



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**Los programas de atención psicosocial  
desde la psicología cultural**

**El caso de la Cruz Roja danesa en Haití**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**

**TATIANA LARIZA ROMERO FONSECA**

**DIRECTORA: DRA. MA. EMILY REIKO ITO SUGIYAMA  
REVISORA: LIC. BLANCA ESTELA REGUERO REZA**



**MÉXICO, DF**

**2012**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	iv
<b>Introducción</b> .....	1
Atención psicosocial en desastres: necesidades básicas.....	1
Desastre del 2010 en Haití.....	10
Planteamiento del problema.....	12
Objetivos .....	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos.....	13
Método .....	14
<b>1. Evaluación de programas sociales</b> .....	17
1.1. En teoría.....	17
1.2. En la práctica.....	20
<b>2. Psicología cultural</b> .....	28
2.1. Cultura(s).....	28
2.2. ¿Qué es la psicología cultural? .....	32
2.3. Contextos .....	36
2.3.1. Contexto interdisciplinario.....	36
2.3.2. Contexto histórico .....	39
2.3.3. Contexto institucional.....	41
<b>3. Caso: Haití</b> .....	43
3.1. Contexto histórico e institucional.....	45
3.2. Cultura cosmocéntrica.....	55
<b>4. Evaluación de la intervención de la Cruz Roja danesa</b> .....	62
4.1. Actividades del programa de atención psicosocial.....	63
4.2. Interpretación del programa de atención psicosocial .....	70
<b>5. Discusión</b> .....	75
5.1. Desastre en Haití ¿invasión, conquista cultural o ayuda humanitaria?.....	76
5.2. Prioridades de dos culturas: donadores y beneficiarios.....	79
5.3. Comunicación y colaboración transcultural.....	84
<b>Conclusiones</b> .....	88
<b>Referencias</b> .....	94

## AGRADECIMIENTOS

“La intuición es un don sagrado y la razón su fiel sirviente. Hemos creado una sociedad que honra al sirviente y ha olvidado el don.”

~ Albert Einstein

Creer que es posible, lo hace posible. Gracias Emily Ito por creer en mí y en este proyecto, y por darme una segunda oportunidad, como mi directora de tesis cuestionaste cada una de mis suposiciones con una agudeza intelectual e intuitiva únicas.

Profunda gratitud a Blanca Reguero por el inagotable entusiasmo, este proceso ha sido gozoso a tu lado. Tu atención por el detalle no se puede llamar obsesión, sino perfección.

Gracias a Juan Carlos Huidobro, Carlos Rojas y Rafael Luna por leer esta tesis y brindar valiosas observaciones, pero sobre todo por las preguntas que me hicieron ver este tema desde otra perspectiva.

De la madre la gran ciencia, es tener mucha paciencia. Gracias Fabiola Fonseca, mi madre, por el amor infinito. Siempre he admirado tu fortaleza interior para lograr lo imposible.

Si la diversidad cultural que he conocido fuera y dentro de México me ha sorprendido, la diversidad de mi propia familia me tiene alegremente confundida. Gracias a Lucero Fonseca por inspirarme a cruzar fronteras y conocer otros mundos con el ejemplo; a Alejandro Fonseca y a Antonio Fonseca por recordarme que no importa la edad para cumplir sueños: como ser instructor de yoga o crear una revista social.

Gracias a mis amigos por el apoyo incondicional, por ser conejillos de Indias mientras estudiaba psicología, pero sobre todo por estar presentes en la distancia.

Dedico esta tesis a todas las personas que ven en la diversidad cultural, la riqueza humana. Creamos (en) un bienestar social.

## RESUMEN

En el 2010, Haití experimentó un sismo que afectó a más de 2 millones de personas. Al desastre acudieron cientos de organizaciones internacionales para satisfacer las necesidades básicas. La *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes* ha enfatizado la importancia de la *competencia cultural* para proveer servicios psicosociales o necesidades básicas. Dado que *la pirámide de necesidades psicosociales*, expuesta en esta guía, deviene de la cultura occidental, el objetivo de la presente investigación es evaluar el programa de atención psicosocial que la Cruz Roja Danesa (CRD) usó en Haití para dar cuenta de cómo puso en práctica la recomendación internacional de *competencia cultural*, desde la psicología cultural.

En la psicología cultural, la mente y la cultura son dos procesos en co-creación, por consiguiente se centra en los contextos interdisciplinario, histórico e institucional. La cultura cosmocéntrica de Haití es en esencia diferente a la cultura occidental de la CRD. En la interpretación de las actividades se llegó a la conclusión de que la CRD no realizó ninguna evaluación diagnóstica de necesidades y análisis de contexto antes de implementar sus actividades, las cuales satisfacen las prioridades de la cultura antropocéntrica de los donadores.

La misión de los actores humanitarios es reconocer las prioridades culturales locales —cosmovisiones— y atender a las necesidades básicas, sin que esto sea una actividad unidireccional —conquista cultural— sino multidireccional, es decir, de integración: un ejemplo es la medicina integral. La sensibilidad cultural o enfoque transcultural es indispensable en las evaluaciones ya que propicia el fortalecimiento del capital social —la confianza en capacidades y recursos locales— y crea instituciones oficiales a partir del reconocimiento de usos y costumbres, así como la distribución equitativa de recursos. Por lo tanto, las evaluaciones diagnósticas, de contexto y de entrada —o culturales— son indispensables ya que sin éstas no se puede hablar de competencia cultural.

