



REPÚBLICA DOMINICANA  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Programa Nacional de Salud Mental



## **Apoyo psicosocial a población haitiana desplazada posterior al terremoto del 12 de enero del 2010**

**Informe Técnico**

**-Enero a abril del 2010-**



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Vice-Ministerio de Salud Colectiva  
Programa Nacional de Salud Mental  
saludmentalrd@gmail.com  
Teléfono: 809 544 4223  
© 2010

Dirección Nacional: Dr. José Mieses Michel, Director Programa Nacional de Salud Mental.

Redacción y elaboración: Licda. Cristabel Sosa Hernández. Encargada de Proyectos e Investigación del Programa Nacional de Salud Mental.  
Revisión y corrección: Dra. Selma Zapata, HSS/DOR. OPS/OMS.

Este informe se ha podido realizar a partir de las acciones coordinadas e implementadas por el *Subprograma de atención a la salud mental y apoyo psicosocial en situación de desastre* perteneciente al Programa Nacional de Salud Mental.

Dr. Roberto Rondón	Coordinación atención en salud mental y apoyo psicosocial en situación de desastre.
Dra. Elizabeth Ruíz	Coordinación atención psicosocial.
Lic. Elías Tejada	Coordinación formación de brigadas zona fronteriza.
Licda. Angelina Sosa	Apoyo administrativo y técnico en coordinación de atención psicosocial en zona fronteriza y albergues.



Con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Foto portada: Alma Brito. Capacitación de mujeres en salud reproductiva por equipo de apoyo psicosocial en campamento ARC, abril 2010.

## Contenido

Presentación	5
1. Introducción	7
2. Contextualización	10
2.1. República Dominicana	10
2.2. República de Haití	10
2.3. Acerca de ambas Naciones	11
3. Respuesta psicosocial a sobrevivientes del terremoto de Haití de enero 12 del 2010	12
3.1. Descripción	12
3.2. Asistencia psicosocial en Jimaní y Fond Parisien	12
3.3. Retroalimentación del personal de salud mental en brigadas itinerantes: resultados de una encuesta breve	14
3.4. Análisis de las lecciones aprendidas del servicio psicosocial en la frontera	15
3.5. Asistencia psicosocial en albergues de Santo Domingo	17
4. Capacitación	22
5. Clusters y equipos de trabajo	24
6. Investigación	25
7. Acuerdos y cooperación interinstitucional	26
8. Referencias bibliográficas	27
Anexos	29
Anexo 1. Propuesta inicial para la atención y recuperación psicosocial a los/as sobrevivientes del terremoto en Haití	31
Anexo 2a. Plan para la atención y recuperación psicosocial a sobrevivientes del terremoto en Haití, enero 2010	35
Anexo 2b. Plan para la atención y recuperación psicosocial a sobrevivientes del terremoto en Haití, enero 2010. Planificación subsiguiente.	36
Anexo 3. Informe de atención psicosocial sobrevivientes del terremoto Haití, 2010	42
Anexo 4. Informe trabajo equipo permanente (30 días) de salud mental en zona fronteriza	44

Anexo 5. Imágenes gráficas	48
Anexo 6. Cuestionario para profesionales de la salud mental asistiendo sobrevivientes del terremoto en Haití	56
Anexo 7. Formulario de evaluación psiquiátrica	57
Anexo 8. Tabulador diario de intervención psicosocial	58
Anexo 9. Tabulador diario de acciones de intervención psicosocial por grupos étnicos	59
Anexo 10. Formulario de resumen de servicios de brigada	60
Anexo 11. Formulario de evaluación psicosocial de los desplazados/as en los albergues	61
Anexo 12. Personal y voluntarios de las brigadas de asistencia psicosocial en Jimaní y Fond Parisien por fecha	64
Anexo 13. Personal de apoyo psicosocial en albergues	67
Anexo 14. Reuniones de coordinación interinstitucional	68
Anexo 15. Observations and recommendations for Department of Mental Health on shelter homes for survivors of the earthquake in Haiti on January 12th 2010	71
Anexo 16. Observaciones y recomendaciones para el programa nacional de salud mental en los albergues que dan apoyo a sobrevivientes del terremoto en Haití, 12 de enero del 2010	81



República Dominicana

## *Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social*

Año de la Reactivación Económica Nacional

### **PRESENTACIÓN**

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se complace en presentar este informe técnico que recoge las acciones realizadas y logros obtenidos mediante la provisión de apoyo psicosocial y atención a la salud mental ofrecida a los y las sobrevivientes del terremoto ocurrido en la vecina nación de Haití el 12 de febrero del 2010.

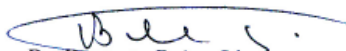
En cumplimiento con el compromiso de proveer de manera preferencial atención integral a los grupos más vulnerables como es el constituido por los/as sobrevivientes de desastres naturales, el Viceministerio de Salud Colectiva a través del programa nacional de salud mental puso en marcha un plan de apoyo psicosocial y atención a la salud mental. Esto en respuesta inmediata a las necesidades que en el ámbito psicológico presenta la población afectada por una catástrofe de la magnitud del terremoto ocurrido.

Hay evidencias de que la asistencia psicosocial constituye un elemento crucial para mitigar el sufrimiento psíquico de la población afectada y prevenir el aumento de morbilidad psiquiátrica y de la mortalidad en sentido general.

En este informe se revela la importancia creciente que en el marco de la reforma del sector salud adquiere, en República Dominicana, el componente psicosocial y de salud mental hasta alcanzar nivel de acción prioritaria en el diseño y ejecución de los planes de emergencia y desastres, con lo que queda superada la posición invisible que ocupara este componente en el pasado. Efectivamente las políticas auspiciadas por Salud Pública, postulan que los factores psicosociales son elementos esenciales y prioritarios en el desarrollo y funcionamiento de una vida sana de la población. Por lo que se insta a tenerlos en cuenta en los diseños de los planes, programas y proyectos de salud.

Por otra parte, en el informe se destaca el gesto solidario que motivó a los/as trabajadores de la salud mental de este ministerio a unirse con generosidad y vocación de servicio a las brigadas itinerantes formadas para brindar la atención a la población afectada. De igual manera se recoge el espíritu de cooperación y talento humanitario de decenas de profesionales de la conducta procedentes de la sociedad que, sin pertenecer al ministerio de salud, se pusieron a disposición del programa nacional de salud mental sirviendo voluntariamente con entrega y decisión.

Por último, este informe representa una iniciativa importante en el avance de la sistematización y documentación de las acciones realizadas por los programas como vía para el análisis y proyecciones de acciones futuras.

  
**Dr. Bautista Rojas Gómez**  
**Ministro de Salud Pública**



# 1. INTRODUCCIÓN

El impacto de los desastres tiene un efecto significativo en cada esfera de la vida de los individuos y las sociedades, afectando seriamente su calidad de vida, medios de subsistencia, seguridad social y civil y su salud. La vulnerabilidad en términos de salud pública aumenta rápidamente relacionada a los niveles de morbilidad física y mental, comorbilidad, así como la discapacidad directa que produce el desastre (pérdida de miembros, lesiones, etc.) y/o enfermedades posteriores al desastre que se presentan como consecuencia de éste (ej. enfermedades mentales graves).

La respuesta psicosocial posterior a un desastre conlleva altos niveles de coordinación, activación inmediata y de múltiples recursos, humanos, económicos y sociales. Lo más importante de la respuesta psicosocial es que el apoyo emocional debe integrarse a las actividades cotidianas de los grupos organizados en las comunidades y formar parte de la satisfacción de las necesidades básicas de la población (OMS, 2002).

El pasado 12 de enero del 2010, la nación vecina de Haití experimentó uno de los desastres de mayor envergadura de la historia en América Latina. Las estadísticas oficiales de la Dirección de Protección Civil de Haití (DPC), declararon que el terremoto dejó un saldo de más 222,000 muertos, aproximadamente 300,000 lesionados y más de un millón de haitianos desplazados<sup>1</sup>. La respuesta de la República Dominicana ante esta situación fue inmediata y desde todos los sectores de la sociedad.

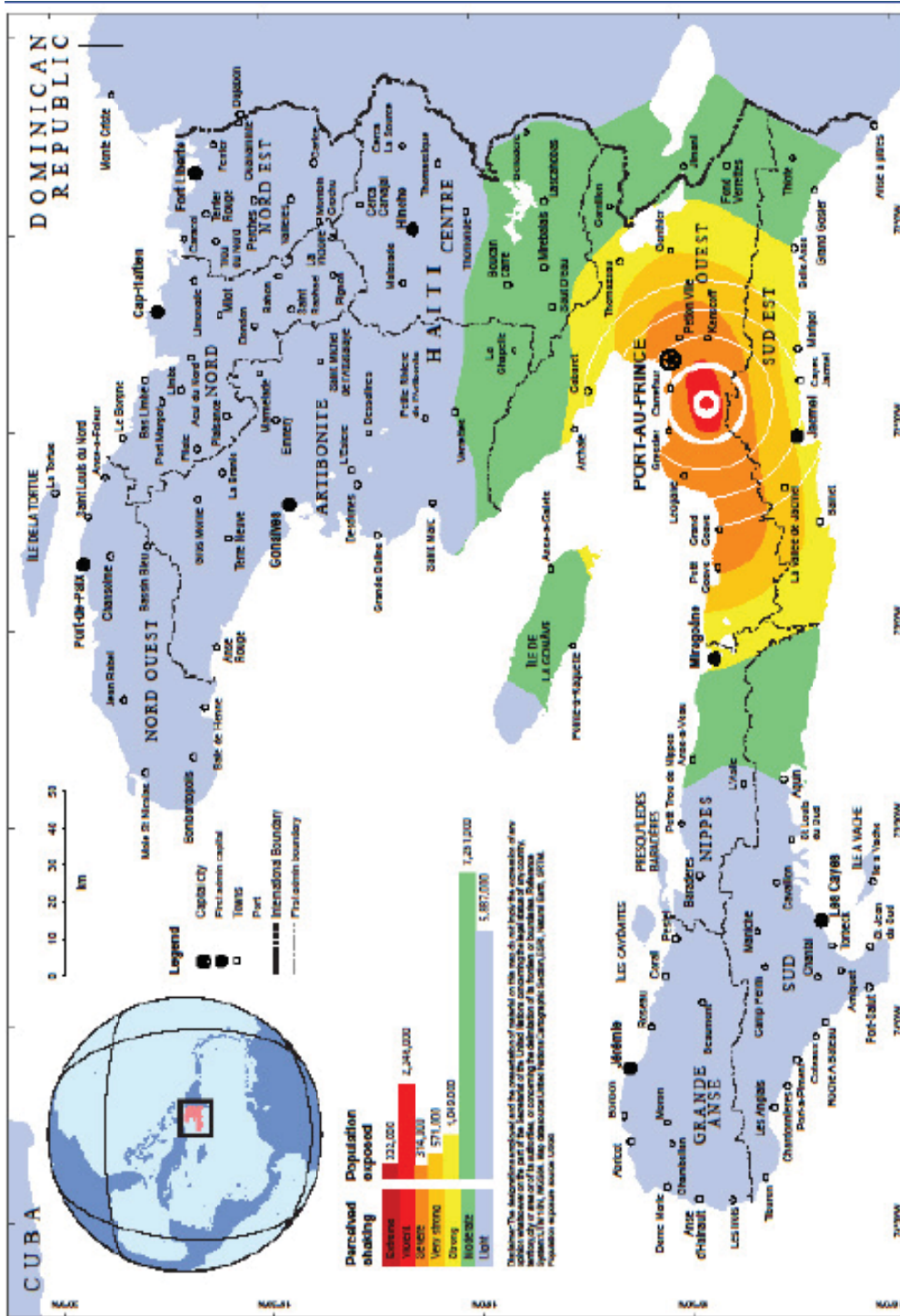
Dicho terremoto evidenció las necesidades psicosociales a un nivel mayor de este Haití, generando una alta demanda de este tipo atención en el área fronteriza, específicamente de Jimaní en sus primeras etapas y paralelamente en parte de territorio haitiano cercano a la frontera.

Por la ubicación geográfica y las características geológicas de la isla, tanto Haití como República Dominicana se encuentran en vulnerabilidad a situaciones de desastres como huracanes, ciclones, tormentas, terremotos, etc, por lo cual se hace necesario fortalecer los mecanismos de preparación y gestión de desastres.

El objetivo de este documento es servir de memoria para el aprendizaje y el for-

<sup>1</sup> Datos de DPC, citados por el Resumen del Post Disaster Needs Assessment del gobierno de Haití, con el apoyo del Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Naciones Unidas y Unión Europea. 12 de marzo 2010. <http://www.economia.gov.do/UploadPDF/PDNA.pdf>

Gráfico 1. Población afectada por el terremoto y nivel de exposición.



Fuente: OCHA, citado en [http://www.who.int/diseasecontrol\\_emergencies/publications/haiti\\_earthquake\\_20100118.pdf](http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/publications/haiti_earthquake_20100118.pdf)



talecimiento de las acciones psicosociales futuras, las cuales deben estar en una coordinación estrecha con los demás organismos que forman parte de la respuesta humanitaria y alcanzar mayores niveles de sostenibilidad e integración.

La experiencia contenida en este informe ha sido posible gracias al apoyo del Vice Ministerio de Salud Colectiva en la provisión de recursos económicos que ayudaron a sostener la respuesta psicosocial dirigida a aliviar los estragos psicológicos resultados de esta catástrofe.

En los momentos de extrema necesidad y retos muchas personas demostraron ser líderes genuinos y personas comprometidas con la más alta expresión de entrega humana, entre ellos mencionamos a la Licda. Soledad Trinidad y el Dr. Francis Moquete, Director del Hospital General Melenciano, que de forma incondicional mostraron un apoyo constante y valioso, sin el cual el trabajo realizado no hubiese sido exitoso.

Igualmente se reconocen las instituciones externas que se sumaron a los esfuerzos de apoyo psicosocial como aliados constantes y dispuestos a facilitar los procesos técnicos, operativos y logísticos, entre ellas:

- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
- Servicio de Salud Aragonés.
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID).
- Universidad Iberoamericana (UNIBE), Universidad de Salamanca y Universidad de Copenhague.
- Colegio Dominicano de Psicólogos (CODOPSI).
- Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA).
- Pastoral de la Salud.

## 2. CONTEXTUALIZACIÓN

Para entender el contexto donde se desarrollan estas actividades y las implicaciones del desastre, es necesario describir las realidades de los países que conforman la isla de Quisqueya o La Hispaniola.

### 2.1. República Dominicana

República Dominicana está ubicada en el Caribe, entre Cuba y Puerto Rico; la misma comparte territorio con Haití. Tiene una superficie de 48,442 km<sup>2</sup> y su capital es Santo Domingo. Su población es de 9,625,207 habitantes (ONE, 2007). La pirámide poblacional expresa que 34% de la población es menor de 15 años y 6% de la población es mayor de 60 años.



La esperanza de vida es de 69.1 años para los hombres y 75.5 años para las mujeres (2008), siendo la esperanza de vida total de 72.3. La tasa de alfabetización es de 86.8% para los hombres y 87.2% (SESPAS, OPS/OMS, 2009). El 40% de la población vive en zona rural y el 60% de la población se concentra en los centros urbanos. El país tiene un Índice de Desarrollo Humano de 0.738 (PNUD, 2005). La religión predominante es la católica y el idioma es el español.

El gasto en salud en proporción del Producto Bruto Interno es de 2%. La asignación de recursos a la salud mental corresponde a 0.38% del presupuesto Nacional de Salud (SESPAS-OPS/OMS, 2008).

### 2.2. República de Haití

Se estima que la población de la República de Haití es de 9,203,083 habitantes (CIA, 2010). El 95% de los haitianos es de ascendencia africana y el restante 5% está compuesto por blancos y mestizos. Los idiomas oficiales son el francés y el creole.



La esperanza de vida es de 61.38 años (CIA, 2010). Es el país más pobre del hemisferio occidental, teniendo para el 2007 un 55% de hogares viviendo con un dólar por persona por día (OMS, 2010). Su Índice de Desarrollo Humano (IDH) es de 0.532.

### 2.3. Acerca de ambas Naciones

Existe una diferencia notable en el IDH de ambos países. El ingreso per cápita de los dominicanos es casi cuatro veces mayor que el de los haitianos. La esperanza de vida es significativamente menor en Haití (60 años versus 72 años). La desnutrición y mortalidad infantil en Haití duplican las tasas del país vecino. La tasa de analfabetismo es del 53% en Haití, comparada con 11% en la República Dominicana.

**Cuadro 1. Relación de indicadores sociales y económicos, República Dominicana y la República de Haití.**

	Rep. Dom.	Haití
Población	9,625,207	9,203,083
Producto Bruto Interno (billones US\$)	80.53	11.9
Producto interno bruto per cápita (US\$)	4,797.80	1,300
Índice de desarrollo humano	0.777	0.532
Población urbana (% del total)	65.10	47
Esperanza de vida (años)	72.3	61.38
Mortalidad infantil (por 1,000 nacimientos)	29	59.69
Desnutrición infantil (% menores de 5 años)	9.8	29.7
Analfabetismo (% población mayor de 10 años)	10.7	52.90

Fuente: The World Factbook, SESPAS, OPS/OMS, ONE, CID, Wooding, Moseley-Williams.

En términos psicosociales, la situación de pobreza extrema se convierte en un estresor significativo para la población haitiana que aumenta la vulnerabilidad en la aparición de trastornos mentales, así como niveles de morbilidad, discapacidad y comorbilidad.

Gráfico 2. Isla de Quisqueya o La Hispaniola.



