A. (2011). Disaster survivors in their third decade: Trajectories of initial stress responses and long-term course of mental health. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 24, No. 3, pp. 334-341.

Jarero, I., Artigas, L., & Luber, M. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Application in a disaster mental health continuum of care context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(3), 82–94.

Luber, M., & Shapiro, F. (2009). Interview with Francine Shapiro: Historical overview, present issues, and future directions of EMDR. In M. Luber (Ed.) *Eye Movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basic and Special Situations* (pp.217-231). New York. Springer.

Luber, M. (2009). EMDR and early interventions for groups. In M. Luber (Ed.). *EMDR scripted protocols: Basic and Special Situations* (pp.277-278). New York. Springer.

Neria, Y., Nandi, A., & Galea, S. (2008). Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic Review. *Psychological Medicine*, 38, 467-480.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). *Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias*. Washington, D.C.

Roberts, N.P., Kitchiner, N.J., Kenardy, J., & Bisson, J.I. (2009). Systematic review and meta-Analysis of multiple-session early intervention following traumatic events. *American Psychiatric Association*.

Shapiro, F. (2001). *Eye Movements Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*. Second Edition. New York: Guilford Press.

Shapiro, E., & Laub, B. (2008). Early EMDR Intervention. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 79-96.

Silver, S.M., Roger, S., Knipe, J. & Colelli, G. (2005). EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: A community-based intervention project in New York City. *International Journal of Stress Management*, 12,29-42.

World Health Organization (2013). Guidelines for the managements of conditions specifically related to stress. Geneva, WHO.

Zaghrou-Hodali, M. Alissa, F. Dodgson, P. (2008). Building Resilience and Dismantling Fear: EMDR Group Protocol with Children in an Area of Ongoing Trauma. *Journal of EMDR Practice & Research*, 2(2),106-113.