**Palabras clave:** psicología cultural, psicosocial, evaluación, desastre, cultura.

## INTRODUCCIÓN

### **Atención psicosocial en desastres: necesidades básicas**

En desastres, la atención psicosocial reestablece el equilibrio de las necesidades básicas. En otros términos, reestablecer el bienestar mental de una sociedad está íntimamente relacionado con satisfacer las necesidades básicas (The Sphere Project, 2011; Inter-Agency Standing Committee, 2007). Cabe recalcar que hay infinidad de maneras de entender y planear programas de atención psicosocial.

Las necesidades básicas han sido objeto de esfuerzos teóricos y prácticos para ser estandarizadas a nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU) son organismos fundamentales en esta estandarización. La Declaración Universal de los Derechos Humanos —consenso escrito después del desastre de la Segunda Guerra Mundial— es uno de esos esfuerzos que determinó las necesidades o derechos básicos —algunos son: vida, libertad de expresión, libertad de creencia, libertad de movimiento, refugio, nutrición, agua, servicios de saneamiento, trabajo, salud y educación, entre otros— (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948). No es de sorprender que éste haya sido el documento más traducido: a 384 idiomas (United Nations Human Rights, 2012) de las 6,909 lenguas habladas en el mundo (Lewis, 2009a). Sin entrar en detalles, incluso los derechos humanos han sido objeto de discusiones científicas y legales cuando su interpretación limita las prácticas culturales diversas, como es en el caso del derecho a la educación descrito por Richard Shweder<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Para más información ver la ponencia *When Cultures Collide: The Moral Challenge in Cultural Migration* de Richard Shweder impartida el 30 de enero del 2012 en la Universidad Purdue en <http://www.youtube.com/watch?v=JhIxGUCreTE> [recuperado el 1 de mayo del 2012].

Los desastres se declaran con base en el déficit de las necesidades básicas estandarizadas a nivel nacional. Cuando un país no puede resolver la carencia en las necesidades básicas con recursos y capacidades propios se declara en desastre, solicitando ayuda a organismos externos, que involucran frecuentemente estándares internacionales de medición. Curiosamente, no es la falta de recursos y capacidades en el país lo que crea desastres, sino la *inequidad en la distribución* de los recursos (Makwana, 2006) y la *falta de reconocimiento* de las capacidades —segregación y discriminación— (Wisner, Blaikie, Cannon, y Davis, 2004).

Dos de los más importantes estándares internacionales son: *The Sphere Project* (2011), resultado del trabajo conjunto y durante varios años de los actores humanitarios a nivel internacional para determinar la adecuada satisfacción de necesidades básicas en emergencias; y la *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes* (Inter-Agency Standing Committee, 2007) creada por el Comité Permanente entre Organismos<sup>2</sup> (IASC por sus siglas en inglés), resultado del consenso internacional para la atención psicosocial en desastres.

La mayoría de los desastres naturales y emergencias complejas ocurren en países en desarrollo y afectan a grupos vulnerables que han sido históricamente segregados política y socioeconómicamente (Wisner *et al.*, 2004). Dado que las minorías étnicas y comunidades con minoría lingüística son las que se encuentran generalmente segregadas, tienden a ser mayormente afectadas a peligros naturales o antropogénicos (Wisner *et al.*, 2004). Por lo anterior, los actores humanitarios están especialmente conscientes de los altos niveles de diversidad

---

<sup>2</sup> “El Comité Permanente entre Organismos (IASC) fue creado en 1992, en respuesta a la resolución 46/182 de la Asamblea General, en que se exhortó a fortalecer la coordinación de la asistencia humanitaria. La resolución estableció el IASC como mecanismo principal para facilitar la adopción de decisiones entre organismos, en respuesta a situaciones complejas de emergencia y desastres naturales. El IASC está formado por los representantes de diversos organismos de asistencia humanitaria, tanto pertenecientes a las Naciones Unidas como ajenos a la Organización.” (Inter-Agency Standing Committee, 2007:ii).

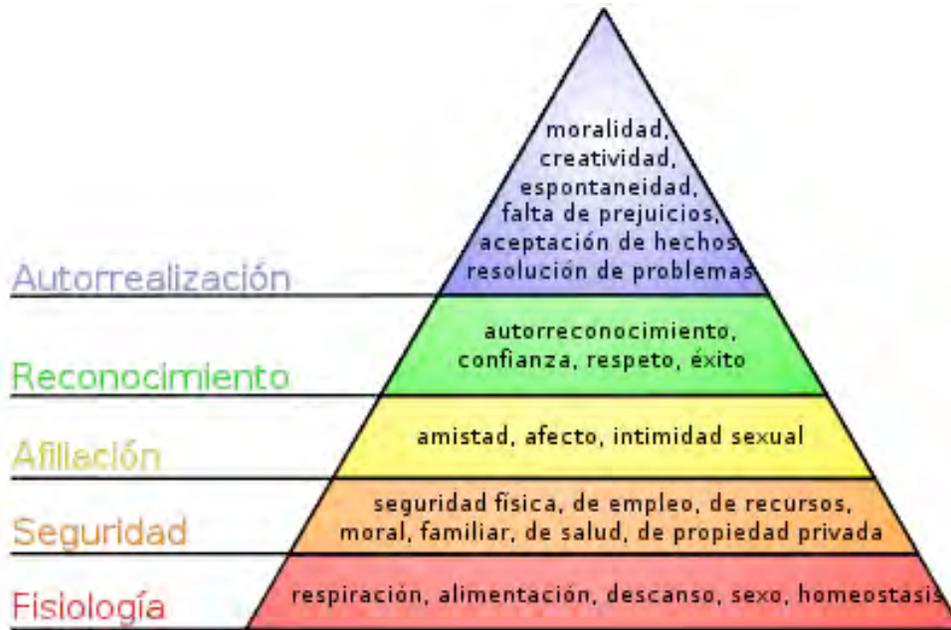
cultural (The Sphere Project, 2011), no sólo por la asistencia internacional (y la transculturalidad que conlleva) pero también por la diversidad cultural *dentro* de cada país.