### **3. RESPUESTA PSICOSOCIAL A SOBREVIVIENTES DEL TERREMOTO DE HAITÍ DE ENERO 12 DEL 2010**

#### **3.1. Descripción**

El Programa Nacional de Salud Mental, como parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se sumó a los esfuerzos de respuesta desde el 13 de enero, proveyendo apoyo psicosocial en la zona fronteriza. Concomitantemente, se convocó a todo el personal de salud mental del sistema y al Colegio Dominicano de Psicólogos (CODOPSI) con miras a implementar una revisión y fortalecimiento de la formación en intervención psicosocial posterior a un desastre y organizar las brigadas que estarían dando apoyo.

Se diseñó un Plan y una Propuesta de intervención (ver anexos 1 y 2), éstos se fueron adaptando conforme el avance del tiempo, ya que las demandas iban cambiando y/o las necesidades dictaban priorizar ciertas áreas geográficas o formas de intervención, conforme a los recursos disponibles y dinámicas de ejecución que se dieron. Por ejemplo, inicialmente se planificaba dar asistencia en Pedernales y Elías Piña (provincias fronterizas), sin embargo la situación dictó una mayor prioridad y demanda en Jimaní.

La retroalimentación de las brigadas al rotar en la zona fronteriza fue clave para este proceso, la cual se dio a través de reuniones con el personal del nivel central. En dichas reuniones se discutían los aspectos relacionados al desarrollo de sus labores, las limitaciones y fortalezas enfrentadas a nivel grupal, así como un diagnóstico de la situación en el área según su experiencia.

#### **3.2. Asistencia psicosocial en Jimaní y Fond Parisien**

##### **3.2.1. Brigadas itinerantes: enero 13 a marzo 13**

En la etapa aguda de emergencia se activaron brigadas de salud mental, proveyendo primeros auxilios psicológicos orientados a reducir los riesgos de daños emocionales y conductuales producidos por esta tragedia, posteriormente los esfuerzos se concentraron en dar apoyo a las personas en el proceso de recuperación y rehabilitación en la frontera y albergues, así como fortalecer el liderazgo comunitario e institucional en Jimaní y Fond Parisien. Las brigadas rotaban cada cuatro días, lo cual generó ventajas en el sentido de que el personal no se sobrecargaba y mayor costo efectividad; sin embargo, al mismo tiempo dificultaba el seguimiento a las acciones realizadas. El trabajo psicosocial trabajó tanto con po-

blación sobreviviente, como con personal y voluntariado de las distintas misiones nacionales e internacionales.

Los lugares de trabajo del área fronteriza estuvieron localizados en sus distintas etapas en el Hospital General Melenciano (hospital municipal de Jimaní), refugio Buen Samaritano, Centro Bonó, campamento Love a Child, Iglesia Bethel, campamento del American Refugee Committee (ARC), Centro de Nutrición, entre otros. Algunas de estas instituciones ya existían previas al desastre como proveedoras de algún tipo de servicio de salud o social, otras como el campamento Love a Child y el campamento ARC surgieron posteriores al desastre.

Hasta mediados de marzo se ofreció asistencia en los lugares mencionados con un total de 19 brigadas itinerantes y movilización de un total de 16 psiquiatras, 37 psicólogos/as, 15 voluntarios/as.

Se intervinieron un total de 2,177 personas, con intervenciones individuales en 24% y grupales de 76%. De las intervenciones individuales 58% correspondió al sexo femenino y 42% al sexo masculino.

La representación en términos de grupos etáreos estuvo representada de la siguiente forma:

- Menores de 18 años: 23% de la población atendida.
- 19 a 50 años: 63% de la población atendida.
- Mayores de 50 años: 14% de la población atendida.

Las manifestaciones psicológicas no patológicas mayormente identificadas fueron: duelo, nerviosismo, miedo, tristeza, desorientación. Los cuadros sindrómicos identificados fueron predominantemente ansiosos y depresivos. Aproximadamente 22% de la población atendida presentó estrés agudo. Se identificaron también personas con trastornos mentales preexistentes y en estado de descompensación por el evento traumático.

**Cuadro 2. Resumen de población atendida.**

<b>Datos</b>	<b>Total</b>	<b>Por ciento</b>
Número de personas atendidas	2,177	100%
Intervenciones grupales	1,646	75%
Intervenciones individuales	531	25%
<b>Disgregación intervenciones individuales</b>		
<b>Por sexo</b>		
Número de mujeres atendidas	308	58%
Número de hombres atendidos	223	42%
<b>Por grupos etáreos</b>		
Menores de 18 años atendidos	124	23%
Mayores de 19 a 50 años	332	63%
Mayores de 51 años	75	14%

Fuente: Registro de atención psicosocial, Programa Nacional de Salud Mental.

### 3.2.2. Equipo de Salud Mental permanente: 22 de marzo al 24 de abril

Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) se envió un equipo permanente de apoyo psicosocial, compuesto por una psiquiatra y dos psicólogas que desarrollaron un programa que logró totalizar 13 capacitaciones (27 horas) a líderes del campamento Love a Child y ARC, así como al personal de atención primaria de salud de Jimaní y personal educativo de las escuelas del área.

Los temas trabajados estaban orientados a fomentar una gestión de riesgos integral enfatizando el fortalecimiento del componente de salud mental en atención primaria, así como visualizar en la planificación posterior a un desastre temas de prevención de trastornos mentales y la detección precoz de los mismos.

### 3.3. Retroalimentación del personal de Salud Mental en brigadas itinerantes: resultados de una encuesta breve

Las brigadas de apoyo psicosocial presentes en la zona fronteriza recibían al regresar un cuestionario voluntario, individual y anónimo diseñado por Cristabel Sosa (ver anexo 6) para evaluar la experiencia desde una perspectiva profesional, psicológica e institucional.

Diecisiete integrantes de brigadas llenaron el cuestionario, entre ellos psiquiatras, psicólogos/as y voluntarios de traducción y muchos de los resultados son parte del “Análisis de lecciones aprendidas del apoyo psicosocial en la frontera (3.4)”. Sin embargo, es importante resaltar otras informaciones relevantes ofrecidas por los encuestados/as correspondiente a los siguientes aspectos:

- Sentimientos y emociones al dar el servicio: satisfacción por poder participar y ser útil, tristeza e impotencia por las situación observada (cantidad de lesionados, amputados, personas desesperadas, barrera cultural, alta demanda de servicios y niveles de desorganización).
- Trece de los 17 (74%) expuso sentirse listo/a para ofrecer este tipo de servicio, y una alta proporción mencionó esto debido a la participación en entrenamientos y capacitación previos acerca de primeros auxilios psicológicos e intervención psicosocial después de un desastre.
- Elementos que facilitaron el servicio: coordinación del programa de Salud Mental, apoyo de USAID y OPS/OMS a nivel logístico y técnico en el campo de trabajo, apoyo de las autoridades sanitarias de Jimaní, de la dirección provincial y regional, así como la disponibilidad de interpretes en Fond Parisien.
- Entre las cosas que les impactaron positivamente mencionaron la resiliencia demostrada por los/as sobrevivientes, la respuesta de parte de los/as sobrevivientes al servicio psicosocial aún por encima de la barrera idiomática, la manifestación de la solidaridad y altruismo humano que rodeaba la atmósfera (ver personas de todas partes del mundo, voluntarios, personal, ONG's,

Gobierno, y otros sectores entregarse para la respuesta humanitaria en ese momento determinado), y el intercambio con profesionales de distintas disciplinas y países.

- Los elementos que tuvieron algún impacto negativos en ellos/as señalaron la actitud de algunas instituciones y medios de comunicación de utilizar la tragedia para hacer publicidad y alimentar protagonismo/lucha de poder, las amputaciones y condiciones de hacinamiento en las cuales se encontraban los/as sobrevivientes y la magnitud de las consecuencias del terremoto de una manera tan gráfica.

### **3.4. Análisis de las lecciones aprendidas del Servicio Psicosocial en la Frontera**

#### **Fortalezas**

- Disposición y voluntad constante de las autoridades sanitarias de Jimaní.
- Disponibilidad de traductores en campamentos de Fond Parisien.
- Servicio de atención médica constante a los/as sobrevivientes.
- Apoyo de instituciones como la OPS/OMS, USAID, UNFPA, UNIBE, Pastoral de la Salud, Servicio Aragonés de Salud, entre otras.

#### **Retos**

- Barrera idiomática y cultural.
- Identificación del personal en la etapa aguda, lo cual dificultó el alcance y desarrollo del trabajo.
- Disposición baja de recursos para la respuesta en salud mental.
- Debilidad en los procesos de planificación y respuesta coordinada con otras instituciones involucradas.
- Sistematización y registro de información.
- El personal de las distintas brigadas e instituciones (voluntario, internacional, nacional, etc.) recibió apoyo en salud mental débil, debida a la alta demanda de las necesidades de la población afectada y las condiciones de la emergencia.

#### **Recomendaciones**

- Aumentar y mejorar los mecanismos de comunicación y coordinación entre las instituciones nacionales e internacionales que participan en la respuesta al desastre.
- Fortalecer y sistematizar métodos de seguimiento y monitoreo de los equipos rotantes.
- Fortalecer el componente de género en la atención psicosocial, enfocada a la

prevención de todo tipo de abuso, métodos de protección/seguimiento a casos de abuso, abordaje de temas claves de salud reproductiva, medios de subsistencia, protección a madres solteras, etc.

- Establecer expectativas claras del tipo de trabajo a realizar y condiciones de trabajo.
- Mejorar los mecanismos de identificación del personal (t-shirts, carnet, gorra, chaleco).
- Desarrollar un directorio de instituciones y recursos disponibles para tiempos de desastre como parte de una estrategia de preparación. Contactar instituciones y hacer acuerdos previos. Consensuar estrategias y líneas de acción como parte de la estrategia de gestión de desastres.
- Mejorar las relaciones dominico – haitiana con un enfoque de promoción de la salud.
- Establecer un consenso clínico e integral para la asignación diagnóstica. Capacitar en temas de registro de la información y uso de categorías diagnósticas en población afectada por desastre. Mejorar instrumentos de recolección de información para mayor efectividad en el uso, considerar resumir y consolidar instrumentos para obtener información de mayor calidad, sin agotar al personal.
- Optimizar los mecanismos de comunicación intra-equipo, interinstitucionales, y en el caso ocurrido de la información que reciben los/as sobrevivientes (asegurar información de calidad y constante que pueda reducir niveles de ansiedad).
- Sensibilizar a los medios de comunicación en el uso y divulgación de información relacionada a desastres, de manera responsable y protegiendo la integridad de los/as sobrevivientes, así como de los espectadores. Igualmente, promover que se generen mecanismos legales que regulen este aspecto.
- Mejorar condiciones de alojamiento del personal y asignación de viáticos.
- Crear un sistema de filtro para la selección de personal que dará asistencia psicosocial basado en criterios ético, experiencia, calificación académica y otros.
- Aumentar el acceso de entendimiento de cada cultura, con el fin de evitar brechas en las dinámicas interpersonales, evitar interpretaciones erróneas del comportamiento colectivo e individual de la otra cultura, con el fin aumentar la confianza del personal que ofrece la ayuda y mejorar el abordaje.
- Asignar fondos especiales de reserva para ser utilizados en caso de emergencia, que estén disponibles tan pronto sean necesarios y permitan facilitar las condiciones de trabajo del personal en el área y una gestión eficaz.
- Las instituciones involucradas, deben contemplar dentro de sus planes de trabajo actividades de relajación, manejo del estrés y técnicas de apoyo psicosocial al interno de sus equipos, con el fin de reducir la carga emocional causada por las condiciones desgastantes y también facilitar las relaciones interperso-



nales<sup>2</sup>. El apoyo en salud mental al personal de trabajo va muy ligado por igual a la plataforma de organización, seguridad y niveles de coordinación del trabajo que se realiza. Estos deben responder adecuadamente a las necesidades básicas del personal, y garantizar buena comunicación que permita identificar cuando es necesario realizar cambios o ajustes –como rotación o parar labores temporal/permanentemente- conforme a las dinámicas que se presenten.

### **3.5. Asistencia psicosocial en albergues<sup>3</sup> de Santo Domingo**

#### **3.5.1. Descripción**

Después del terremoto y en respuesta a muchos haitianos/as que demandaban servicios de recuperación posterior a la atención recibida en hospitales dominicanos, así como apoyo social a sus necesidades básicas, distintas instituciones sobre todo religiosas y no gubernamentales, habilitaron dentro de sus posibilidades albergues para estas personas. El Programa Nacional de Salud Mental reorganizó parte de su personal para dar atención psicosocial en aquellos albergues localizados en la capital donde se encontraba la mayoría de éstos.

A fecha de 6 de febrero del 2010, en República Dominicana, existían 13 albergues abiertos y 3 cerrados, con un total de 243 albergados, 152 del sexo femenino y 91 del sexo masculino y un total de 54 discapacitados por diferentes traumas físicos<sup>4</sup>. Cada albergue presentaba una realidad distinta, en términos de población albergada, antecedentes y niveles socioeconómicos de la población albergada, así como sus fuentes de financiamiento que podían ser de la iglesia protestante o católica, privados o administrados por organizaciones no gubernamentales.

En Santo Domingo, las acciones estuvieron orientadas a dar apoyo psicosocial en los albergues que surgieron como respuesta a las personas que necesitaban cuidado postoperatorio después de recibir atención de emergencia en el Hospital Darío Contreras. Los albergues estaban compuestos por población mixta de adultos, niños, niñas, adolescentes, envejecientes, con antecedentes socioeconómicos distintos con respecto a los niveles de educación, desarrollo profesional, ingresos, entre otros.

Los albergues donde se ofreció apoyo fueron los siguientes: Posada de Belén, Hogar Vida y Esperanza, Casa Franciscanos Capuchinos, Iglesia Bíblica de la Trinidad, Infancia sin Fronteras y Dispensario Jesús Nazareno.

La respuesta psicosocial en albergues de Santo Domingo difirió en algunos sentidos de la atención psicosocial de los servicios provistos en la zona fronteriza, por las siguientes razones:

<sup>2</sup> Ver Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes (2007) en el tema de “Prevenir y atender los problemas de la salud mental y bienestar psicosocial en el personal y los voluntarios”.

<sup>3</sup> Para fines de este informe se ha elegido la palabra albergue para denominar lo que en otros contextos puede ser llamado: casa de paso y/o centro de acogida temporal.

<sup>4</sup> Dirección General de Epidemiología. Situación diaria de los albergues posterremoto en República Dominicana. SESPAS-DIGEPI; 11 de feb 11 del 2010.

- La población albergada ya había atravesado la etapa de emergencia, los procesos de recuperación que se iban completando comenzaban a dar espacio a inquietudes enfocadas al futuro, medios de subsistencia y afrontamiento de la realidad distinta muchas veces rodeados de altos niveles de incertidumbre.
- El trabajo semanal del equipo permanente de atención psicosocial influyó directamente en la planificación de trabajo y actividades realizadas, ya que el trabajo en los albergues, aún a pesar de flujos de entrada y salida de la población albergada de forma impredecible, permitía mejores niveles de seguimiento y la adaptación del personal al contexto de trabajo.

El apoyo técnico ofrecido por UNIBE, la Universidad de Copenhague y la Universidad de Salamanca (ver anexo 13) ha sido muy valioso, ya que se convirtieron en aliados directos de la atención psicosocial en albergues, ayudándonos a mejorar el alcance y calidad de la atención, así como fortalecer los recursos utilizados por el Programa Nacional de Salud Mental.

### **3.5.2. Taller de socialización de mejores prácticas psicosociales para el apoyo en albergues: aprendiendo de la experiencia dominico-haitiana.**

La coyuntura de asistencia a haitianos/as en albergues dominicanos ha sido única en la historia de ambas naciones, las características de dicho contexto han servido indudablemente a las autoridades e instituciones involucradas para crecer y construir una plataforma de servicios con una mayor sensibilidad a las necesidades de la población atendidas.

Con el objetivo de mejorar las prácticas de atención psicosocial en albergues y fortalecer las capacidades de respuesta en situaciones complejas post desastre, se organizó un taller con el personal de salud mental asignado temporalmente en dichos albergues. El taller estuvo organizado por la Dra. Elizabeth Ruíz, la Licda. Cristabel Sosa y la Licda. Angelina Sosa del Programa Nacional de Salud Mental.

El taller estuvo compuesto por dos partes, la primera parte introductoria fue presidida por el Dr. José Navarro, catedrático de la Universidad de Salamanca y profesor de la maestría en intervención en crisis de la Universidad Iberoamericana (UNIBE). Su intervención estuvo enfocada a consideraciones generales para el apoyo psicosocial en albergues.

La segunda parte consistió en realizar un análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) por parte del personal, el cual se dividió en tres grupos enfocando el análisis a:

- Atención a adultos.
- Atención a niños, niñas y adolescentes.
- Atención a grupos con necesidades especiales y/o de mayor vulnerabilidad: personas con VIH, discapacidad, violencia basada en género, entre otros.

Cada grupo tenía representantes de cada uno de los seis albergues donde se proveía la atención, con el fin de enriquecer y complementar la discusión. Es necesario tomar en cuenta que este análisis se realizó en base a realidades diversas de cada albergue –recursos disponibles, población atendida, administración, etc.- por lo cual, en distintas ocasiones lo que era señalado como fortaleza en un albergue, podía haberse presentado como debilidad en otro albergue, por ejemplo, la disponibilidad de traductores.

### **Fortalezas identificadas**

- Albergue sirve como apoyo social básico para proteger a la persona y su familia y suplir necesidades básicas; esto funciona como factor de protección para el individuo.
- Cohesión de las familias albergadas favorece el nivel de afrontamiento y manejo de la situación que viven.
- Disposición y motivación de los/as adultos/as en participar en actividades psicosociales organizadas, aún a pesar de las barreras idiomáticas.
- Competencia de los equipos en el manejo de NNA y en situación de desastres.
- Interés y motivación de la población atendida en aprender el idioma español, lo cual facilita las intervenciones.
- El trabajo con niños, niñas y adolescentes era más manejable en términos del idioma, ya que participaban en actividades lúdicas, recreativas y otras éstos reciben asistencia y responden a ésta.
- La flexibilidad del personal para adaptar los conocimientos y habilidades a necesidades específicas (ej. NNA<sup>5</sup> con amputaciones, heridas graves, etc.) y así evitar exclusión de éstos de las actividades.
- Haitianos/as insertos/as en actividades formativas para adquirir habilidades de supervivencia económica y/o realizar actividades en el centro con remuneración económica.
- Apoyo directo en el manejo y atención psicosocial a la población albergada de instituciones académicas nacionales e internacionales (UNIBE, Universidad de Salamanca, Universidad de Copenhague) con buenos niveles de coordinación con el nivel central.

### **Retos identificados**

- Aspectos de la cultura y comunicación (idioma) como barreras que dificultaron el alcance del trabajo del equipo psicosocial, siendo fuentes de desmotivación para el personal e interpretaciones incorrectas en momentos determinados.
- Alcance limitado del personal en coordinar las acciones con el área administrativa del albergue, usualmente dado por el hecho de que la administración presentaba resistencia a tomar recomendaciones del personal por tener sus propios estándares. Por ejemplo, en algunos albergues se obligaba a la población albergada a participar de ritos religiosos ajenos a su cultura o se les impide participar en las actividades diarias del albergues (como cocinar, lim-

<sup>5</sup> Se utiliza para denominar: niños, niñas y adolescentes.

piar, organizar, etc.) a haitianos/as con posibilidad de movimiento, entre otras acciones que no eran consultadas o flexibles a cambios que ayudasen el desarrollo psicosocial.

- Interrupción del trabajo psicosocial por parte de instituciones y/o personas buscando obtener publicidad que se sentían en el derecho de hacerlo por haber provisto donaciones.
- Métodos de disciplina a niños, niñas y adolescentes con niveles considerables de maltrato. Considerar ésto dentro del contexto cultural, igualmente entendiendo que posterior a un desastre de esta magnitud se espera aumento de la irritabilidad.
- Limitación de las autoridades sanitarias para regular y monitorear la habilitación de los centros, así como los procesos operativos del mismo.

**Cuadro 3. Necesidades identificadas en albergues con recomendaciones generales y operativas.**

<b>Necesidades identificadas</b>	<b>Recomendaciones</b>
Identificación del personal.	Proveer documento de identificación al personal. Enviar carta presentando al personal que dará apoyo en el refugio.
Buenas relaciones.	El equipo de salud mental debe estar consciente de la importancia de preguntar directamente a personal encargado las necesidades que identifican cada día que visitan el centro, respetar sus opiniones, buscar la forma de responder o aliviar necesidad y encontrar terreno común.
Supervisión del personal.	Hoja de registro diario con actividades, número de personas, tiempo de duración, resultados obtenidos, etc.
Protocolización y guías de trabajo para refugio.	Documento con directrices para el trabajo en el refugio, pasos a seguir, elementos a tomar en cuenta (tipo de intervenciones, prioridades, forma de abordaje, premisas a tomar en cuenta, perfil del personal, etc.).
Población vulnerable.	Coordinar con equipo administrativo medidas de protección de población vulnerables, como separación de población por sexo en lugares seguros, provisión de necesidades básicas como alimento, higiene, salud, etc. a éstos, identificación de personas con necesidades especiales (VIH, discapacitados, etc.) y proveer apoyo priorizado a niñez, adolescentes, envejecientes, mujeres solas/madres solteras, etc.
Coordinación y seguimiento de las labores del equipo.	Reuniones de seguimiento y coordinación del equipo, comunicación vía telefónica, correo electrónico, etc.
Participación de los/as afectados/as en las actividades cotidianas del centro.	Preparar con el personal del centro y las personas refugiadas un inventario de tareas cotidianas, solicitar voluntarios y que cada persona pueda participar.
Estructuración de actividades.	Horario definido de actividades educativas, recreativas, sesiones grupales de adultos, NNA. Definir material de apoyo que utiliza el personal y lograr uniformidad de acciones con niveles de flexibilidad acorde a las necesidades de la población.

Fuente: Elaboración propia a partir de insumos de taller de socialización de mejores prácticas en albergues, recomendaciones de UNIBE/Copenhague y reuniones con equipos de apoyo psicosocial en albergues. Ver anexos Nos. 15-16.

**Cuadro 3. Necesidades identificadas en albergues con recomendaciones generales y operativas.**

Necesidades identificadas	Recomendaciones
Inventario de recursos.	Lista instituciones que ofrecen apoyo (CONANI, Cruz Roja, COE, Migración, Embajada, SESPAS, etc.).
Apoyo a personal del centro.	Sesiones grupal para psicoeducación (burn out, cuidado personal, redes de apoyo).
Traducción.	1 traductores al menos por equipo. Hacer acuerdos con instituciones que puedan asegurar la provisión de voluntarios/as como el Despacho de la Primera Dama, Centro Bonó, otros.
Sistematización de información.	Provisión de formularios de atención breves y concisos, métodos para recolectar la información de manera uniforme y sin recargar al personal. Prover archivos que puedan ser utilizados y protegida la información. Realizar acuerdo con el refugio (en caso de que los documentos se queden en este) para la protección. Rendir informes quincenales y/o mensuales según disponibilidad, escritos y que sean discutidos por las partes coordinadoras.
Homogeneización de prácticas y aprendizaje de mejores prácticas entre centros.	Taller de buenas prácticas con el personal de salud mental de cada centro.
Evaluación.	Indicadores: número de personal psicosocial dando atención por albergue, número de personal psicosocial con experiencia previa dando apoyo en albergues, número de horas dedicadas a terapia grupal adultos/NNA, número de informes completos satisfactoriamente entregados, número de reuniones del equipo psicosocial mensuales para coordinación de trabajo, número de traductores disponibles al momento de dar asistencia psicosocial, número de reuniones de apoyo al personal administrativo en terapia de desahogo, número de reuniones semanales con personal administrativo para discutir como mejorar la coordinación y apoyo psicosocial, número de capacitaciones dadas al personal psicosocial con temas tratados.
Recursos Económicos.	Solicitar fondos a OPS/OMS, Gobierno de Aragón, otras instituciones que despliegan interés por la coyuntura.
Rehabilitación física.	Coordinar y canalizar esta necesidad a instituciones que puedan dar respuesta. Esto es parte integral para el mejoramiento psicológico.
Regresar a Casa. Preparación para el retorno.	Integrar este componente en terapias grupales, como tema de discusión y a niveles progresivos, tanto de adultos como de NNA.
Duelo y luto.	Preguntar a la población del centro si desea (es recomendable) realizar actividades religiosas o de otro tipo para hacer duelo y luto de las personas que fallecieron en la tragedia.
Comunicación entre niveles de apoyo.	Mantener comunicación con hospitales que manejan pacientes en rehabilitación para mejor seguimiento y protección de los/as pacientes. Reuniones con personal administrativo para identificar sus preocupaciones y formas de apoyo.

Fuente: Elaboración propia a partir de insumos de taller de socialización de mejores prácticas en albergues, recomendaciones de UNIBE/Copenhague y reuniones con equipos de apoyo psicosocial en albergues. Ver anexos Nos. 15-16.

## 4. CAPACITACIÓN

Se desarrollaron distintas actividades de capacitación en distintos momentos y contextos de la respuesta del Programa Nacional de Salud Mental con el fin de fortalecer las habilidades y competencias del personal en los distintos roles asignados durante este tiempo.

Personal interno del Programa de Salud Mental, así como externo, desarrollaron distintas actividades de capacitación con el fin de lograr un balance en la formación del uso de herramientas básicas, teóricas y prácticas para el apoyo psicosocial.

En el caso de capacitación con personal externo (Servicio de Salud Aragonés, Universidad de Salamanca) permitió al personal que estuvo directamente involucrado con el servicio, no sólo revisar conocimientos, sino servir de discusión, catarsis y análisis conjunto de las experiencias acumuladas.

**Cuadro 4. Capacitaciones realizadas desde el nivel central.**

Contenido	Fecha	Lugar	Dirigido a	Impartido por	Participantes	Horas
Apoyo psicosocial en situación de desastre: primeros auxilios psicológicos.	14 de enero	MSP	Psicólogos/as, voluntarios, residentes y médicos psiquiatras.	Dr. Roberto Rondón y Dra. Elizabeth Ruíz (PNSM)	44	5
Apoyo psicosocial en situación de desastre.	18-19 de enero	MSP	Psicólogos/as, voluntarios, residentes y médicos psiquiatras.	Dr. Roberto Rondón y Dra. Elizabeth Ruíz (PNSM)	74	5
Manejo psicosocial de niñez y adolescencia afectados/as por desastre.	23 de enero	MSP	Psicólogos/as, voluntarios, residentes y médicos psiquiatras.	Lic. Juana Gil y Lic. Félix Castro	17	5
Entrenamiento práctico sobre atención psicosocial a sobrevivientes de desastre.	29 de enero	MSP	Psicólogos/as, voluntarios, residentes y médicos psiquiatras.	Dr. Roberto Rondón y Dra. Elizabeth Ruíz (PNSM)	21	5
Apoyo psicosocial en situación de desastre.	4 de febrero	MSP	Orientadores y psicólogos/as del Ministerio de Educación.	Dr. Roberto Rondón	10	3
Manejo de grupos en situación de desastres.	8 de febrero	MSP	Psicólogos/as, voluntarios, residentes y médicos psiquiatras.	Dr. Roberto Rondón y Dra. Elizabeth Ruíz (PNSM)	28	5
Entrenamiento en intervención en crisis.	27 de enero	UNIBE/ MSP	Estudiantes de medicina y público interesado.	Licda. Vanessa Espallat, Licda. Yira Vargas y Dra. Elizabeth Ruíz	200	2
Apoyo Psicosocial en situación de desastre.	12 de febrero	MSP	Personal de la Marina de Guerra.	Dra. Elizabeth Ruíz	10	3
Intervención psicosocial en emergencias.	17 de febrero	Universidad Católica Santo Domingo	Psicólogos/as, psiquiatras, residentes, voluntarios, (pertenecientes a las brigadas) personal de albergues.	Angel Arricivita (Servicio de salud de Aragón, España)	60	7
Detección y manejo de trastornos mentales frecuentes en situación de desastre.	20 de febrero	MSP	Médicos generales, enfermeras, promotores de Jimani.	Tirso Ventura (Servicio de salud de Aragón, España), Dr. Roberto Rondón (PNSM)	20	4
Consideraciones generales del apoyo psicosocial en albergues.	25 de marzo	MSP	Psicólogos/as, voluntarios trabajando en albergues de Santo Domingo.	Dr. José Navarro (Universidad de Salamanca)	20	2

## 5. CLUSTERS Y EQUIPOS DE TRABAJO

Como Programa Nacional de Salud Mental se representaron la importancia de incluir la salud mental como prioridad en la respuesta al desastre en el territorio dominicano y fronterizo en los distintos clusters convocados y con presencia de distintos sectores (gubernamental, ONG's, privado, sociedad civil). Entre ellos: cluster de salud (OPS/OMS), cluster de protección (UNICEF y CONANI), cluster de violencia basada en género (UNFPA), entre otros.

Las acciones correspondientes en los distintos clusters se concentraron en:

- **Cluster de protección.** Apoyo técnico para la elaboración del protocolo de protección a niños, niñas y adolescentes desplazados/as por el terremoto haitiano en territorio dominicano Este cluster estaba coordinado por el Consejo Nacional de la Niñez (CONANI) y UNICEF.
- **Cluster de Salud.** Este cluster ofreció la plataforma para conocer las iniciativas de salud desde distintos sectores de las acciones, así como promover la cooperación mutua y articulación para suplir necesidades, reducir duplicación y fortalecer esfuerzos en las áreas de atención médica, rehabilitación, tratamiento, epidemiología, salud mental, entre otras. Este cluster estaba coordinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
- **Cluster de violencia basada en género.** Este cluster estuvo coordinado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA). La participación consistió en lograr el apoyo técnico en las capacitaciones y acciones del Programa Nacional de Salud. También apoyo directo al equipo de salud mental en la frontera con el fin de tomar en cuenta la perspectiva de género y vulnerabilidades de las mujeres posterior al terremoto, en términos de salud reproductiva, prevención de abuso, entre otros. El programa no estuvo de forma presencial en el cluster, por la alta demanda de reuniones en el contexto de emergencia, sin embargo, se mantuvo enlace presencial y virtual con la encargada de apoyo psicosocial con enfoque de género, la Licda. Rosa Izquierdo del UNFPA.

Actualmente los clústers en República Dominicana no siguen en funcionamiento, sin embargo, la coyuntura facilitó establecer articulaciones con distintas instituciones, las cuales han permitido formar equipos de trabajo con niveles prometedores de colaboración, lo cual tiene un alto potencial para las funciones y el alcance de cada institución.



## 6. INVESTIGACIÓN

El programa se encuentra actualmente en la etapa final de una investigación iniciada en marzo bajo la coordinación de la Dirección General de Epidemiología (DIGEPI), el apoyo del Programa Nacional de Salud Mental y el Programa de Epidemiología Aplicada de Campo de España - PEAC.

El objetivo de la investigación fue determinar la proporción de la población haitiana, mayor de 18 años, albergada en la República Dominicana, que presenta trastornos de estrés postraumático (TEPT) y su comorbilidad con depresión a consecuencia del terremoto. Identificar factores de riesgo relacionados a la aparición del TEPT y depresión en la población haitiana albergada.

La metodología consistió en aplicar una encuesta validada en estudios previos a todos/as los/as mayores de 18 años albergados/as un mes y tres semanas después del terremoto. Se calculó medidas de asociación Odds Ratio con intervalo de confianza al 95%; se realizó una regresión logística para valorar la relación de las variables independientes con la aparición del trastorno de estrés postraumático.

**Autores/as:** Marie Roseline D. Bélizaire, Residente del Programa de Epidemiología Aplicada de Campo de España - PEAC, Leonel Lerebour, Residente V Cohorte, Maestría de Epidemiología de Campo – FETP, Cristabel Sosa, psicóloga clínica del Programa Nacional de Salud Mental y Clara Ferrand, Residente V Cohorte, Maestría de Epidemiología de Campo – FETP.

**Asesoras:** Raquel Pimentel, directora de la Dirección de Epidemiología (DIGEPI), Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana y del Programa de Entrenamiento de Epidemiología de Campo – FETP, y Gloria Suárez-Rangel, consultora regional del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, Oficina Regional para Centroamérica y Panamá - CDC-CAP/FETP.

Los resultados de la investigación no han sido publicados aún, ya que se encuentran en proceso de revisión final.

## 7. ACUERDOS Y COOPERACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Las labores desarrolladas no hubiesen sido lo mismo sin el apoyo y seguimiento de muchas instituciones que mostraron disponibilidad y voluntad para ayudar en la respuesta priorizando la salud mental como esencial para el funcionamiento eficaz de las sociedades.

Entre ellas reconocemos las siguientes con sus respectivos aportes:

**Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).** Apoyo técnico y de fondos para las intervenciones.

**Servicio de Salud Aragonés.** Apoyo técnico para capacitaciones en salud mental y desastres.

**Colegio Dominicano de Psicólogos (CODOPSI).** Apoyo técnico en la conformación de las brigadas y atención psicosocial en la zona fronteriza.

**Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID).** Apoyo logístico para movilización de brigadas.

**Fondo de las Naciones Unidas para la población (UNFPA).** Apoyo técnico para fortalecer el abordaje psicosocial a mujeres en situación de desastres.

**Universidad Iberoamericana, Universidad de Salamanca y Universidad de Copenhague.** Apoyo técnico en las capacitaciones y respuesta psicosocial en la frontera y albergues de Santo Domingo.

**Pastoral de la salud.** Apoyo clínico intervenciones en albergues de Santo Domingo.

**Universidad Católica Santo Domingo.** Facilidades de infraestructura para el desarrollo de capacitación.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bridget Wooding y Richard Moseley-Williams. Inmigrantes haitianos y dominicanos de ascendencia haitiana en la República Dominicana. Cooperación Internacional para el Desarrollo (CID) y el Servicio Jesuita a Refugiados y Migrantes (SJR). Santo Domingo, República Dominicana. 2004. 105 p.

Central Intelligence Agency (CIA). Perfil República Dominicana. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/dr.html>. Revisado 18 de mayo 2010.

Central Intelligence Agency (CIA). Perfil Haití. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ha.html>. Revisado 18 de mayo 2010.

Dirección General de Epidemiología (DIGEPI). Situación diaria de los albergues posterremoto en República Dominicana. SESPAS-DIGEPI; 11 de feb. del 2010. República Dominicana.

Comité Permanente entre Organismos (IACC). Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. Ginebra. 2007. 111 p.

Gobierno de Haití. Resumen del Post Disaster Needs Assessment del gobierno de Haití, con el apoyo del Banco Mundial, Banco Interamericano del Desarrollo, Naciones Unidas y Unión Europea. 12 de marzo 2010. <http://www.economia.gov.do/UploadPDF/PDNA.pdf>. Revisado el 10 de mayo del 2010. 41 p.

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS). Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Indicadores básicos de salud. República Dominicana. 2009. 14 p.

Organización Mundial de la Salud. Protección de la salud mental en situaciones de desastre y emergencia. <http://www.disaster-info.net/lideres/spanish/mexico2004/biblio/mental.pdf>. Revisado el 18 de mayo del 2010. 3 p.