La guía internacional más importante para el apoyo psicosocial, escrita por el IASC, ha estandarizado guías para los servicios de salud mental en la pirámide de necesidades psicosociales, la cual se basa en la pirámide de Maslow. La pirámide de Maslow (1943) es un modelo que jerarquiza las necesidades básicas. Esta teoría genera conflictos al usarse de manera universal ya que no toma en consideración la diversidad cultural — ver figura 1. La aceptación acrítica de esta pirámide ha sido discutida extensamente por Wahba y Bridwell (1976), quienes enfatizan las escasas evidencias empíricas de la teoría de Maslow, cuestionando su universalidad.

Las necesidades básicas para un grupo cultural no son las mismas para todos (Olsen, Koitzsh, Tesfaye y Holm, 2012). La OMS desarrolló una herramienta para medir la calidad de vida en todo el mundo, llamada WHOQOL: *World Health Organization Quality of Life* [Organización Mundial de la Salud Calidad de Vida], la investigación subsecuente de Olsen *et al.* (2012) demostró que la WHOQOL no se desarrolló tomando en cuenta a todas las culturas y al ser aplicada a grupos no occidentales presentó múltiples deficiencias, sobre todo en los aspectos sociales, ambientales, de religión, espiritualidad y creencias personales.

**Figura 1. Comparación de la pirámide de necesidades básicas de Maslow y la pirámide de necesidades psicosociales del IASC.**

***Pirámide de jerarquía de necesidades de Maslow***



Fuente: Finkelstein, 2007.

***Pirámide de necesidades psicosociales del IASC***



Fuente adaptada de: Inter-Agency Standing Committee, 2007:13.

Para muchos grupos no occidentales la vida espiritual es igual o más importante que la vida material, convirtiéndola en una necesidad básica (Olsen *et al.*, 2012). La pirámide de Maslow da prioridad a los aspectos materiales de la vida dejando para segundo término los espirituales. Siguiendo los descubrimientos anteriores, las prioridades en necesidades básicas para la cultura occidental no se pueden generalizar a todos los grupos culturales —e incluso a países enteros—, especialmente a minorías étnicas que han vivido en íntima relación con la naturaleza —recordando que una minoría étnica no es necesariamente una minoría numérica.

Los desacuerdos en necesidades básicas no sólo son en términos de *prioridades de vida*, también son en la *calidad de los servicios de salud*. La investigación de Berry (2008) resalta los desacuerdos en definir la calidad de los servicios de salud entre profesionales de la medicina occidental<sup>3</sup> y una población acostumbrada a la calidad de los servicios de la medicina tradicional<sup>4</sup>.

De la misma manera, la pirámide de las necesidades psicosociales del IASC puede llevar a interpretaciones culturales poco adecuadas y al riesgo de perjudicar a comunidades no occidentales, imponiendo prioridades de la cultura occidental sobre las existentes en las culturas locales, violando así el principio fundamental de la ayuda humanitaria: *do no harm* [no hacer daño] (The Sphere Project, 2011) que igualmente es una regla fundamental al realizar evaluaciones: “*not harming our clients, by commission or omission*” [no hacerle daño a nuestros clientes<sup>5</sup>, ni por acción ni por omisión] (Grinnell, Gabor y Unrau, 2012:73).

La histórica jerarquización utilizando como referente a la cultura occidental sobre otras culturas ha sido cuestionada por antropólogos médicos (Martínez,

---

<sup>3</sup> La medicina occidental también es llamada medicina moderna, alopática, científica o biomedicina.

<sup>4</sup> La medicina tradicional también es llamada medicina complementaria y alternativa, indígena, oriental o no alopática.

<sup>5</sup> La presente investigación utiliza las palabras *clientes*, *beneficiarios* y *participantes* de manera intercambiable para referirse a los grupos beneficiados por los programas de atención psicosocial de la ayuda humanitaria.

2008) y psicólogos culturales (Cole, 1999) en materia de cómo se realiza la investigación y qué servicios de salud se proveen. Estos cuestionamientos han llevado a constantes adaptaciones culturales en investigación, evaluación y en modelos de intervención globales, desarrollando un enfoque transcultural y holístico —también llamado biopsicosocial o interdisciplinario— (Martínez, 2008).

La OMS ha definido a la *salud* como un “[e]stado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (Organización Mundial de la Salud, 1946:1). En definiciones, la OMS ha logrado una visión holística en la medición de la salud, siendo ésta una categoría interdisciplinaria. Asimismo, la OMS ha publicado cómo se entienden, practican y legalizan los servicios de salud en gran parte del mundo, incluyendo no sólo las medicinas occidentales, sino también la medicinas complementarias y alternativas (World Health Organization, 2005). La OMS reconoce la diversidad en servicios de salud y recomienda su integración en la medicina (World Health Organization, 2005).

Sin embargo, todavía existe renuencia a cambiar las prácticas profesionales de la psicología general para realmente adaptar las intervenciones de atención psicosocial a culturas no occidentales, viendo así a la *cultura* como una trampa o dificultad (Cole, 1999) para alcanzar con éxito la salud global.