Organización Mundial de la Salud. Public health risk assessment and interventions, Earthquake: Haiti. January 2010. [http://www.who.int/diseasecontrol\\_emergencies/publications/haiti\\_earthquake\\_20100118.pdf](http://www.who.int/diseasecontrol_emergencies/publications/haiti_earthquake_20100118.pdf). Revisado el 13 de mayo del 2010. 33 p.

Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica sobre salud mental en situaciones de desastres. Rodríguez, J. Washington D.C. 2006. 201 p.

Pernille Terlonge. Universidad de Copenhague. Observaciones y recomendaciones para el Programa Nacional de Salud Mental en los albergues que dan apoyo a sobrevivientes del terremoto en Haití Enero 12, 2010". Con la colaboración de (UNIBE): V. Espailat, L. Cabrera, S. Peláez, M. Dietsch, Joselin Tuero, L. Isa. República Dominicana. 2010.



# ANEXOS



**Anexo 1**  
**PROPUESTA INICIAL PARA LA ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN**  
**PSICOSOCIAL A LOS/AS SOBREVIVIENTES DEL TERREMOTO EN**  
**HAITÍ**

Santo Domingo, D.N.,  
Enero, 2010

**Objetivos generales**

1. Prestar ayuda psicosocial en forma rápida y eficiente a los damnificados del terremoto en Haití con el fin de reducir el riesgo psicosocial.
2. Identificar la problemática de salud mental generada en los/as sobrevivientes.

**Objetivos específicos**

1. Reducir el riesgo psicosocial e introducir el componente salud mental en la atención sanitaria en los/as sobrevivientes.
2. Minimizar las repercusiones psicológicas del trauma.
3. Disminuir el impacto psicosocial en la población afectada proporcionando apoyo y orientación necesaria.
4. Detectar y tratar en forma oportuna los trastornos mentales y conductuales.
5. Desarrollar actividades de reinserción sociofamiliar y psicosocial de los/as sobrevivientes.
6. Conformar equipos de salud mental regionales permanentes para este tipo de intervención.

**Fases o líneas de acción**

**1. Diagnóstico preliminar**

- 1.1. Reuniones y/o contactos telefónicos de coordinación con las autoridades regionales, provinciales y municipales de salud de las áreas cercanas a los afectados.
- 1.2. Identificación de necesidades y problemas de la población afectada: amenazas predominantes, vulnerabilidades, descripción demográfica de la/s población/es.

Se aplicará el instrumento de evaluación de daños y análisis de necesidades (anexo 1) y el formulario específico para sobrevivientes de desastres (anexo 2). Este instrumento será aplicado por el equipo local de sa-

lud mental asignado a las áreas críticas seleccionadas en coordinación con las autoridades provinciales y municipales de salud.

## **2. Atención e intervención**

- 2.1. Organización y supervisión del trabajo del personal que ofrece la atención psicosocial.
- 2.2. Organización de equipos de intervención en salud mental ubicados transitoriamente en las áreas críticas.
- 2.3. Organización de brigadas de salud mental itinerantes que intervendrán en territorio haitiano.
- 2.4. Asistencia psicosocial casas de paso a población desplazada infanto juvenil, adulta y envejecientes.

### **Servicio Regional de Salud Enriquillo**

#### **1. Equipo de salud mental provincial de Pedernales**

El objetivo de estos equipos será proveer la primera ayuda psicológica y, sobre todo, tratar trastornos mentales detectados y referidos por las brigadas.

El equipo en Pedernales estará ubicado en el Hospital Elio Fiallo. Como coordinador de este equipo estará el Dr. Rolando Duvergé.

#### **2. Equipo de salud mental, municipio Jimaní**

En la municipio Jimaní, el equipo de salud mental estará coordinado por el Dr. Ulises Cuello. Su centro será el Hospital General Melenciano.

### **Servicio Regional de Salud El Valle**

#### **1. Equipo Provincia San Juan, municipio Elías Piña**

Este equipo estará ubicado permanentemente en el Hospital Rosa Duarte. Como coordinador estará el Lic. Elías Tejeda.

### **Servicio Regional de Salud Metropolitano**

#### **1. Equipo de salud mental para asistencia casas de paso**

Equipo formado por psicólogos clínicos, generales, orientadores y psiquiatras coordinados para dar asistencia integral y psicosocial a la población desplazada.



## **Brigada de apoyo psicosocial**

- Se conformarán brigadas de apoyo psicosocial cuya función es proveer la primera ayuda psicológica, detectar problemas psicosociales y trastornos mentales para su abordaje y/o referimiento a equipos de salud mental.
- Estas brigadas serán itinerantes y su ámbito de acción será a nivel nacional e internacional. A nivel nacional en lugares críticos identificados y a nivel internacional en territorio haitiano. Lo coordinará el Dr. Roberto Rondón.
- Estaría integrado por psicólogos, enfermera, voluntarios/as y, ocasionalmente, psiquiatras.

## **Identificación de grupos prioritarios o vulnerables (mujeres, ancianos y niños/as)**

- Esta información se obtendrá con la aplicación del formulario de evaluación de daños.

## **Apoyo psicosocial a los/as sobrevivientes identificados**

- Las brigadas y equipos en un primer momento realizarán la primera ayuda psicológica con el objetivo de mitigar el impacto emocional provocado por el evento. Posteriormente sobre todo los equipos realizarán intervenciones individuales y grupales de acuerdo a las respuestas o reacciones emocionales identificadas.
- Se realizarán intervenciones específicas a los grupos vulnerables afectados (población infanto juvenil, ancianos y embarazadas) y a aquellas personas con trastornos mentales previamente identificados.
- Las intervenciones se realizarán de acuerdo al documento preparado a partir de la *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres* de la Organización Panamericana de la Salud.
- En los casos en que se amerite una atención especializada en salud mental la persona deberá ser referida al equipo de salud mental conformado para tales fines.

## **Capacitación**

En este aspecto se realizarán intervenciones puntuales a través de jornadas de entrenamiento y orientación donde se presentarán los equipos de trabajo y los instrumentos a utilizar en la primera fase. Se programarán reuniones para la presentación de las modalidades de trabajo, jerarquización de prioridades (identificación de grupos vulnerables y grupos con mayores factores de riesgo). Se determinarán las necesidades de capacitación por grupos o categorías (personal de la UNAP, brigadistas, voluntarios, etc).



## **Promoción y prevención**

Difusión de información educativa mínima (brochures, volantes, entre otros) sobre las problemáticas psicosociales más frecuentes en estas situaciones, dirigidas a organizaciones y líderes comunitarios; y focalizadas a las personas evacuadas y familias damnificadas.

Se realizarán orientaciones y recomendaciones a las autoridades y comunicadores sociales con el fin de evitar y/o reducir el miedo y la aflicción de la población.

## **Coordinación intersectorial e interinstitucional**

Para la ejecución de las acciones se coordinará con la Dirección Regional y Provincial, que tendrán responsabilidad en la ejecución de las acciones y apoyo logístico. Se coordinará con el Colegio Dominicano de Psicólogos, la Sociedad Dominicana de Psiquiatría, y universidades para la integración de estudiantes en los operativos a desarrollar. Se solicitará además apoyo técnico y financiero a las agencias internacionales.

## **Metodología**

Se conformarán equipos de salud mental permanentes con sede en los hospitales General Melenciano (Jimaní), Elio Fiallo (Pedernales) y Rosa Duarte (Elías Piña), con profesionales de salud mental local y nacional para el abordaje de los problemas psicosociales y trastornos mentales detectados y referidos por las brigadas itinerantes. De igual manera se conformarán brigadas itinerantes internacionales que intervendrán en territorio haitiano, integradas por trabajadores de salud mental.

Los equipos permanentes realizarán entrenamientos al personal de las UNAP's en primeros auxilios psicológicos. Cada equipo de salud mental tendrá un coordinador permanente.

Los equipos de salud mental permanentes coordinarán sus acciones con las direcciones regionales y provinciales respectivas y recibirán apoyo logístico de las mismas.



## Anexo 2a

### PLAN PARA LA ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN PSICOSOCIAL A SOBREVIVIENTES DEL TERREMOTO EN HAITÍ, ENERO 2010

#### Acciones realizadas

Acción	Objetivo	Coordinador	Fecha
<p>Activación del comité coordinador de apoyo psicosocial. Activación de las brigadas de respuestas en apoyo psicosocial. Se establecieron contactos con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colegio Dominicano de Psicólogos.</li> <li>• Sociedad Dominicana de Psiquiatría.</li> <li>• Hospital Psiquiátrico Padre Billini.</li> <li>• Dirección de emergencia y desastre.</li> <li>• Direcciones Regionales de Salud.</li> <li>• Direcciones Provinciales de Salud.</li> <li>• Coordinador de Salud Mental Regional.</li> <li>• Organización Panamericana de la Salud.</li> </ul>	<p>Gestionar la provisión de servicios psicológicos para brindar apoyo psicosocial a los sobrevivientes del terremoto en Haití.</p>	<p>Dr. Roberto Rondón Integrantes: Dra. Elizabeth Ruíz Dr. Ulises Cuello</p>	<p>Miércoles 13 de enero</p>
<p>Taller de entrenamiento sobre Primera ayuda psicológica a sobrevivientes de un desastre, dirigido a los integrantes de las brigadas de respuestas. Conformación de equipos de salud mental apostados en zona fronteriza cercano al desastre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jimaní: Hospital General Melenciano,</li> <li>• Pedernales: Hospital Elio Fiallo,</li> <li>• Elías Piña: Hospital Rosa Duarte</li> </ul> <p>Conformación de brigadas nacional e internacional de apoyo psicosocial.</p>	<p>Entrenar a las personas (psiquiatras, residentes de psiquiatría, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, etc) en la primera ayuda psicológica a sobrevivientes de un desastre, para proporcionarle los recursos necesario en el proceso de intervención psicológica. Proveer primera ayuda psicológica, tratar trastornos mentales detectados y referidos por las brigadas. Proveer primera ayuda psicológica, detectar problemas psicosociales y trastornos mentales para su abordaje y/o referimiento a equipos de salud mental.</p>		<p>Jueves 14 de enero</p>

**Anexo 2b**  
**PLAN PARA LA ATENCIÓN Y RECUPERACIÓN PSICOSOCIAL A SOBREVIVIENTES DEL TERREMOTO EN**  
**HAITÍ, ENERO 2010.**  
**PLANIFICACIÓN SUBSIGUIENTE.**

Acción	Objetivo	Actividades	Descripción	Recursos Necesarios	Coordinador/a	Fecha
<p>1. Puesta en marcha de las brigadas de apoyo psicosocial en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jimani: Hospital General Melenciano</li> <li>• Pedernales: Hospital Elio Fiallo.</li> <li>• Elías Piña: Hospital Rosa Duarte.</li> </ul>	<p>1.1 Proveer primera ayuda psicológica, detectar problemas psicosociales y trastornos mentales para su abordaje y/o referimiento a equipos de salud mental.</p> <p>1.2 Coordinar y movilizar las brigadas itinerantes de apoyo psicosocial en las áreas críticas seleccionadas.</p>	<p>1.1 Reunión de coordinación entre los integrantes de las brigadas y los traductores.</p> <p>1.2 Movilizar las brigadas de apoyo psicosocial desde su lugar de origen a el área de trabajo asignada.</p> <p>1.3 Colocar 1 brigada itinerante en coordinación con cada hospital seleccionado.</p> <p>1.4 Dar respuesta a los sobrevivientes más vulnerables infante juveniles y envejecientes.</p>	<p>1.1 Las brigadas estarán com-puestas entre 3 y 6 personas, los cuales serán: psicólogo/a, enfermera/o, traductor/a, voluntario, psiquiatra (según disponibilidad).</p> <p>1.2 Debe haber dos brigadas por comunidad, una de lunes a jueves y otra de viernes a domingo. Trabajarán en la comunidad y en casos necesarios se movilizarán al territorio haitiano.</p>	<p>Transporte Viáticos Alojamiento Alimento y agua Otros recursos básicos.</p> <p>De 1 a 2 traductores por brigada según la necesidad y disponibilidad.</p> <p><b>Medicamentos ansiolíticos:</b> clonazepan, lorazepan.</p> <p><b>Antidepressivos:</b> sertralina, paroxetina y fluoxetina.</p> <p><b>Antisicóticos:</b> risperidona, haloperidol y quetiapina.</p> <p><b>Estabilizadores:</b> ácido valproico.</p> <p>Protocolos de atención psicosocial para emergencias y desastres.</p>	<p>Dr. Roberto Rondón, Dra. Elizabeth Ruíz</p>	<p>Enero a marzo</p>

Acción	Objetivo	Actividades	Descripción	Recursos Necesarios	Coordinador/a	Fecha
<p>2. Establecimiento de los equipos de salud mental en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jimani: Hospital General Melenciano.</li> <li>• Pedernales: Hospital Elio Fiallo.</li> <li>• Elías Piña: Hospital Rosa Duarte.</li> </ul>	<p>2.1 Coordinar el establecimiento de los equipos de salud mental de apoyo psicológico en las áreas críticas seleccionadas.</p> <p>2.1 Ofrecer ayuda especializada a sobrevivientes referidos por las brigadas, y dar seguimiento.</p>	<p>2.1 Reunión de coordinación entre los integrantes de las brigadas y los traductores.</p> <p>2.2 Colocar un equipo de salud mental en cada hospital seleccionado.</p> <p>2.3 Proveer recursos necesarios para el funcionamiento.</p> <p>2.4 Dar respuesta a los sobrevivientes más vulnerables infante juveniles y envejecientes.</p>	<p>Se logrará esta coordinación junto con la Dirección Provincial de Salud. Cada equipo de salud mental debe tener un/a psiquiatra, un o dos psicólogos, una enfermera y un traductor. Se deben tener profesionales en disponibilidad para rotar el servicio en los fines de semana, por ende, dos equipos serán necesarios. Estos operan dentro del hospital o en un área muy cercana al mismo.</p>	<p>Transporte Viáticos Alojamiento. Elementos básicos como agua, papel de baño, fundas plásticas, y jabón. <b>Medicamentos ansiolíticos:</b> clonazepam, lorazepam. <b>Antidepresivos:</b> sertralina, paroxetina y fluoxetina. <b>Antisicóticos:</b> risperidona, haloperidol y quetiapina. <b>Estabilizadores:</b> ácido valproico.</p>	<p>Dr. Roberto Rondón Dra. Elizabeth Ruíz</p>	<p>Enero a marzo</p>
<p>3. Establecer alianzas de coordinación con instituciones castrenses y policiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección de sanidad militar y policial.</li> </ul>	<p>3.1 Establecer alianzas intracorporales e interinstitucionales, para el cooperar desde su instancia en el desarrollo del plan.</p>	<p>3.1 Realizar contactos con los coordinadores de la Dirección de Sanidad Militar y Policial, con el fin de identificar acciones específicas que puedan fortalecer el plan de apoyo psicosocial.</p> <p>3.2 Firmar convenios de cooperación.</p>			<p>Dr. José Mieses</p>	<p>Enero</p>

Acción	Objetivo	Actividades	Descripción	Recursos Necesarios	Coordinador /a	Fecha
4. Ofrecer información a los medios de comunicación.	4.1 Sensibilizar y educar a los medios de comunicación en el buen uso de la información relacionada al desastre con el fin de evitar problemas de salud mental en la población expuesta las informaciones. 4.2 Ofrecer informaciones de las acciones realizadas por el programa Nacional de Salud Mental.	4.1 Preparar un comunicado a la prensa nacional y medios de comunicación explicando la necesidad buen uso de las informaciones durante un desastre e implicaciones en salud mental del uso inadecuado de las mismas. 4.2 Hacer notas de prensa comunicando las acciones realizadas			Dr. José Mieses	Enero - marzo
5. Monitoreo, supervisión y evaluación de las labores realizadas por las brigadas y los equipos de salud mental	5.1 Monitorear y supervisar el trabajo realizado por las brigadas y los equipos de salud mental en áreas seleccionadas.	5.1 Visitar las áreas intervinientes y de implementación de las acciones. 5.2 Mantener la comunicación con los líderes de brigadas y los coordinadores de los equipos de salud mental. 5.3 Evaluar junto a la Dirección Provincial y al equipo coordinador nacional las acciones realizadas por las brigadas y los equipos en el terreno			Dr. Roberto Rondón	Enero-marzo

<b>Acción</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividades</b>	<b>Descripción</b>	<b>Recursos Necesarios</b>	<b>Coordinador/a</b>	<b>Fecha</b>
6. Reproducción de instrumentos para la atención y referencia de casos.	6.1 Registrar procesos de atención y derivación. 6.2 Medir el impacto del apoyo psicosocial y la intervención.	6.1 Reproducir materiales para el control y referimiento de casos. 6.2 Llevar un control de la atención psicosocial provista por parte de las brigadas itinerantes y los equipos de salud mental.	Se utilizarán materiales estandarizados para la población.	Materiales gastables	Programa de Salud Mental	Enero
7. Asistencia psicosocial a casas de paso.	7.1 Ofrecer apoyo psicosocial a la población desplazada y localizada en casas de paso.	7.1 Formación de equipo clínico y educativo para asistencia en casas de paso. 7.2 Coordinación de equipo psiquiátrico con la Pastoral de Salud para ofrecer asistencia psiquiátrica.	Se realizará un diagnóstico de la situación de la casa de paso, tanto física como social basada en visita al centro. Se coordinará la asistencia a infante juvenil, adultos y envejecidos localizados en las casas de pasos de acuerdo a las necesidades psicológicas identificadas.	Material didáctico, lúdico, gastable. Viático de transporte al personal. Identificación del personal.	Programa de Salud Mental y Pastoral de la Salud	Febrero - marzo

Acción	Objetivo	Actividades	Descripción	Recursos Necesarios	Coordinador/a	Fecha
<p>8. Dar seguimiento a los contactos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colegio Dominicano de Psicólogos</li> <li>• Sociedad Dominicana de Psiquiatría</li> <li>• Hospital Psiquiátrico Padre Billini</li> <li>• Dirección de emergencia y desastre</li> <li>• Direcciones Regionales de Salud</li> <li>• Direcciones Provinciales de Salud</li> <li>• Coordinador de Salud Mental Regional</li> <li>• Organización Panamericana de la Salud</li> </ul>	<p>8.1 Optimizar recursos, fortalecer las alianzas institucionales, intercambio de reinformaciones para las intervenciones.</p>	<p>8.1 Se da seguimiento a los acuerdos intra y extrainstitucionales. 8.2 Firmar convenios de cooperación.</p>			Dr. José Mieses	Enero - marzo
<p>9. Promoción de la salud mental</p>	<p>9.1 Promover la salud mental en todos los ámbitos.</p>	<p>9.2 Emisión de materiales educativos en el aspecto psicosocial en el marco de desastres: Brochures Afiches Volantes</p>			Lic. Elías Tejada	Enero - marzo



Acción	Objetivo	Actividades	Descripción	Recursos Necesarios	Coordinador/a	Fecha
10. Capacitación sobre apoyo psicosocial en situaciones de desastre.	10.1 Entrenar a los integrantes de las brigadas y los equipos en habilidades de primeros auxilios psicológicos.	10.1 Realización de talleres: - talleres para personal especializado - talleres para voluntarios no profesionales - talleres para personal de atención primaria		Materiales gastables	Dr. Roberto Rondón Dra. Elizabeth Ruíz	Enero-marzo

**Anexo 3**  
**INFORME DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL SOBREVIVIENTES DEL**  
**TERREMOTO HAITÍ, 2010**  
**ENERO A MARZO, 2010**

Localización servicio:

Municipio de Jimaní: Hospital General Melenciano García, refugio Buen Samaritano, campamento ARC, centro de nutrición y refugio Bethel.