En años recientes se ha dado primacía a la evaluación de las actividades humanitarias, con base en la idea de que *hacer el bien* ya no es suficiente, y que la prioridad debe ser *hacer el bien, bien* (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, 2008). Esto se comprueba con la subsecuente creación de organizaciones especializadas en evaluación de programas humanitarios: *Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action* [Red de aprendizaje activo para la rendición de cuentas y el desempeño en la acción humanitaria], *DAC Network on Development Evaluation* [DAC Red sobre la evaluación del desarrollo] y *United Nations Evaluation Group* [Grupo de

Evaluación de las Naciones Unidas] (Rencoret, Stoddard, Haver, Taylor y Harvey, 2010).

Cuando las actividades humanitarias se fundamentan en evaluaciones que incluyen *competencia cultural*<sup>6</sup> y estas evaluaciones se hacen antes (diagnósticas o de contexto), durante (de procesos) y después (de resultados o de eficiencia) de los programas psicosociales, éstas tendrán mayor probabilidad de ser soluciones sostenibles para y por los beneficiarios.

La preocupación principal de las evaluaciones y valoraciones diagnósticas ha sido introducir el aspecto cultural (Inter-Agency Standing Committee, 2007; The Sphere Project, 2010; Olsen *et al.*, 2012) pero en la práctica esto se ha hecho de forma secundaria, manteniendo la jerarquización occidental de las necesidades —mostrada en la figura 1— y añadiendo la recomendación de la *competencia cultural* como una actividad externa, situación contradictoria con la teoría. Se ha debatido que la lenta adaptación cultural y colaboración de las diversas tradiciones médicas se debe a la etnocentricidad de los practicantes de la medicina occidental, quienes mantienen la creencia de que las minorías étnicas necesitan *buena medicina*, refiriéndose sólo a la medicina occidental (Adams y Hawkins, 2007). Sin embargo, Adams y Hawkins (2007) han comprobado que para proveer *buena medicina* hay que combinar lo mejor de las tradiciones médicas presentes en la comunidad (modernas y tradicionales) para lograr una sinergia que sea económicamente asequible, geográficamente accesible y culturalmente aceptable. Para llegar con éxito a lo anterior, se deben entender (1) las prioridades culturales, (2) la realidad económica y (3) la situación institucional de la comunidad.

La diversidad cultural plantea diferencias en perspectivas de vida, que es la base del entendimiento de la salud (Cross *et al.*, 1989; Helman, 2007; Adams y

---

<sup>6</sup> De acuerdo con Cross, Bazron, Dennis, e Isaacs (1989) la *competencia cultural* es la capacidad de entender la cosmovisión propia como investigador o como actor humanitario, así como honrar y respetar las creencias, lenguaje y comportamientos de los individuos y familias receptoras de los servicios de salud; evitando los estereotipos y aplicación errónea de diagnosis y tratamientos.

Hawkins, 2007). De la misma forma en que entendemos a la vida humana, el planeta y el universo es como entendemos y vivimos la salud y, tal vez más aún, la salud mental; porque la cultura y la mente están intrínsecamente relacionadas (Markus y Hamedani, 2007). De ahí la importancia de proveer un servicio de salud culturalmente apropiado.

En los desastres, la mayoría de los actores humanitarios asumen que cuando las instituciones de medicina occidental —hospitales, clínicas o puestos de salud— no existen en las comunidades, éstas no tienen ninguna opción médica para tratar sus malestares y, por ende, aceptarán la medicina humanitaria occidental, en apariencia gratuita, que se ofrece (Bortolotti, 2004). Es evidente que una distribución inequitativa de recursos en un país ha conllevado a desastres (Wisner *et al.*, 2004), pero esto no significa que las comunidades afectadas carezcan completamente de recursos y capacidades. Ignorar tales recursos y capacidades, así como las medicinas tradicionales, por no encajar con las categorías occidentales de la medicina es aportar a la histórica discriminación hacia lo no occidental, llámese medicina, vivienda, alimentación, agua y saneamiento, vestido, conocimiento, formas de transportación, educación, trabajo, vida espiritual y un sinnúmero de categorías definidas y jerarquizadas por la perspectiva de vida usada por la mayoría de los actores humanitarios: la perspectiva científica u occidental<sup>7</sup> (Watts, 1966).

El enfoque para la diversidad médica en salud mental en desastres ha continuado la imperceptible jerarquización de las medicinas modernas sobre las medicinas tradicionales, las cuales han sido descritas como prácticas religiosas, espirituales y de sanación (Inter-Agency Standing Committee, 2007) y no como medicinas al mismo nivel que las medicinas modernas. Las recomendaciones dadas por el consenso internacional de profesionales de la salud mental en situaciones de desastres es “[i]nformarse sobre los sistemas terapéuticos locales,

---

<sup>7</sup> Al igual que la OMS, el IASC reconoce que todas las sociedades, occidentales o no, poseen algún tipo de medicina tradicional o alternativa (Inter-Agency Standing Committee, 2007).

indígenas y tradicionales y, cuando sea apropiado, establecer sistemas de colaboración” (Inter-Agency Standing Committee, 2007:153). Aquí la colaboración entre distintas medicinas es recomendada de forma *opcional* para los profesionales occidentales, cosa que comprueba la jerarquización antes descrita.

Muchas de las personas que usan la medicina tradicional han asistido a la universidad, son ateas, católicas o miembros de cualquier otra religión. La medicina tradicional no es una práctica exclusiva de personas religiosas, pobres o sin educación formal, simplemente es practicada por individuos que tienen una cosmovisión o perspectiva de vida distinta a la occidental, independientemente de sus creencias religiosas, estatus socioeconómico o nivel educativo (Turner, 2010; Adams y Hawkins, 2007) y cuyos poderes curativos funcionan, de lo contrario dejarían de usarla.

Cuando un desastre ocurre y un país se ve obligado a pedir asistencia externa y, usualmente, internacional, la asistencia humanitaria debe ser consciente de la importancia transcultural que conlleva proveer atención psicosocial (en el sentido de necesidades básicas) de acuerdo con las prioridades de la cultura a la cual se está ayudando, y no a la cultura a la que como proveedores se pertenece.

El análisis desde la psicología cultural interpreta la forma en la que los métodos y modelos utilizados en los programas de atención psicosocial entienden, explican y envuelven la cultura y psique de las personas y comunidades a quienes van dirigidos.

## Desastre del 2010 en Haití

El 12 de enero del 2010, Haití experimentó un terremoto de 7.0 grados Richter, la capital Puerto Príncipe se vio seriamente afectada con 222,517 muertes y 311,000 heridos (Security Sector Reform Resource Centre, 2011); el derrumbe de aproximadamente 250,000 edificios, la mayoría residenciales; así como la destrucción de asentamientos ilegales en donde gran porcentaje de la población urbana vivía; dejando a más de un millón de personas sin hogar. En conjunto, más de 2 millones de los 9.7 millones de habitantes de Haití fueron afectados (Rencoret *et al.*, 2010). Haití había sufrido por la falta de infraestructura y la pobreza desde antes de que se declarara este desastre (World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010).

La respuesta internacional al desastre de Haití fue inmediata, involucrando a cientos de organizaciones e instituciones internacionales —similar a la desplegada por el tsunami del 2004 (Rencoret *et al.*, 2010). Algunos actores fueron gobiernos extranjeros y sus ejércitos, organizaciones no gubernamentales internacionales, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja —así como sus secciones en distintos países—, la ONU, la OMS, y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de la ONU (UNOCHA por sus siglas en inglés). La respuesta humanitaria incluyó el despliegue de los equipos médicos y trabajadores humanitarios para proveer servicios de salud y satisfacer las necesidades básicas de la población haitiana (World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010).

Los idiomas oficiales en Haití son el criollo haitiano y el francés, sin embargo “el francés es sólo escrito, hablado y entendido por aproximadamente el 20% de la población, principalmente la élite y la clase media en zonas urbanas. Casi todos hablan criollo haitiano como su primer idioma” (World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010:3). Sin embargo, otras fuentes establecen

que sólo el 10% se pueden considerar bilingüe y que el resto habla sólo haitiano criollo (Burtoff, 1994). En Haití, hay una fuerte jerarquía y segregación basada en educación, lenguaje, economía y cultura (Desrosiers y Fleurose, 2002 citado en World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010).

Un resumen del análisis comparativo de Sterlin entre la cultura de Haití y la cultura occidental describe a la primera como una cultura *cosmocéntrica*, en donde “el ser humano es sólo una forma particular de energía condensada del gran cosmos, cuya preocupación principal es alcanzar y mantener la armonía con la energía universal” (Sterlin, 2010 citado en World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010:9); mientras que la cultura occidental es *antropocéntrica*, en donde “el ser humano es el centro de un universo imperfecto que los humanos deben entender, explorar, dominar, transformar y explotar” (Sterlin, 2010 citado en World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010:9).

Dada la cantidad de organizaciones internacionales que formaron parte de la respuesta al desastre, y la diversidad en atención psicosocial, es importante analizar cómo se realizó la valoración cultural y cómo se crearon los servicios psicosociales a partir de las categorías de salud mental, bienestar y necesidades básicas de la cultura haitiana, y del entendimiento de las prácticas de sanación locales. Realizar un análisis de los programas de atención psicosocial será de gran utilidad para entender el estatus actual de la psicología humanitaria internacional en ambientes culturales diversos, y cómo se realiza dicha adaptación cultural o competencia cultural.

## Planteamiento del problema

Como se ha descrito en párrafos anteriores, un desastre ocurre cuando las necesidades básicas de un país no son satisfechas adecuadamente (The Sphere Project, 2011). Aunque la Declaración Universal de los Derechos Humanos define las necesidades básicas como globales, su interpretación y jerarquización dependen de la cosmovisión cultural de cada sociedad. La psicología cultural establece que la cultura y la mente son dos procesos que co-existen y se co-crean (Cole, 1999); en consecuencia, el bienestar mental de una sociedad depende de las prioridades culturales y de la satisfacción adecuada de las necesidades básicas establecidas culturalmente. Asimismo, la salud, aunque es una necesidad básica global, en la práctica es un concepto definido, entendido y ejercido culturalmente (Cross *et al.*, 1989; Helman, 2007; Adams y Hawkins, 2007).

En resumen, la cultura empapa la vida de una sociedad. Así como hay diversidad cultural en lenguaje y vestimenta, hay diversidad cultural en salud: medicinas tradicionales y medicinas occidentales. En otras palabras, no existe una forma global (o modelo a seguir) para entender y medir la salud y la calidad de vida (Olsen *et al.*, 2012). Históricamente ha existido una tendencia a ignorar la atención médica que no puede ser entendida por los médicos occidentales (Adams y Hawkins, 2007), especialmente en desastres. El etnocentrismo ha dificultado la comunicación y colaboración transcultural dada la hegemonía de la cultura occidental sobre las demás culturas; esto ha complicado el reconocimiento y uso de las capacidades y recursos médicos tradicionales (Adams y Hawkins, 2007; Martínez, 2008). Recientemente, las recomendaciones internacionales han enfatizado la competencia cultural en las evaluaciones diagnósticas para proveer mejores servicios psicológicos en desastres (Inter-Agency Standing Committee, 2007).