Territorio Haitiano: Fond Parisien.

**1.1. Registro de atención en salud mental**

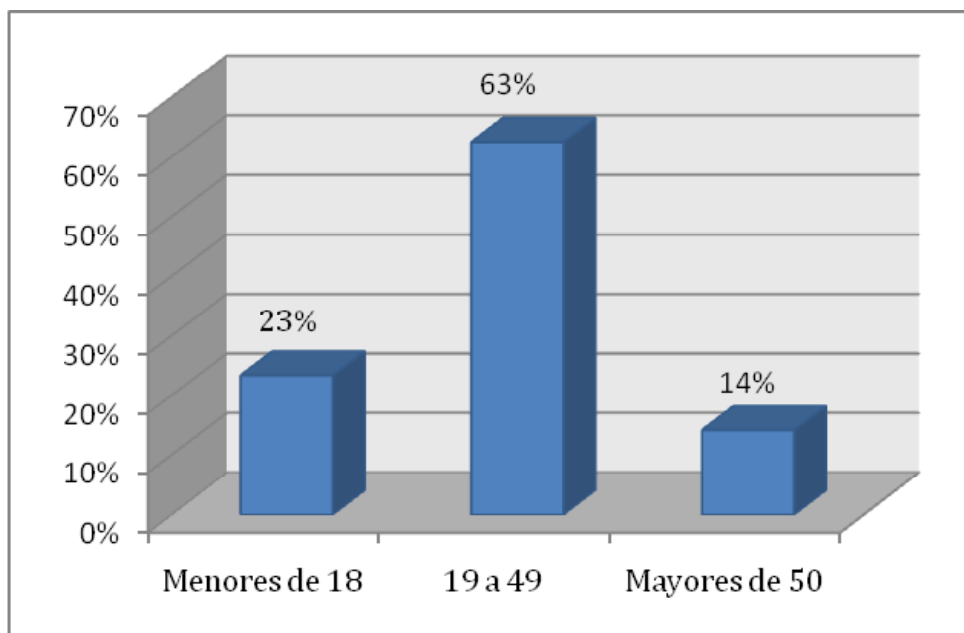
(Incluye intervenciones de psiquiatría y psicología).

Total de intervenciones individuales: 531 personas.

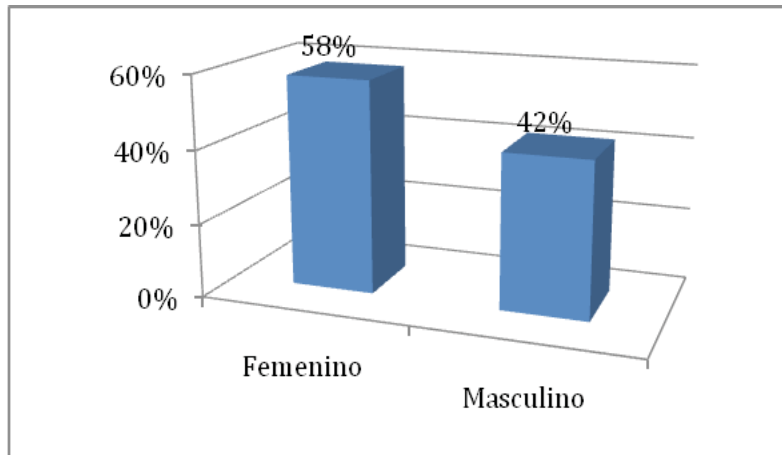
Total de personas intervenidas en sesiones grupales: 1,646 personas.

Total de intervenciones grupales: 43.

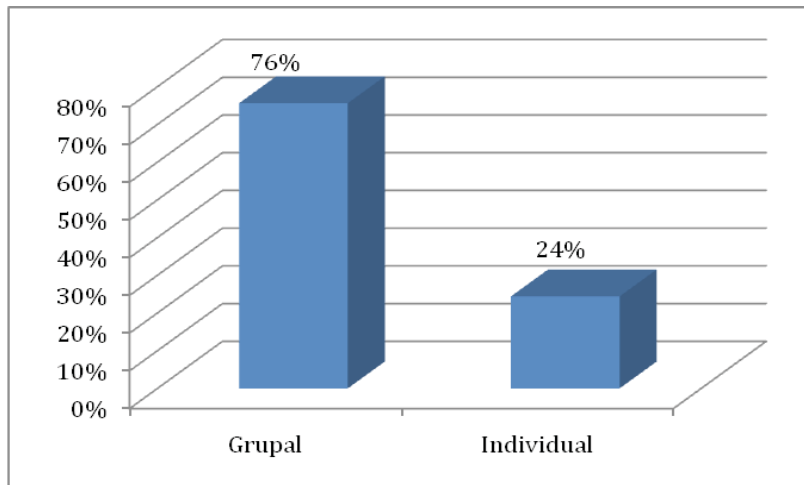
**1.2. Registro de atención provista por grupos etáreos**



### 1.3. Registro de atención por sexo



### 1.4. Personas atendidas por tipo de intervención



### 1.5. Morbilidad

Las manifestaciones psicológicas no patológicas mayormente identificadas fueron: duelo, nerviosismo, miedo, tristeza, desorientación. Aproximadamente un 22% de la población mostró estrés agudo. Los cuadros sindrómicos identificados eran predominantemente ansiosos y depresivos. Se identificaron también personas con trastornos mentales preexistentes y en estado de descompensación por el evento traumático.

**Anexo 4**  
**INFORME TRABAJO EQUIPO PERMANENTE (30 DÍAS) DE SALUD MENTAL  
EN ZONA FRONTERIZA**

**1. Fecha del informe:**

29 de abril del 2010.

**2. Período de trabajo:**

22 al 26 de marzo.  
28 de marzo a 2 abril.  
4 al 9 de abril.  
11 al 16 de abril.  
18 al 24 de abril.

**3. Equipo de salud mental y tiempo de trabajo:**

Dra. Alma Brito, psiquiatra, 30 días laborables.  
Licda. Tijilde Serrata, psicóloga clínica, 15 días laborables.  
Licda. Martina Polanco, psicóloga clínica, 16 días laborables.

**4. Persona que realiza el informe:**

Cristabel Sosa<sup>6</sup>

**5. Antecedentes:**

El terremoto en Haití evidenció las necesidades psicosociales a un nivel mayor de este país, generando una alta demanda de este tipo de atención en el área fronteriza, específicamente de Jimaní en sus primeras etapas y paralelamente en parte de territorio haitiano cercano a la frontera.

Las intervenciones psicosociales de parte del Programa Nacional de Salud Mental después del terremoto incluyeron: apoyo psicosocial de equipos de salud mental compuestos por psiquiatras, psicólogos y voluntarios/as, que desde el 13 de enero hasta mediados de marzo estuvieron dando asistencia en las áreas mencionadas en el párrafo anterior. A partir de este trabajo, una de las necesidades más eminentes era la conformación de un equipo permanente que pudiese coordinar acciones con mayor consistencia y seguimiento.

**6. Propósito:**

Organizar los servicios de salud mental en Jimaní articulado con el Servicio Regional de Salud para prestar ayuda psicosocial en forma eficiente a la población fronteriza.

**7. Especificar lugares y/o provincias de trabajo:**

Provincias: Jimaní, Duvergé y Mella.

---

<sup>6</sup> Informe basado en las informaciones provistas y discutidas por el equipo de salud mental. Reunión jueves 29 de abril.

Haití: Fond Parisien.

Campamentos: Love a Child (120 personas)/ARC (642 personas).

## 8. Actividades realizadas:

### Relación de capacitaciones

Contenido	Fecha	Lugar	Dirigido a	No. de personas	Horas
Apoyo psicosocial en situación de desastre.	31 de marzo	Duvergé	Médicos, enfermeras, auxiliares UNAP.	30	1
Apoyo psicosocial en situación de desastre.	31 de marzo	Mella	Médicos, enfermeras, auxiliares UNAP.	20	1
Importancia de la comunicación en masas.	6 de abril	Haití	Líderes comunitarios de ARC.	12	4
Comunicación efectiva.	7 de abril	Fond Parisien	Líderes comunitarios de ARC.	8	1.5
Atención básica en salud.	9 de abril	Fond Parisien	Líderes comunitarios de ARC.	11	1.5
Higiene para la disminución de enfermedades.	13 de abril	Fond Parisien	Líderes comunitarios de ARC y Love a child.	27	3
Salud mental: qué es y cómo la cuidamos.	14 de abril	Fond Parisien	Líderes comunitarios de ARC.	27	3
Planificación familiar.	21 de abril	Fond Parisien	Mujeres y hombres población afectada en campamentos.	46	4
Abordaje psicosocial a la población posterior a un desastre.	19 de abril	Jimaní	Médicos, enfermeras, auxiliares UNAP.	13	2
Manejo del miedo y el estrés.	20 de abril	Fond Parisien	Líderes comunitarios de ARC	34	3
Apoyo psicosocial en situación de desastre.	22 de abril	Jimaní	Maestros y orientadores del distrito escolar.	14	2
Proyección de vida y subsistencia.	23 de abril	Jimaní	Población joven desplazada hacia Jimaní en condición de calle.	9	1
<b>TOTAL</b>				<b>251</b>	<b>27</b>

Número de Capacitaciones: 13.

Horas de capacitaciones: 27.

## 9. Necesidades psicosociales identificadas:

- Población desplazada de niños, niñas y adolescentes en Jimaní en condición de calle y con falta de provisión para necesidades básicas. Representan una preocupación para la comunidad.
- Hacinamiento de población en campamentos.
- Falta de agua en campamento ARC.
- Madres haitianas con preocupación por necesidad de planificación familiar.
- Inseguridad y temor al futuro por parte de las personas en los campamentos.
- Maltrato físico y violencia intrafamiliar a mujeres por parte de esposos.
- Ausencia de programas de educación permanentes y estructurados para la población en campamentos.
- Ausencia de personal de salud mental preparado en Jimaní, que pueda dar atención –ya que la demanda de atención es alta y la población que demanda es mixta entre dominicanos y haitianos.

## 10. Instituciones involucradas: (incluir financiación, apoyo y coordinación en el campo de trabajo por otro tipo de organizaciones, contactos)

- Organización Panamericana de la Salud.
- Servicios regionales, provinciales de salud.
- Fiscalía de Jimaní.
- Autoridades locales del Ministerio de Educación y Distrito Escolar.
- Iglesias (católica y protestantes).
- Visión Mundial.

## 11. Resultados alcanzados:

- Conformación de un equipo de salud mental multidisciplinario (psiquiatra y psicóloga) con permanencia de tiempo (30 días laborales) para dar asistencia y seguimiento en Jimaní y Font Parisien.
- Capacitación a personal de UNAP's, líderes comunitarios, población afectada, entre otros, en temas relevantes de salud mental y solicitados por las distintas necesidades que enfrentan.
- Coordinación de acciones de promoción de la salud y prevención de riesgo psicosocial con autoridades locales.

## 12. Fortalezas:

- Organización en los refugios.

- Permanencia del equipo de salud mental, habilidades y cohesión del equipo de trabajo.
- Apoyo de la OPS/OMS, autoridades de educación y de salud para coordinación de acciones.
- Receptividad para el conocimiento e intercambio por parte de las distintas poblaciones que recibieron capacitación.

### **13. Limitaciones:**

- Retiro de instituciones nacionales e internacionales, de la zona fronteriza, aumentando las necesidades.
- Algunos niveles de indiferencia de algunos sectores del sistema de salud para coordinar capacitaciones de salud mental, lo cual se puede deber a la falta de recursos y/o la sobrecarga de trabajo y/ o falta de reconocimiento de la importancia de la salud mental.
- Limitaciones económicas para el desarrollo de talleres, como la disponibilidad de brindis.

### **14. Recomendaciones:**

- Continuar con un equipo permanente de salud mental para fortalecer las acciones iniciadas.
- Fortalecer las articulaciones iniciadas para acciones de capacitación a nivel de atención primaria y líderes de campamentos.
- Presupuestar para refrigerio de talleres de capacitación.
- Canalizar la necesidad de planificación familiar en campamentos a distintas instituciones, como la sección de género de UNFPA, PROFAMILIA, otros.

### **15. Observaciones:**

El equipo estuvo conformado por dos psicólogas, ya que no se tenía la disponibilidad para 30 días de este tipo de profesional. El día de 7 de abril, éstas realizaron una sesión de inducción y trabajo en conjunto para continuar el trabajo iniciado y dar seguimiento efectivo a las acciones pautadas.

## Anexo 5 IMAGENES GRAFICAS



Licda. Irda Ferreras, Licda. Neri de la Rosa, Lic. Félix Castro, Licda. Gabina Figueroa, Sr. Ramón Segura pertenecientes a una de las brigadas de apoyo psicosocial antes de viajar a Jimaní.



Enfermera Panameña, Dra. Peguero, Lic. Antonio Ruíz y representantes del Centro Bonó en Fond Parisien.



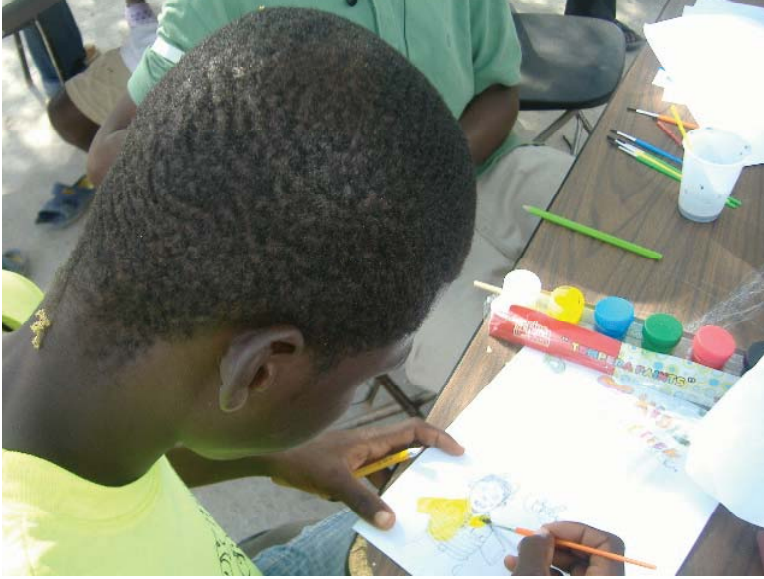
## Apoyo psicosocial a niños, niñas y adolescentes.

Fotos: Brigada de apoyo psicosocial



Licda. Ramona García, durante apoyo psicosocial.





**Salón lúdico**



## CAPACITACIONES



Licda. Martina Polanco durante una de las capacitaciones a mujeres en el campamento de American Refugee Committee (ARC).



Izquierda a derecha: Licda. Libia Moreno, Dra. Pernille Terlongue (Copenhague), Licda. Reynoso, Licda. Espaillat (UNIBE), Licda. Angelina Sosa, Dr. José Góngora (Universidad de Salamanca), Licda. Cristabel Sosa, Licda. Rosa Izquierdo (UNFPA) y Licda. Juana Gil al finalizar el taller de mejores prácticas en albergues.



Dr. Tirso Ventura y Lic. Angel Arrecivita durante la apertura del taller de intervención psicosocial en emergencias.



Personal y voluntarios de brigadas que asistieron al taller de intervención psicosocial en emergencias realizado en la Universidad Católica Santo Domingo.



Dr. José Mieses Michel, director del Programa Nacional de Salud Mental, durante la apertura del taller del 14 de enero del 2010 sobre apoyo psicosocial en emergencias: primeros auxilios psicológicos.