¿Es posible que una interpretación desde la psicología cultural de los programas psicosociales en desastres dé aportaciones importantes sobre cómo se entienden y cómo se realizan las recomendaciones internacionales de inclusión cultural en las evaluaciones e intervenciones?

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

- Interpretar el programa de atención psicosocial de la Cruz Roja danesa en el desastre de Haití del 2010 desde la psicología cultural, para conocer cómo se entiende y pone en práctica la recomendación internacional de competencia cultural.

### **Objetivos específicos**

- Describir los contextos histórico, institucional e interdisciplinario de Haití, únicamente en referencia a los aspectos psicosociales, como base cultural.
- Describir el programa de atención psicosocial que la Cruz Roja danesa implementó en Puerto Príncipe, Haití.
- Interpretar la adaptación cultural de los contextos haitianos en el programa de atención psicosocial de la Cruz Roja danesa, así como identificar las prioridades culturales del programa y el uso de recursos y capacidades locales en el mismo.

- Evaluar si las guías internacionales de apoyo psicosocial y salud mental en emergencias, en las que se basa la Cruz Roja danesa y que recomiendan la competencia cultural, se ajustan a las prioridades culturales de Haití.

## Método

La presente investigación documental es una interpretación retrospectiva desde la psicología cultural de Richard Shweder (1991, 1993, 2007 y 2012) y María Sullivan (1993) de la atención psicosocial proporcionada por la Cruz Roja Danesa (CRD) en Haití después del terremoto del 12 de enero del 2010.

El objeto de estudio es la intervención de la CRD, el cual se delimitó a partir de los documentos en inglés y español enlistados en párrafos subsecuentes, así como las experiencias compartidas por actores humanitarios que participaron en Haití. Dado que la psicología cultural enfatiza que el objeto de estudio (realidad) no puede existir sin un sujeto que la analiza, es importante subrayar que la autora de la presente investigación no estuvo presente en Haití y por lo tanto las experiencias compartidas, así como los documentos analizados, son una re-interpretación de la realidad.

Los datos secundarios se obtuvieron principalmente por parte de los delegados de la CRD que dieron apoyo psicosocial en Haití en el 2010, quienes compartieron su experiencia —así como artículos, folletos y manuales— en conferencias dadas durante el curso *Salud en emergencias y salud de refugiados* de la Universidad de Copenhague en el 2011. También se obtuvo información adicional en búsquedas en la Biblioteca Real de la Universidad de Copenhague, en la Biblioteca de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la página web de la CRD, en *Google Scholar* y *Google Books*; y a través de un colaborador de la Organización Panamericana de la Salud en Haití.

La información secundaria incluye artículos sobre salud mental en Haití —Khoury, Kaiser, Keys, Brewster y Kohrt, 2012; Grimaud y Legagneur, 2011; Schinina *et al.*, 2010—, una investigación literaria sobre la salud mental —World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010—, manuales de apoyo psicosocial de la cruz roja —Reference Centre for Psychosocial Support, 2009a; Reference Centre for Psychosocial Support, 2009b; Reference Centre for Psychosocial Support, 2009c—, investigaciones de análisis de contextos y perfil del país —Rencoret *et al.*, 2010; The World Bank, 2007; Security Sector Reform Resource Centre, 2011; Library of Congress, 2006; Gilbert, 2004; Dupuy, 2002—, investigaciones sobre la cultura haitiana —Sterlin, 2010; Augustin, 1999; Thomas-Stevenson, 1991; Edmond, Randolph y Richard, 2007; Cook Ross, 2010; Devieux, Malow, Jean-Gilles, Samuels, Deschamps, Ascencio, Jean-Baptiste y Pape, 2004; Volpato, Godínez, Beyra, y Barreto, 2009; Clerismé, 1985— un reporte sobre la coordinación de las actividades psicosociales de todos los actores humanitarios en Haití —MHPSS Coordination Haiti, 2010. Así como folletos, reportes y videos de las actividades psicosociales específicas de la Cruz Roja danesa —Danish Red Cross, 2010a; Danish Red Cross, 2010b.

El primer capítulo describe la teoría y la práctica de las evaluaciones de programas sociales, igualmente expone la diversidad dentro de este campo. Dado que la psicología cultural tiene varios enfoques, y la evaluación de programas sociales es el centro de la presente investigación, se ha decidido usar la interpretación desde la psicología cultural de tres contextos: el interdisciplinario, el histórico y el institucional; los cuales son explicados en el segundo capítulo. Esta interpretación ve de cerca los métodos utilizados para la identificación de los contextos a partir de las evaluaciones diagnósticas, y la adaptación o creación de los programas psicosociales con base en estas evaluaciones.

El tercer capítulo contesta al primer objetivo específico de la tesis, aquí se realiza una interpretación de los contextos de Haití. El cuarto capítulo describe la intervención de la Cruz Roja danesa en Haití para subsecuentemente desarrollar

la evaluación de la intervención haciendo uso de los contextos haitianos descritos en el tercer capítulo; desarrollando el segundo y tercer objetivos específicos de la tesis. Los componentes psicosociales que se usan en esta evaluación incluyen: la comunicación (el lenguaje verbal y no-verbal), las capacidades y recursos locales en la atención de la salud (formal e informal), prioridades de la sociedad haitiana reflejadas en los usos y costumbres (por ejemplo: sistema *lakou* y el *vudú*) y la subyacente percepción que se tiene de los actores humanitarios fundada en los eventos históricos (por ejemplo, las percepciones contradictorias de invasión, desconfianza, ayuda humanitaria y empoderamiento).