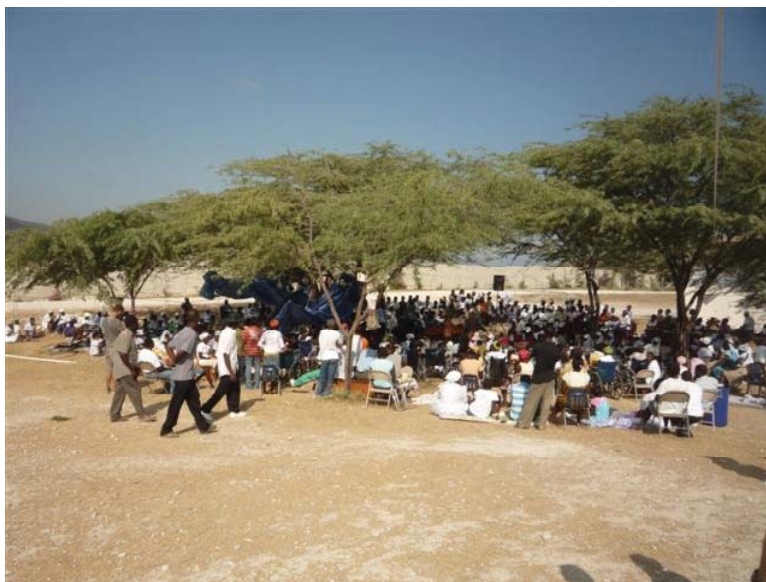
Dr. Roberto Rondón en la capacitación del 14 de enero de apoyo psicosocial en situación de desastre: primeros auxilios psicológicos.

Intervención grupal personal de una de las misiones en Fond Parisien. Terapia de desahogo y enseñando técnicas de masajes para reducir el estrés. Fotos: Antonio Ruíz.



54 - Apoyo psicosocial a población haitiana desplazada posterior al terremoto del 12 de enero del 2010

Culto celebrado en el campamento Love a Child conmemorando el primer mes de haber ocurrido el terremoto. Fotos: Antonio Ruíz.



Voluntaria haitiana que colabora lavando la ropa en el campamento Love a Child.

Campamento Fond Parisien.



## Anexo 6

### CUESTIONARIO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL ASISTIENDO SOBREVIVIENTES DEL TERREMOTO EN HAITÍ

El propósito de este cuestionario es recopilar las experiencias que han vivido los profesionales que han trabajado con los/as sobrevivientes del terremoto en Haití con el fin de que éstas puedan servir para dar respuesta ante desastres y emergencias con los equipos de salud mental en el futuro. Por favor sea honesto/a en sus respuestas, así como específico y describa con detalles lo solicitado. No se utilizarán los nombres de las personas, sino los resultados generales. Realizarla tomando en cuenta las características del tiempo de desastre y cómo lograr sacar provecho a las limitaciones existentes.

1. ¿Cuáles emociones y sentimientos experimentó al dar su servicio a los/as sobrevivientes?
2. ¿Cuáles cosas le impactaron positivamente de la experiencia? Explicar.
3. ¿Cuáles cosas le facilitaron su labor/servicio? Explicar.
4. ¿Cuáles cosas le impactaron de forma negativa? Explicar.
5. Puede narrarnos algunas experiencias específicas que le hayan marcado personal o profesionalmente (o ambas).
6. Retos que se presentaron para poder ofrecer el servicio.
7. Si volviese a dar este tipo de servicio en el futuro, ¿Qué cosas entiende que deben mejorar para dar un servicio de mayor calidad?
  - a. En términos de recursos humanos (su equipo de trabajo, número de personas en su equipo de trabajo, experiencia del grupo, etc.). Explicar.
  - b. En términos de días trabajados (hubiese puesto un período más largo o más corto). Explicar.
  - c. A nivel de institucional. Explicar.
  - d. Otros/as.
8. ¿Cuáles considera usted que son los próximos pasos a dar desde la Dirección General de Salud Mental?
9. ¿Se sentía listo/a para dar este servicio? Sí \_\_\_ No \_\_\_. Explicar por qué.



**Anexo 7**  
**FORMULARIO DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA**

**Formulario: Evaluación Psiquiátrica**

1. Datos generales:

Provincia \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Estado Civil a) S \_\_\_\_\_; b) C \_\_\_\_\_; c) UL \_\_\_\_\_

Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

2. Antecedentes psiquiátricos:

Tipo de trastorno mental o condición psicológica, describa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Condición psicosocial actual:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. ¿Experimentó alguna pérdida material?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_. En caso afirmativo, especifique \_\_\_\_\_

5. ¿Sufrió la pérdida de algún familiar? : Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_, En caso afirmativo, describir parentesco \_\_\_\_\_

6. Factores de riesgo que considera amenazantes para su condición psicológica:

6.1. Enfermedad médica \_\_\_\_\_

6.2. Lesión Física \_\_\_\_\_

6.3. Consumo de sustancias \_\_\_\_\_

6.4. Escaso o nulo apoyo social o familiar \_\_\_\_\_

6.5. Necesidades básicas insatisfechas \_\_\_\_\_

6.6- Otros \_\_\_\_\_

7.- Diagnóstico provisional:

\_\_\_\_\_

8.- Tratamiento:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.- Recomendaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

**Anexo 8**

**TABULADOR DIARIO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL**

**Individuales**

Nombre	Edad	Sexo	Diagnóstico	Disciplina que atiende*

\* Especifica la disciplina del facilitador de la intervención: Voluntario, Promotor, Enfermero/a, Médico General, Psicólogo, Psiquiatra.

**Anexo 9**  
**TABULADOR DIARIO DE ACCIONES DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL**  
**POR GRUPOS ETÁREOS**

**Grupales**

<b>Grupo etáreo</b>	<b>Tipo de intervención</b>	<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Disciplina que atiende*</b>
1-4 años				
5-14 años				
15-59 años				
Mayor de 60 años				

\* Especifica la disciplina del facilitador de la intervención: Voluntario, Promotor, Enfermera/o, Médico General, Psicólogo, Psiquiatra

**Anexo 10**  
**FORMULARIO DE RESUMEN DE SERVICIOS DE BRIGADA**

FECHA BRIGADAS: \_\_\_\_\_

1. Número de personas atendidas por psiquiatra: \_\_\_\_\_

Nombre del psiquiatra: \_\_\_\_\_

Nombre del psiquiatra: \_\_\_\_\_

2. Número de atenciones psicosociales: \_\_\_\_\_

Total por Psicólogo (a) \_\_\_\_\_ . Firma \_\_\_\_\_

Total por Psicólogo (a) \_\_\_\_\_ . Firma \_\_\_\_\_

Total por Psicólogo (a) \_\_\_\_\_ . Firma \_\_\_\_\_

Total por Psicólogo (a) \_\_\_\_\_ . Firma \_\_\_\_\_

Total por Psicólogo (a) \_\_\_\_\_ . Firma \_\_\_\_\_

3. Número de sesiones de grupo: \_\_\_\_\_

4. Número de personas que participaron en sesiones grupales: \_\_\_\_\_

5. Número de referimientos: \_\_\_\_\_

Desde: \_\_\_\_\_ Hacia: \_\_\_\_\_  
Lugar o Servicio Lugar o Servicio

Notas/Observaciones:



**Anexo 11**  
**FORMULARIO DE EVALUACIÓN PSICOSOCIAL DE LOS DESPLAZADOS/AS**  
**EN LOS ALBERGUES**

**1. Datos generales del albergue:**

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre de la casa de paso \_\_\_\_\_  
 Provincia \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Responsable de la casa de paso \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_  
 Persona que llena el informe: \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**2. Datos de los desplazados/as:**

Procedencia \_\_\_\_\_ Número de desplazados/as \_\_\_\_\_

Niños/as y adolescentes:

0-4 años \_\_\_\_\_ 5-9 años \_\_\_\_\_ 10-17 años \_\_\_\_\_

Hombres >18 a 64 años \_\_\_\_\_ Mujeres >18 a 64 años \_\_\_\_\_

Adulto mayor >65 años \_\_\_\_\_

Existe alguna persona con enfermedad médica (diabetes, epilepsia, hipertensión, anemia, desnutrición, etc.) y/o mental conocida (depresión, esquizofrenia etc.). En caso afirmativo, especifique el número \_\_\_\_\_ tipo de enfermedades \_\_\_\_\_ y nombre de los afectados/as

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Existe alguna condición biológica o psicosocial que represente una situación de vulnerabilidad psicosocial (embarazo, HIV+, enfermedad crónica, otra). En caso afirmativo, especifique: el tipo \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_ y nombres de los afectados/as \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



**2.1. Identificación de condiciones NNA:**

Número de NNA acompañados/as de padre y/o madre \_\_\_\_\_. Acompañante: \_\_\_\_\_ Edades: \_\_\_\_\_ Sexo: F M

Observaciones : \_\_\_\_\_

Número de NNA acompañados de otro tipo de familiar (tío/a, abuelo/a, etc.) \_\_\_\_\_

Acompañante: \_\_\_\_\_. Edades: \_\_\_\_\_ Sexo: F M

Observaciones : \_\_\_\_\_

Número de NNA no acompañados \_\_\_\_\_. Edades \_\_\_\_\_ Sexo : F M

Observaciones: \_\_\_\_\_

**3. Condiciones de la albergue:**

Descripción física de la casa de paso \_\_\_\_\_

Dispone de instalaciones sanitarias:

Sanitarios: Si \_\_\_\_\_. No \_\_\_\_\_. Funcionando: Si \_\_\_\_\_. No \_\_\_\_\_.

Separados por sexo: Si \_\_\_\_\_. No \_\_\_\_\_.

Duchas: Si \_\_\_\_\_. No \_\_\_\_\_. Lavamanos: Si \_\_\_\_\_. No \_\_\_\_\_.

Disponibilidad de agua en los baños:

Permanente \_\_\_\_\_. A veces \_\_\_\_\_. en tanques \_\_\_\_\_.

Forma en que se manejan los desechos (basura, excretas, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nivel de limpieza en general:

a) Buena \_\_\_\_\_. b) Regular \_\_\_\_\_. c) Mala \_\_\_\_\_.

**4. Disponibilidad de servicios:**

Alimentos: cocinan el albergue \_\_\_\_\_. Traen la comida de los comedores económicos \_\_\_\_\_. Reciben alimentos de ONG \_\_\_\_\_.

Otros (especifique) \_\_\_\_\_

Agua potable:

Disponible en grifos o llaves \_\_\_\_\_; almacenada en tanques \_\_\_\_\_;

Servicios médicos permanentes \_\_\_\_\_ servicios a tiempo parcial

Fuera del albergue:

Vestimentas: ropa: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_; frazadas: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5. Factores de riesgos psicosociales:

Factores de riesgos presente.

Factores de riesgos	Presente	
	Sí	No
Poca organización		
Persona con mucha aflicción, alarmados, con miedo u otras reacciones emocionales		
Consumo y/o abuso de alcohol y drogas		
Inconformidad con las acciones de ayuda		
Negación para cooperar		
Existencia de rumores o chismes		
Desorden social (pleitos, bochinchas)		
Grupos violentos, delictivos o destructores		
Violencia en el seno de la familia		
Violencia sexual		

6. Principales problemas psicosociales indentificados:

---

---

---

---

---

---

---

7.- Si realizaron algunas actividades fuera del albergue, en el área circundante (visitas domiciliarias, psicoeducación, terapias grupales, etc.) describa a continuación: \_\_\_\_\_

Recomendaciones, sugerencias y/o comentarios:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma

**Anexo 12**  
**PERSONAL Y VOLUNTARIOS DE LAS BRIGADAS DE ASISTENCIA PSICOSOCIAL EN JIMANÍ Y FOND**  
**PARISIEN POR FECHA**

**Coordinación brigadas: Lic. Elias Tejeda y Licda. Angelina Sosa.**

<b>Brigada</b>	<b>Fecha</b>	<b>Nombre</b>	<b>Profesión</b>
1	13 al 16 de enero 2010	Dr. Larry Gómez	Psiquiatra
2	18 al 21 de enero	Dra. Damaris Marmolejos Lic. Juana Gil Santana Lic. Ana Tijilde Serrata Dra. Haydee Lora Peña	Psiquiatra Psicóloga Psicóloga Psiquiatra
3		Dra. Ruth Santana Lic. Wilfrida Sánchez Lic. Yohanny Saldaña Licda. Cesy Calderón Licda. Yoselín Silverio Núñez Licda. Marina Orbe Licda. Mayra Dietch Marie Delane	Psiquiatra Voluntaria/ psicóloga Voluntaria/ psicóloga Voluntaria/ psicóloga Psicóloga Psicóloga Voluntaria/ psicóloga Voluntaria/ traductora
4	24 a 28 de enero	Dr. Tito Estrella Licda. Irdá Ferreras Lic. Félix Castro Licda. Gabina Figueroa Licda. Mercedes Tapia Licda. Neri de la Rosa Licda. Tahiri Calderón Lic. Adolfo Jose	Psiquiatra Voluntaria/ psicóloga Psicóloga Psicóloga Voluntaria/ psicóloga Voluntaria/ psicóloga Voluntaria/ psicóloga voluntario/ psicólogo
5	28 a 31 de enero	Dra. Leidy Batista Licda. Margarita Dorvill Licda. Elis Miguelina Monegro Licda. Odalis Ramírez Licda. Alejandrina Polanco	Psiquiatra Psicóloga Psicóloga Psicóloga Voluntaria/ psicóloga



<b>Brigada</b>	<b>Fecha</b>	<b>Nombre</b>	<b>Profesión</b>
6	31 enero a 4 de febrero	Dra. Consuegra Licda. Maria Antonia Alcántara Licda. Altagracia Tejada Licda. Georgina Germán Pedro Betances	Psiquiatra Voluntaria/ psicóloga Voluntaria/ psicóloga Voluntaria/ psicóloga Voluntario
7	4 a 7 de febrero	Dra. Anny Castillo Lic. Enestor Ventura Licda. Rosanna Pérez Licda. Ana Cecilia Pinales Sra. Adeline Verne Licda. Cristina Jiménez	Psiquiatra Psicóloga Psicóloga Psicóloga Voluntaria/ traductora Psicóloga
8	7 a 11 de febrero	Dra. Carmen Ramírez Lic. Máximo Gerardo Licda. Sobeida Contreras Licda. Mercedes Almonte Lic. Víctor Medina Berline Coimín	Psiquiatra Psicólogo Psicóloga Psicóloga Voluntario / psicólogo Voluntaria / traductora
9	11 a 14 de febrero	Dra. Ana Peguero Licda. Desiree Genao Licda. Rafaela Valdéz Lic. Antonio Ruíz Raph Napoleón	Psiquiatra Psicóloga Psicóloga Voluntario / psicólogo Voluntario / traductor
10	14 a 18 de febrero	Dra. Alma Brito Licda. Nelsa Gil Licda. Arelis Marte Licda. Ramona García Licda. Martina Polanco	Psiquiatra Psicóloga Psicóloga Voluntaria/ psicóloga Psicóloga
11	18 a 21 de febrero	Dra. Luz María Inoa Lic. Cirilo Medina Licda. Ivelisse Ureña Licda. Fátima Abréu Sheili Damus	Psiquiatra Psicólogo Voluntario / psicóloga Voluntario / psicóloga Voluntaria / traductora
12	21 a 25 de febrero	Dra. Suzana Guerrero Lic. Félix Castro Nixon Estanis	Psiquiatra Psicólogo Voluntario / traductor

<b>Brigada</b>	<b>Fecha</b>	<b>Nombre</b>	<b>Profesión</b>
13	25 a 28 de febrero	Dra. Glendy Valdéz Irida Ferreras Nery de la Rosa Marcelin Beddie	Psiquiatra Voluntaria / psicóloga Psicóloga / voluntaria Voluntaria / traductora
14	28 de febrero a 4 de marzo	Dr. Alexis Peña Adolfo José Lic. Esther Peña	Psiquiatra Voluntario / psicólogo Voluntario / psicóloga
15	4 a 7 de marzo	Dr. Eulises Cuello Lic. Agapito Sierra Lic. Tomás Reynoso Raph Napoleón	Psiquiatra Psicólogo Psicólogo Voluntario / traductor
16	7 a 11 de marzo	Dra. Alma Brito Licda. Tijilde Serrata Licda. Nelsa Gil Sheili Damus	Psiquiatra Psicóloga Psicóloga Voluntaria / traductora
17	11 a 14 de marzo	Dra. Glendy Valdéz Margarita Dorvill Ivelisse Ureña Marcelin Beddie	Psiquiatra Psicóloga Voluntaria / psicóloga Voluntaria / traductora
18	14 a 18 de marzo	Dr. Larry Gómez Licda. Martina Polanco Licda. Arelis Marte Lic. Darío Castillo Ricardo Pierre	Psiquiatra Psicóloga Psicóloga Voluntario / psicólogo Voluntario / traductor
19	18 a 21 de marzo	Dra. Anny Castillo Enestor Ventura Ana Cecilia Pinales Caleb Innocent	Psiquiatra Psicólogo Psicóloga Voluntario / traductor

**Anexo 13**  
**PERSONAL DE APOYO PSICOSOCIAL EN ALBERGUES**

<b>Albergue</b>	<b>Personal</b>	
Casa Franciscano Capuchino	Excelsa Yoselín	Psicóloga
	Risis Montero	Psicóloga
	Damaris Disla	Psicóloga
	Confesor Pineda	Voluntario
	Arisa Hernández	Orientadora
Posada de Belén	Mircia Pacheco	Psiquiatra, terapeuta familiar. Pastoral de la Salud
	Agustina Batista Ogando	Psicóloga
	Yuberky Félix	Psicóloga
	Ana Deysi Díaz	Psicóloga
	Marisol Silverio	Psicóloga
	Nikauli Rincón	Psicóloga
Hogar Vida y Esperanza	Libia Moreno	Psicóloga
	Ana Judit Reynoso	Psicóloga
	Fauvette Francisque	Voluntaria
Iglesia Bíblica de la Trinidad	Sandy Núñez	Psicólogo
	Marisol Silverio	Psicóloga
Dispensario Médico Jesús Nazareno	Yuderca Ramírez	Psicóloga
Infancia sin Fronteras	Olga Reynoso	Psicóloga
	Carlos Suero	Orientador
	Ilda Cedeño	Psicóloga

**Anexo 14**  
**REUNIONES DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL**

<b>Concepto</b>	<b>Fecha</b>	<b>Institución</b>	<b>Observación</b>	<b>Representantes</b>
Reunión con Vanessa Espaillet, UNIBE.	18 enero	Salud Mental y UNIBE		Dr. Mieses, Licda. Cristabel Sosa, Licda. Angelina Sosa.
Reunión con Asociación de Psiquiatras Católicos.	25 de enero	Salud Mental y Asociación de Psiquiatras Católicos		Dr. Mieses, Dr. José Acra.
Coordinación de acciones conjuntas y apoyo interinstitucional	Viernes 29 de enero	Salud Mental y Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)		Dr. Mieses, Dra. Selma Zapata, Dra. Jacqueline Gernay, Dr. Víctor Aparicio.
UNFPA y cluster violencia basada en género.	30 de enero a abril	Fondo de las Naciones Unidas para la población (UNFPA), ONGs del área y organismos gubernamentales competentes.	Se trabajó directamente con Rosa Izquierdo, como representante del cluster de violencia basada en género, y en forma virtual con el mismo.	Dr. José Mieses Michel y Licda. Cristabel Sosa.
Reunión con Depto. Orientación y Psicología de la Secretaría de Educación.	1ro de febrero	Salud Mental y Secretaría de Estado de Educación.		Dr. José Mieses, Licda. Angelina Sosa.
Desarrollo Protocolo de Protección Niñez desplazada por terremoto.	9 y 11 de febrero	CONANI (organizadora), UNICEF, ACNUR, organismos gubernamentales competentes.	Reuniones iniciales fueron separadas del cluster de protección de NNA, y luego fueron unidas a la jornada de trabajo de éste. Se trabajó a nivel virtual en las distintas etapas de la elaboración y consensuación del protocolo.	Licda. Cristabel Sosa.
Seguimiento coordinación de apoyo interinstitucional.	9 de febrero	Programa Nacional de Salud Mental y UNIBE.		Licda. Angelina Sosa y Licda. Cristabel Sosa.

<b>Concepto</b>	<b>Fecha</b>	<b>Institución</b>	<b>Observación</b>	<b>Representantes</b>
Reunión con equipo de salud aragoneses para desarrollo de semana de apoyo psicosocial y capacitaciones.	16 de febrero	Salud Mental y equipo del salud aragones.		Equipo técnico y administrativo del Programa Nacional de Salud Mental.
Reunión salud mental y UNIBE	18 de febrero	Programa Nacional de Salud Mental y UNIBE.		Licda. Angelina Sosa y Licda. Cristabel Sosa.
Cluster protección NNA.	22 de febrero a 18 de marzo	CONANI y UNICEF (organizadoras), ONG's sector niñez y organismos gubernamentales competentes.	Reuniones semanales.	Licda. Juana Gil, Dr. Ivonne Soto y Licda. Cristabel Sosa.
Investigación de tamizaje para la identificación de estrés posttraumático en albergues.	23 de febrero a mayo 2010	Dirección Epidemiología (DIGEPI) y Programa Nacional de Salud Mental. Asesoría. DIGEPI y CDC-Atlanta.	Reuniones presenciales y virtuales para el desarrollo de la investigación.	Licda. Cristabel Sosa.
Revisar condiciones y situación del campamento Betel a partir de la retroalimentación provista por el equipo de salud mental.	24 febrero	Programa Nacional de Salud Mental y Universidad Evangélica.		Dr. Mieses y autoridades de la Universidad Evangélica.
Cluster salud.	2 de marzo a mayo	OPS/OMS (Organizadora), ONG's sector salud, organismos gubernamentales competentes.	Inicialmente reuniones semanales, luego se coordinaron cada dos semanas.	Licda. Cristabel Sosa.
Reunión para revisar contexto y experiencia en albergues de los equipos de salud mental.	9 de marzo	Universidad de Co-penhague, Programa Nacional de Salud Mental.		Licda. Angelina Sosa y Licda. Cristabel Sosa.
Coordinación de posible apoyo técnico y económico.	10 de marzo	Salud mental y Asociación de Psicólogos por el Mundo.		Dr. Mieses, Dr. Rondon, Licda. Cristabel Sosa, Licda. Angelina Sosa.

<b>Concepto</b>	<b>Fecha</b>	<b>Institución</b>	<b>Observación</b>	<b>Representantes</b>
Coordinación parte teórica taller para personal en albergues.	22 de marzo	Programa Nacional de Salud Mental, UNIBE y Universidad de Salamanka.		Licda. Angelina Sosa y Licda. Cristabel Sosa.
Conocer la experiencia de las autoridades de los albergues y servir de apoyo.	9 de abril	Programa Nacional de Salud Mental, Hogar Vida y Esperanza, UNIBE, Universidad de Salamanka.		Dr. José Mieses, Dra. Elizabeth Ruíz, Licda. Angelina Sosa y Licda. Cristabel Sosa.



## Anexo 15

### OBSERVATIONS AND RECOMMENDATIONS FOR DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH ON SHELTER HOMES FOR SURVIVORS OF THE EARTHQUAKE IN HAITI ON JANUARY 12th 2010.<sup>7</sup>

**Author:** Pernille Terlonge, Psychology Doctoral Fellow, University of Copenhagen.

**Collaborators in developing recommendations:**

Vanessa Espailat, Professor of Psychology, UNIBE.  
Lisette Cabrera, Psychologist, student, UNIBE.  
Sarah Pelaez, Psychologist, student, UNIBE.  
Mayrah Dietsch, Psychologist, student, UNIBE.  
Joselin Tuero, Psychologist, student, UNIBE.  
Lorraine Isa, Psychologist, student, UNIBE.  
March 02, 2010.

#### **Background**

The earthquake in Haiti on January 12th 2010 impacted the lives of hundreds of thousands of people, with the loss of loved ones, physical injuries, loss of livelihood, home, social network and access to schooling. A large number of the injured people were taken to hospitals in the Dominican Republic, suffering from fragmentations, head injuries and severe wounds. In many cases amputations were the only solution to saving lives. Relatives or caregivers accompanied most of the patients, many of whom are children. Following hospital treatment many of the patients have been unable to return home to Haiti, as they have needed rest and recuperation to recover from their physical trauma. In response to this, a variety of churches, non-governmental organizations and individuals in Santo Domingo have hosted the affected families in designated homes. Donations of food and supplies have supported the recovering families, and volunteers have worked tirelessly together with organizational staff, or in some cases alone, to provide the emotional and practical support needed.

A number of different Governmental departments are involved in providing needed help and support to the families in the shelter homes and to families just on the border between Haiti and the Dominican Republic. The Department of Mental Health have been both recruiting and coordinating volunteer psychologists, social workers, students and others to provide psychological and psychosocial assistance to the affected families.

UNIBE has offered to provide assistance to this response through the participation of selected students in the psychosocial and psychological interventions in

---

<sup>7</sup> Traducción resumida en anexo 16.



the shelter homes, and through conducting research on these interventions. This research will help to continuously assess if the chosen interventions are having the desired impact of helping the families recover from their difficult experiences and helping them gain strength to be able to return to Haiti.

### **Shelter homes<sup>8</sup>**

The initial activity in the planned research has been to go to the shelter homes, which was done by a Psychology Doctoral Fellow from the University of Copenhagen, together with students from UNIBE. Five shelter homes were visited, together with translators who could speak Spanish, English, Creole and French. At each of the shelter homes, an initial interview was held with the administrator or psychologist, to achieve an understanding of what the situation is in the shelter home regarding the families from Haiti; the staff and volunteers helping them; available resources and finally what needs there were in the homes, with particular focus on psychosocial and psychological needs. In four out of five of the homes time was spent thereafter with some of the children and/or adults from Haiti. Reflections and recommendations are given below on each of the homes, followed by overall reflection and recommendations.

#### **Shelter name: A**

**Initial interview with:** Shelter's coordinator.

**From UNIBE:** Lisette Cabrera and Pernille Terlonge.

**Families from Haiti:** The families in this shelter home are there primarily because of the children, whom have been patients at the hospital. They are all accompanied by one or more relatives, and have daily visits to the hospitals or other interaction with nurses or a doctor who comes to the home. Some of the families have already gone back to Haiti, and there were plans for others to return soon.

The children and adults seemed to be in good spirits. Patricia shared with us that the children had not even been smiling when they first arrived, but now they were playful and active – which we saw all around us.

A group introduction was held with the parents and children, and then the adults and children were separated into respective groups. Pernille did some activities with the children (modeling with clay, story telling) and Lisette held a meeting with the adults.

**Children:** During the activity with the children, it was clear that there was a lot

---

<sup>8</sup> Los nombres originales de los albergues han sido reservados para fines internos, este documento se difunde para fines de aprendizaje colectivo.



of aggression between the children, and also competition. This is expected, since they children are not in their normal environment, and they have been through many stressful experiences. Two of the children, the older ones, seemed to be very low in spirits and were not able to participate in a lively manner like the other children.

*Recommendations:* It may be good to do some activities with the children on tolerance and caring for one another. Also the older children who showed signs of depression may benefit from some individual support and attention. Some of the children have suffered severe injuries. It would be beneficial for the children to work individually and in the group on how to adapt to the new reality that faces them on their return to Haiti, both on living with their own possible disability, and also on how to be with other children who have new disabilities as this is likely to be the case back in Haiti.

**Adults:** The administrator has had difficulties making routines and schedules for the adult's participation in the daily running and care of the shelter home, since there are continuously new people coming from the outside who are coming for a week at a time to stay in the homes, and these new people keep changing the rules and schedules in the house. This means the adults from Haiti are not as active and participative in the daily activities as possible. Also this is a very frustrating experience for the administrator and is proving exhausting for her.

*Recommendations:* i) A support system could be set up to work with the staff and volunteers to help them take care of themselves and of each other. ii) A meeting should be held with the director of the organization to stress the importance of continuity in the shelter home, as it is confusing for the adults from Haiti that there is no set schedule and they have a lot of spare time where they are not doing anything.

**Adults:** The parents and relatives of the children are naturally very concerned about what their life will be like when they go back to Haiti, as many of them have lost their homes and possibly their livelihood. The group discussion with them was mainly about these issues.

*Recommendation:* That regularly meetings or group sessions are held with the parents and relatives of the children to discuss possibilities of developing new or regaining old livelihoods once they return to Haiti. Other activities and discussions around their return to Haiti would help them develop strength for the likely tough time that lies ahead on their return.

### **Shelter name: B**

**Initial interview with:** Shelter's coordinator.

**From UNIBE:** Sarah Pelaez, Joselin Tuero, Lisette Cabrera and Pernille Terlonge with translator James Doucet.

In this church there are only adults who are recovering from severe injuries. They are in individual rooms in the church the priest is alone taking care of them, with the assistance of a few staff working at the church. He receives donations from various people and organizations, and he is also supported by the Governmental Departments, with, for example, the assistance of 9 psychologists who are coming at different times to work with the patients.

We were told that the patients do not partake at all in the daily activities of caring for their environment or cooking or cleaning. It was explained that most of them were too injured to do this, and it was therefore seen as better to do everything for them. Despite the nine psychologists that come on a regular basis, priest felt that it would be useful to have more psychological support as many of the patients are showing signs of depression.

On asking, it was explained that none of the patients' children were here. It was unclear where their children were, or what efforts were being made to reunite the parents with their children.

At the priest's strong encouragement, we made a visit to one of the patients' rooms. However, it was uncomfortable for such a large group of strangers to enter this room where the patient was resting with his family. We therefore declined further invitation to visit with any of the other patients, and we explained that we would contact the other psychologists working here to hear if they needed specific assistance, so that we could make sure any assistance given was in line with current psychological support the patients are getting.

*Recommendations:* As no direct contact was made with the patients, these recommendations are based on the information gathered from the priest.

Even though the patients are recovering from severe physical injuries, it is strongly recommended that they are somehow encouraged to partake in daily activities and self-caring. It is anticipated that such participation can help the patients recover physically and emotionally. It is thus recommended that the mobility and physical capability of each patient is evaluated, and a plan of daily activity for each patient is planned according to individual abilities.

A follow-up on this visit will be undertaken by contacting the psychologists working at the Church, to hear what they are currently working on with the patients, and to hear if and what kind of support they need to help the patients recover emotionally, and to help strengthen them for their return to Haiti.

Also it is recommended that strong efforts are made to reunite the patients with their children, or at least to ensure that they know where their children are and who is caring for them – if they do not know.

## Shelter name: C

**Initial interview with:** Volunteer psychologist.

**From UNIBE:** Lisette Cabrera, Loraine Isa and Pernille Terlonge with translator Christelle Saint-Natus.

In this house there were around 15 children and 15 adults, who have also come to the house following treatment of severe injuries at the nearby hospital. Some families have already left the house and returned to Haiti, and some of these are expected to return to receive prosthetic limbs in some weeks or months.

**Volunteers and staff:** The home is usually used for teenage mothers, but had been vacated just before the earthquake and therefore there was an able staff team who were caring for and supporting the families. The main administrator of the house had, however, just collapsed the evening before, of complete exhaustion from working continuously since the earthquake happened. The psychologist (volunteer) had also been working there continuously, and she was also clearly exhausted from all the work, but she luckily has support from another counselor. She did explain, though, that many of the staff there need support as they are working so hard, for many hours in a row, and the work is very demanding emotionally.

It has been very difficult for the team to work with the families from Haiti due to the language barrier as they have not had a continuous or regular translator. This is stressful as it reduces communication.

*Recommendation:* It is recommended that the team of staff and volunteers working at the house receive some support such as debriefing together with techniques on how to care for themselves and each other; and how recognize signs of and prevent burn out. It is also strongly recommended that more translators are recruited to volunteer in this home, to assist the staff with communication with both adults and children.

**Adults and children:** A clear schedule has put in place for the men and women, in terms of chores and tasks, so that they can participate in the daily running of the house. This is proving very positive, as it is keeping the families busy and also giving them a sense of achievement in daily living. The children have a varied day with different activities, some learning activities from one of the parents who is a teacher, play and free activities, and also therapeutic activities run by the volunteer, both individually and in groups.

This team met with the children and initiated drawing activities with them, whilst talking and interacting with both the children and the adults. Most of the children are in good spirits and lively, whilst only one seemed depressed and to be struggling both socially and emotionally. He is also suffering from a lot of pain due to a bad injury on his foot.

It is very difficult for the volunteer and her team to prepare and plan therapeutic activities for the children in any kind of progressive intervention, as the population in the house is constantly changing. She expressed interest in receiving some more ideas for activities to do with the children that are appropriate for a fluctuating population like this.

*Recommendation:* Examples of and ideas for varied activities to do with children following a disaster can be shared with the volunteer psychologist and her team. The students from UNIBE are familiar with a program called Return to Happiness, and this has a lot of appropriate activities that can easily be adapted for use in this situation. Given the fluctuation of the population, it is recommended that regular evaluations of the children's individual and group needs and their resources be done to plan appropriate interventions.

Just as we were leaving the home, one of the children approached one of the team, and asked if it were possible he was transferred to another home, as he knew some of the children there, and they had a lot more to do there compared to here. He was referring to other shelter runned by the same administration, which was the last shelter home the team went to. At the other shelter (runned by the same administration) there were many volunteers, a lot of space both inside and outside for activities, and a lot more dynamic activity for the children than observed in this house. Apparently the children from the shelter had visited this shelter once, and seen what a different life the children had here.

*Recommendation:* Given the vast outdoor space in the other shelter, it is recommended to explore the possibility of daily or regular visits by the children of this shelter so that they too, can have the opportunity of active and dynamic interaction that is offered here. This may present logistic challenges, but it would be a highlight in the daily lives of the children and undoubtedly encourage their social and emotional recovery.

### **Shelter name: D**

**Initial interview with:** Shelter's coordinator and psychologist from mental health program.

**From UNIBE:** Sarah Pelaez, Joselin Tuero, Lisette Cabrera and Pernille Terlonge with translators James Doucet and Mary-Ann Woolley.

This shelter home is only hosting women, and they are cared for by the Nuns and volunteers associated with the church. It is again women who have had treatment in the nearby hospital and they are there with relatives, those who have relatives. Similar to the other church, the Nuns are taking care of the patients and their relatives by doing everything for them. They are not involving them in any daily activities, as they feel it best for them to rest and recover without having to do any chores. However, this means that the relatives, most of whom have perhaps had a few minor injuries but are otherwise fine now, are very bored and

have nothing to do.

The psychologist has been working at the shelter home on a daily basis, both with group and individual support. She did not indicate that she needed any assistance with her work there, other than that it would assist her if the Nuns were encouraged to let the women be more actively involved in their daily life

*Recommendation:* It would benefit the women, patients and relatives, to have some concrete activities to occupy them during the day. The ones who are able could easily take part in the daily housekeeping and/or cooking. Since the Nuns are doing what they think is best, it would perhaps be beneficial to hold a meeting with them and discuss what possibilities there are of involving the women in a way that will benefit the patients and relatives, whilst also be comfortable to the Nuns.

### **Shelter name: E**

**Initial interview with:** Director and psychologist from Mental Health National Program.

**From UNIBE:** Mayrah Dietsch, Lisette Cabrera and Pernille Terlonge with translator Christelle Saint-Natus.

This shelter home is usually equipped for children who are living with various disabilities. It is thus very well equipped physically and staff-wise to cope with the many Haitian families that are there. There is a full staff team and a number of volunteers (such as Haitian psychology students) who are assisting the families and the children. An additional psychologist (to the two who have been working at the shelter home for some weeks), the psychologist, has recently started working there, and she is currently doing an assessment of needs for psychological and psychosocial support, through the Department of Mental Health.