El cuarto objetivo específico es desarrollado con detalle en el quinto capítulo. en principalmente tres áreas importantes: la percepción de las organizaciones internacionales por los haitianos, un análisis de las prioridades de dos culturas y por último la puesta en práctica de la comunicación y la colaboración transcultural por los actores humanitarios.

Finalmente, en el quinto capítulo se discute la información recabada a la luz de los referentes teóricos mencionados como las limitaciones del estudio, desarrollando el último objetivo específico, y así llegar a las conclusiones que se presentan en el apartado correspondiente.

# 1. EVALUACIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES

## 1.1. En teoría

Enrique Reboloso, catedrático en psicología social y evaluación, explica el estrecho vínculo que desde los sesenta existe entre la evaluación de programas sociales y la psicología social, las razones que da son que (1) la teoría de la psicología social se aplica directamente a la práctica evaluativa: los psicólogos sociales son el enlace entre evaluadores y políticos por una parte, y los evaluadores y las comunidades por otra; (2) las aportaciones metodológicas en evaluación las han realizado principalmente los psicólogos sociales; y (3) gran parte de las labores que realizan los psicólogos sociales son evaluaciones de programas sociales (Reboloso, Fernández-Ramírez y Cantón, 2008).

Una de las definiciones más completas para definir a las evaluaciones de programas sociales es la de Grinnell *et al.*:

Las evaluaciones de programas son procesos sistemáticos de recolección de información útil, ética, culturalmente sensible, válida y confiable sobre las presentes (y futuras) intervenciones, resultados y eficiencia del programa, para ayudar en la toma de decisiones a nivel de casos y de programas, en un esfuerzo por que nuestra profesión llegue a ser más responsable en la rendición de cuentas con las partes interesadas (2012:73).

Por lo tanto, las evaluaciones tienen dos objetivos principales: por una parte garantizar que el programa social es *útil, ético, culturalmente sensible, válido y confiable*; y por otro lado, mejorar la manera en la que futuros programas se planean y realizan con base en el primer punto. En otras palabras, es una actividad que al realizarse no sólo afecta las prácticas actuales, también mejora

indirectamente los programas futuros porque la evaluación se convierte en una característica intrínseca de los programas.

Igualmente, se pueden ejecutar varias evaluaciones simultáneas a la misma organización. Por ejemplo, se puede realizar una evaluación sobre la intervención de la terapia grupal desde el análisis *a nivel de programa*, es decir, si el programa llega al grupo más vulnerable, si el objetivo general es operacionalizado correctamente; o *a nivel caso*, asegurar que la salud de los participantes de un grupo determinado mejora a causa de la terapia grupal, medir las horas de cada sesión y analizar el tiempo de espera y la satisfacción de los beneficiarios.

Consecuentemente, realizar la intervención y el *monitoreo* —en referencia al registro de las actividades mientras se realizan— y el subsecuente *seguimiento* —en referencia al registro del estado de los beneficiarios después de completado el programa—, a nivel de caso y a nivel de programa, es una actividad que cuando se realiza a la par puede mejorar el programa en tiempo real, en otras palabras, servir como evaluación de proceso o como evaluación diagnóstica, según sea el caso.

Las evaluaciones diagnósticas —de contexto o de entrada<sup>8</sup>—, de proceso —o formativa—, de resultados —o sumativa—, de eficiencia y las metaevaluaciones son las más usadas en los programas sociales y, en relevancia con la presente investigación, en los programas psicosociales. Las investigaciones y las evaluaciones son en esencia lo mismo, la diferencia principal entre las dos reside en que las primeras buscan crear conocimiento y las últimas están orientadas a la toma de decisiones (Reboloso *et al.*, 2008).

---

<sup>8</sup> Las evaluaciones diagnósticas, de contexto y de entrada son en su naturaleza muy similares y pueden ser nombradas de distinta forma por otros autores y actores humanitarios, algunos de los nombres que la Cruz Roja les ha dado son *análisis de contexto*, *valoraciones diagnósticas de necesidades* y *evaluaciones culturales* (Reference Centre for Psychosocial Support, 2009a; Psychosocial Centre IFRC, 2012).

La evaluación de programas psicosociales es difícil de definir de una sola manera, ni tampoco debe ser asociada con un sólo marco de investigación y un método, ya que no es un trabajo de *medición y juicio* únicamente, es “un proceso complejo con ingredientes múltiples” (Reboloso *et al.*, 2008:479) cuyo objetivo es el perfeccionamiento de la atención psicosocial, es decir, su fin último son las recomendaciones y el cambio del programa. Las variables que una evaluación pueden incluir son el *contraste económico, necesidades, intereses, valores, justicia, solución de problemas*, entre otras. Igualmente, Reboloso *et al.* (2008) hacen hincapié en basar la evaluación en el objetivo del programa y leer entre líneas cuando el programa atiende las necesidades básicas de un grupo cultural diferente o con segregación social, esto con la finalidad de utilizar un “examen comparativo transcultural” (Reboloso *et al.*, 2008:485). En otras palabras, priorizar la comunicación y colaboración transcultural cuando el programa atiende las necesidades de un grupo cultural diverso es esencial, y dado que la diversidad cultural es una característica humana global, la comunicación transcultural debe ser entonces de uso globalizado en cualquier evaluación, sobre todo si involucra a organizaciones humanitarias internacionales.