Overall the assistance given to the adults and children in this shelter home is incredible. The facilities and human resources enable optimal support, and both children and adults seem to be very positive and recovering well from their experiences.

**Adults:** Both interviewed shared a number of experiences, which highlight the importance of clear communication between the earthquake survivors and the Dominicans helping them. There had been some misunderstandings between the Dominican's working there and the Haitian families. For example, a blue material had been put up on the fence outside the home, to give the Haitian families privacy, as many people from the street would stop and stare at the families. However, no one had explained why the cover had been put up, and so the families had thought it was because the Dominicans were ashamed of them and embarrassed, and they were hiding them from the public.

Another example was that the Haitians had been regarded as lazy by some of the Dominican staff because they were not helping, whilst the Haitian families were unsure of whether they were 'allowed' to help.

*Reflection:* It is a very sensitive and delicate situation that the Haitian families are in, since they i) have been through very difficult personal experiences and many are emotionally vulnerable, and ii) are in a different country, where they do not understand the language, and are dependent on the kindness and generosity of others for their basic needs. It is so important that as much information as possible is given to the families, not only about things that concern them directly, but also about the place they are in, expectations of them, ways things are usually done in the Dominican Republic culture, and so on.

**Children:** Whilst we were there, the children were playing a group with some of the Haitian volunteers. They were very happy and active and it was clear they felt very comfortable in this situation. Luckily there was also a teacher amongst the group of Haitian parents here, who was helping to teach the children every day, and the psychologists who were there were also doing therapeutic work with the children.

*Reflection:* As mentioned earlier, it is worth exploring whether there is any way that the children from the nearby shelter home (the other shelter runned by the same authorities) could come and partake in the activities with the children at this home, as the opportunities for outdoor and playful activities are so much better in this home.

## Overall reflections and recommendations

The supportive work done by the Dominican and Haitian staff and volunteers to take care of the families who have suffered injuries and losses in the earthquake is incredible. There is such a huge generosity of time, love and also of basic supplies from the Dominican Republic.

It is clear that there are a number of challenges met in this huge task of caring for the families and individuals. These are summarized below with recommendations:

1. **Language and communication:** In the homes where there is no permanent translator, lack of or miscommunication is clearly creating challenges for both the helpers and the affected families.

*Recommendation:* If possible, efforts should be made to recruit more translator volunteers to assist in the homes where translation is lacking. Clear communication with the adults and children on as many aspects of their daily lives, and on the plans for their immediate future, should be made to ensure that they are aware of what is going on around them. In this way the affected population are given more of an opportunity to be active participants in their daily lives and in their own recovery processes.

2. **Body-image and adaptation:** Given that many of the affected people have suffered severe physical injuries, including limb amputations, this has naturally affected their mobility and self-image (body-identity). In some of the homes we heard stories of parents who wanted to give away their children who now had a disability or of other children laughing at newly-amputated children. Amongst the children we met, the ones who seemed to be lowest in spirit were also children who were struggling with very severe injuries and pain.

*Recommendation:* Psychological and psychosocial activities should include strong focus on adapting to the 'new life' with the changed bodies that many are experiencing. Support should also be given to the families of those who have had severe injuries, to help them adapt to this new situation and to give them the strength to support their family members in this challenging time. An exploration of which organizations working with similar support in Haiti would also be helpful, so that families could be referred to places they can go for similar support when they return.

3. **Insecurity of the future:** Many of the Haitian adults in the shelter homes are clearly, and naturally, very concerned about what their life will be like when they return home to Haiti. Although many have contact with their families by phone, they have not been home since the earthquake, and as many have lost their livelihood, they are of course concerned about how they will take care of their families when they return. Some have expressed their desire to stay in the Dominican Republic, since they can sense that life is currently more stable and in some ways easier in DR, compared to the life they will face when they return to Haiti. However, the situation is that they have to return to Haiti, and this is not a choice that they have right now.

*Recommendation:* Psychological and psychosocial activities should include focus on helping the families build up strength to face the reality they are going to face when they return to Haiti. All efforts should be made to ensure that the Haitian families know of opportunities for getting help when they return to Haiti (for example, the International Committee of the Red Cross are helping families reunite).

4. **Mourning the loss of loved ones:** In some of the shelter homes, it was explained that there have not been any mourning events or rituals, for the people who were lost in the earthquake. This has been done in respect for the affected families, in trying to protect them from pain of talking about the earthquake and helping them recover and face the future.

In some of the shelter homes it was explained that the helpers do not talk at all about the earthquake, as they felt it was better not to talk about it.

*Recommendation:* In Haiti there have been very large community meetings and church events, to commemorate and mourn the death of the many people in the earthquake. The families in the shelter homes have missed out on this opportunity of mourning, which is often a very important and helpful part of the recovery process following such a huge national disaster. It is recommended that each of the administrators and helpers explore, with each of the affected populations in the shelter homes, if they would like to hold such an event, and

to explore what ways this could be done respectfully and appropriate to the Haitian culture and practices.

It is also recommended that the helpers actually encourage the adults and the children to talk about the earthquake, without having to relive the trauma in a damaging manner, but in a way that allows them to accept the event and to face the reality of the future. By not talking about it at all, this can lead to the affected population feeling the earthquake is a taboo subject, and this can have a damaging psychological effect on their recovery process.

- 5. Helping the helper:** Taking care of people who have been through such traumatic experiences is a very exhausting and difficult task. The staff and volunteers at all the homes have given an incredible amount of their time and energy, many compromising their own family time to be with the Haitian families. This is proving exhausting for many of the helpers and has even led to burn-out for some.

*Recommendation:* Each shelter home should be assessed to find ways that can support the staff and volunteers so that they do not collapse from exhaustion from caring for the Haitian families. Support groups could be set up and opportunities for individual counseling should be made available to anyone who needs it.

- 6. Sharing best practices:** The support given, both to the Haitian earthquake survivors, and to the staff who are helping, varies from home to home. The way the homes are run by administrators or by the nuns or priests, differs and there are different ideas of what is helpful to the patients and their relatives. This is expected, and each of the 'helpers' have obviously planned their help according to i) their own belief of what will help the most, ii) the available resources, and iii) the specific characteristics of the affected population.

*Recommendation:* Since some things are working better in some homes than others, it is strongly recommended that staff and volunteers from the different homes be given an opportunity to meet and to share best practices and challenges.

- 7. Short-term interventions:** As many of the families are leaving the shelter homes as soon as they are well enough to travel, the populations in each of the shelter homes is changing on a daily basis. It is thus a difficult task for those helping with giving psychological and psychosocial support to plan interventions given the changing needs of the different people who are remaining and the new people who come to the shelter homes.

*Recommendation:* The psychologists and psychosocial support providers should be supported and encouraged to plan very short-term interventions that are based on immediate evaluations of the populations needs. Daily interventions need to ensure that the populations (adults or children) are comfortable at the end of the interventions or activities. It is not appropriate to initiate interventions that have long-term ongoing therapeutic intentions, as the affected population are unlikely to be in Santo Domingo long enough to benefit from such an approach.





## Anexo 16

### OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL EN LOS ALBERGUES QUE DAN APOYO A SOBREVIVIENTES DEL TERREMOTO EN HAITÍ, 12 DE ENERO DEL 2010.<sup>9</sup>

**Autora:** Pernille Terlonge, Psychology Doctoral Fellow, University of Copenhagen.

#### **Colaboradoras en recomendaciones:**

Vanessa Espaillat, Professor of Psychology, UNIBE.  
Lisette Cabrera, Psychologist, student, UNIBE.  
Sarah Pelaez, Psychologist, student, UNIBE.  
Mayrah Dietsch, Psychologist, student, UNIBE.  
Joselin Tuero, Psychologist, student, UNIBE.  
Lorraine Isa, Psychologist, student, UNIBE.  
2 de marzo del 2010.

#### **Albergue A<sup>10</sup>**

Realizar actividades de tolerancia y cuidado con los NNA<sup>11</sup> del centro. Algunos de los niñ@s mayores muestran signos de depresión, se recomienda atención y apoyo individual. Algunos NNA han sufrido heridas y amputaciones. Sería beneficioso para éstos el trabajo individual y grupal de cómo adaptar su nueva realidad al regresar a Haití, que incluye: vivir con su discapacidad, cómo adaptarse a compartir y vivir con niñ@s que también tienen discapacidades (como se dará el caso) – y los que no tienen discapacidades.

Se recomienda reuniones regulares o sesiones grupales con padres y familiares de los NNA para discutir las posibilidades de desarrollar o volver a ganar medios de subsistencia cuando regresen a Haití. Otras actividades y discusiones acerca del regreso a Haití pueden ayudarles a desarrollar fortalezas para enfrentar el futuro y su regreso, que posiblemente sea difícil.

#### **Albergue B**

Como no se tuvo contacto directo con los “pacientes”, estas recomendaciones están basadas en la información recolectada por la persona encargada del albergue.

<sup>9</sup> Traducción del anexo 13 realizada por Cristabel Sosa.

<sup>10</sup> Los nombres originales de los albergues han sido reservados para fines internos, este documento se difunde para fines de aprendizaje colectivo.

<sup>11</sup> NNA, se refiere a niños, niñas y adolescentes.



A pesar de que los pacientes se están recuperando de serios daños físicos, se recomienda fuertemente que participen en las actividades diarias y el cuidado propio. Se anticipa que esta participación puede ayudar a los pacientes a recuperarse física y emocionalmente. También se recomienda que la movilidad y la capacidad física de cada paciente sea evaluada, y se planifique una serie de actividades diarias para cada uno de acuerdo a sus posibilidades.

Se recomienda hacer esfuerzos para reunir a los pacientes con sus hijos/as, o al menos, asegurar que éstos saben dónde están y quién les está cuidando – si ellos no saben.

### **Albergue C**

Se recomienda que el equipo de trabajo (personal) del centro tanto voluntario como asignado reciba apoyo en técnicas de desahogo y cómo cuidarse unos a otros, cómo reconocer el burn out y prevenirlo. Se recomienda un mayor número de traductores en este centro para facilitar la comunicación.

Dado el vasto espacio de recreación del otro centro dirigido por la misma administración que éste, se recomienda ver la posibilidad de visitas diarias o regulares de los NNA del albergue C, para que éstos tengan la posibilidad de actividades y dinámicas al aire libre y las que se ofrecen en dicho centro.

Esto puede presentar retos logísticos, pero sería una actividad excelente para la recuperación emocional y social de éstos.

Tratar de definir actividades concretas de ocupación en el hogar a las mujeres, pacientes y familiares en el centro durante el día. Aquellos que tienen la posibilidad, pueden participar diariamente en la preparación de los alimentos y limpieza del hogar.

Las hermanas religiosas realizan lo que consideran es lo mejor. Sin embargo, sería bueno tener una reunión con ellas para coordinar las posibilidades de involucrar a las mujeres de una manera que beneficie a los pacientes y familiares.

### **Albergue D**

Tratar de definir actividades concretas de ocupación en el hogar a las mujeres, pacientes y familiares en el centro durante el día. Aquellos que tienen la posibilidad, pueden participar diariamente en la preparación de los alimentos y limpieza del hogar.

Las hermanas religiosas realizan lo que consideran es lo mejor. Sin embargo, sería bueno tener una reunión con ellas para coordinar las posibilidades de involucrar a las mujeres de una manera que beneficie a los pacientes y familiares.

## Albergue E

Reflexión: Las familias haitianas se encuentran en una situación muy delicada, ya que:

1. Han atravesado experiencias personales muy difíciles y muchos/as se encuentran emocionalmente vulnerables.
2. Están en un país distinto, no entienden el idioma, dependen de la generosidad y bondad de otros para suplir necesidades básicas.

Es muy importante proveer a estas personas la mayor información posible, tanto de las cosas que les conciernen directamente, como también acerca del lugar donde están, sus expectativas –y las de las personas que les rodean, como el personal, visitantes, etc.- y aspectos de la cultura dominicana (cómo se hacen las cosas, por qué, etc.).

### Las recomendaciones finales y resumidas son las siguientes:

1. **Lenguaje y comunicación:** en los refugios/casas de paso no hay un/a traductor/a permanente, la falta de comunicación o las malas interpretaciones se ha vuelto una limitación clara tanto para el personal de ayuda como para las familias afectadas.

*Se recomienda* dentro de lo posible reclutar más traductores para los centros. Comunicación clara y precisa con los adultos y NNA debe ser asegurada para tratar muchos aspectos de sus vidas, sus planes inmediatos y también tener una noción de lo que pasa a su alrededor.

2. **Imagen corporal y adaptación:** Ya que muchas personas han sufrido heridas serias, incluyendo amputaciones, esto naturalmente afecta su movilidad y su imagen personal (identidad corporal). En muchas de las casas escuchamos que los padres querían entregar a sus hijos/as que tenían alguna discapacidad o a niños/as burlándose de aquellos que tenían amputaciones. Dentro de los/as NNA que conocimos, aquellos que estaban más tristes eran aquellos que estaban lidiando con dolor y heridas severas.

*Se recomienda* actividades psicológicas y psicosociales que incluyan una visión fuerte en adaptarse a su “nueva vida” con los cambios corporales que están ahora viviendo.

Darle apoyo, también, a las familias de aquellos que tienen daños físicos serios, para que éstos puedan darle apoyo a sus familiares con discapacidad con sus nuevos retos.

Sería bueno identificar instituciones que dan apoyo similar en Haití, para que las familias puedan ser referidas a estos lugares para apoyo cuando hayan regresado.

3. **Inseguridad del futuro:** muchos/as haitianos/as en las casas de paso, están claramente –y naturalmente- preocupados en cómo serán sus vidas cuando

regresen a Haití. Aunque algunos han contactado a familiares en Haití por teléfono, no han estado en Haití desde el terremoto, y como muchos han perdido sus medios de subsistencia, también están muy preocupados de cómo podrán cuidar y proveer para sus familias al regresar. Algunos han expresado el deseo de mantenerse en la República Dominicana, como sienten que sus vidas están más estables y “más fácil” allí comparada con la realidad que tendrían que enfrentar cuando regresasen a Haití. Sin embargo, la situación es que deben regresar a Haití, y ésto no es una opción que tienen ahora.

*Recomendación:* Actividades psicológicas y psicosociales que se enfoquen en ayudar a las familias a construir recursos y fortalezas para enfrentar la realidad del regreso a Haití. Hacer esfuerzos para asegurar que las familias haitianas conozcan las oportunidades para obtener ayuda al regresar (por ejemplo, la Cruz Roja ayuda con el tema de reunificación familiar, etc.).

4. **Duelo por la pérdida de familiares/personas que perdieron la vida en el terremoto:** En algunos de los centros, se explicó que no se han realizado actividades de duelo o rituales de luto para las personas que perdieron familiares y/o por las personas que murieron en el terremoto. Esto se ha hecho tratando de proteger a las familias afectadas del dolor que les puede causar hablar del terremoto, ayudar a recuperarse y enfrentar el futuro. En algunos de los refugios, se nos explicó que el personal nunca mencionaba el terremoto, ya que sentían que era mejor no mencionar el tema.

*Recomendación:* En Haití se han realizado reuniones grandes y eventos religiosos para conmemorar y hacer el duelo de las personas que fallecieron en el terremoto. Las familias en los refugios han perdido esta oportunidad, la cual es muy importante y útil en el proceso de recuperación después de un desastre. Es muy importante que los administradores, coordinadores y personal exploren con las personas afectadas del refugio si les gustaría realizar una actividad de este tipo, y ver cómo pudieran realizarla acorde con la cultura y prácticas haitianas. También recomendamos que el personal animen a los adultos y NNA a hablar del terremoto, sin tener que revivir el trauma o de una forma dañina, pero que les permita enfrentar la realidad del futuro. Si lo omiten y nunca lo mencionan, esto puede hacer que la población afectada convierta el tema en un tabú, y ésto puede tener implicaciones serias en el proceso de recuperación de éstos.

5. **Ayudar al que ayuda:** cuidar y asistir a las personas que han experimentado un evento traumático es una tarea difícil y drenante, la cual puede llevar a burn out.

*Recomendación:* cada refugio o casa de paso debe ser evaluada para encontrar formas de apoyar al personal y voluntarios para que no colapsen. Se pueden crear equipos de apoyo al personal, y poner la consejería individual como una opción disponible para aquellos que la necesiten.

6. **Compartir las mejores prácticas:** El apoyo provisto, tanto a los sobrevivientes haitianos/as, varía de hogar a hogar. La forma en que cada hogar es administrado y manejado y el concepto de las cosas que ayuda a los/as pacientes también difiere por lugar. Esto es de esperarse ya que cada “persona que ayuda”

planifica su asistencia en términos de: i) su idea de lo que ayudará más, ii) los recursos disponibles, iii) las características específicas de la población.

*Recomendación:* Como algunas cosas funcionan mejor en un hogar que en otro, se recomienda fuertemente que el personal y los/as voluntarios/as de las distintas casas de paso se encuentren y compartan sus mejores prácticas y retos.

7. **Intervenciones a corto plazo:** Ya que muchas de las familias se están yendo de los albergues, la población es siempre cambiante. Esto dificulta la asistencia psicológica y psicosocial, así como la planificación de intervenciones, ya que las necesidades van cambiando.

*Recomendación:* El grupo de apoyo psicosocial debe planificar intervenciones a corto plazo basadas en las evaluaciones inmediatas de las necesidades de la población existente. Se debe asegurar que los/as adultos participantes y NNA estén cómodos con las actividades realizadas. No es apropiado iniciar intervenciones a largo plazo, ya que muchos/as no se beneficiarán de las mismas.