Grinnell *et al.* (2012) han enfatizado que el monitoreo adecuado de las actividades y del impacto en los beneficiarios es la base misma de una evaluación adecuada, incluso para las evaluaciones de resultado, ya que si no se tiene suficiente información disponible ¿cómo se va a evaluar lo que no se registra? Es entonces que la implementación exitosa de un programa se fundamenta en la evaluación adecuada no sólo *durante* pero incluso *antes* de la creación del mismo, es decir, para la planeación del programa.

La presente investigación resalta la importancia en identificar las prioridades, intereses y necesidades de los beneficiarios para delimitar los componentes psicosociales relevantes en la planeación del programa. Por lo tanto, sería contraproducente enlistar aspectos psicosociales a ser evaluados *a priori*, es decir, sin antes realizar una evaluación diagnóstica. La afirmación anterior presenta una

contradicción obvia: ¿cómo se va a evaluar algo que se desconoce? No es tan complicado, los manuales y guías de atención psicosocial han servido como ejemplos prácticos de categorización y jerarquización, es decir, la actividad para crear un aparato conceptual general —o categorización— es lo importante y no tanto las jerarquías y categorías que se ofrecen (guías y manuales), ya que no se trata de rellenar los espacios vacíos compulsivamente, sino de identificar qué categorías y espacios son relevantes, recordando que la actividad misma de reconocimiento de categorías empodera el conocimiento local de los beneficiarios —muchas veces ignorado o subestimado. Se pueden usar las categorías ofrecidas en las guías internacionales siempre y cuando se sea consciente de que no son las únicas categorías, pero dejando a un lado la jerarquización que se recomienda, es decir, las pirámides, ya que no retratan necesariamente las prioridades de la cultura de los clientes.

Para materializar una categorización adecuada, la siguiente sección del capítulo retratará dos ejemplos de evaluaciones para la atención psicosocial que se realizaron en la ayuda inmediata después de desastres. Se sabe que *el tiempo* es una variable importante en la asistencia humanitaria por la urgencia que el desastre demanda, pero no es una limitante para dar auxilio útil, ético, culturalmente adecuado, válido y confiable.

## **1.2. En la práctica**

Las evaluaciones que a continuación se detallan son sobre acciones de la ayuda humanitaria en desastres naturales por organizaciones internacionales y nacionales, se seleccionaron por su utilidad para identificar el “cómo” de una exitosa adecuación de los contextos locales. El primer caso es una evaluación diagnóstica en Haití después del terremoto del 2010 y el segundo caso es una evaluación sumativa de las lecciones aprendidas después del huracán Katrina en Nueva Orleans, Estados Unidos.

## A. Organización Internacional para las Migraciones en Haití

La evaluación diagnóstica realizada por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) demostró que es viable realizar evaluaciones antes de implementar intervenciones psicosociales inmediatas después de desastres.

El artículo *Psychosocial response to the Haiti earthquake: the experiences of International Organization for Migration* [Respuesta psicosocial al terremoto de Haití: las experiencias de la Organización Internacional para las Migraciones] detalla brevemente las actividades realizadas, las cuales fueron consideradas de evaluación y de intervención al mismo tiempo, haciéndolas por ende, valiosas para los patrocinadores<sup>9</sup>, se fundamentaron tanto en investigaciones documentales como en evaluaciones sobre la marcha de los contextos en tiempo real.

Como el resto de las organizaciones de atención psicosocial en Haití, la OIM utilizó la guía del IASC como referente con la característica especial de implementar los cuatro niveles de la pirámide sin jerarquización de importancia y desde el inicio, dividiéndolas en dos actividades: la creación de capacidades y la intervención directa. Es decir, las actividades de la OIM no se limitaron a la *intervención directa* sino también a la *mediación* o defensa de prácticas locales útiles (usos y costumbres) y la *creación de capacidades* como la colaboración con líderes religiosos, médicos tradicionales, otros profesionales de la salud y otras agencias locales e internacionales. La *creación de capacidades* se enfatizó en (1) la capacitación en modelos transculturales y teorías de salud mental, (2) la capacitación en modelos de apoyo psicosocial sistemáticos y familiares para psicólogos, (3) la capacitación en modelos basados en el arte para el apoyo psicosocial de los activistas y otros profesionales del entretenimiento, y (4)

---

<sup>9</sup> Los *patrocinadores* también adquieren el nombre de *donadores* por otros autores. En la presente investigación ambos términos son usados como sinónimos y se refieren a las personas, organizaciones o gobiernos que donan recursos en especie, servicios o financiamiento.

inducciones del principio *do no harm* [no hacer daño] para los actores humanitarios en general y líderes comunitarios (Schinina, Hosn, Ataya, Dieuveut y Salem, 2010).

A simple vista, se podría suponer que la OIM mantiene una posición pragmática de la diversidad en medicina en donde la OIM son los expertos que dan capacitaciones, pero más adelante se establece que las actividades de intervención directa incluyen la evaluación constante de necesidades y contextos.

Para la planeación de la intervención la OIM tomó en cuenta la importancia del sistema *lakou* y la familia en Haití, por ende dio preferencia a la consejería familiar en lugar de la consejería individual. Y dado que el bienestar es el resultado de la armonía con el mundo natural y el de los espíritus, ancestros y los invisibles, la intervención dio prioridad al componente colectivo y espiritual más que al concepto de la identidad individual del ser, dando atención especial a los asuntos espirituales y trabajando hombro con hombro con los líderes religiosos para reforzar mensajes positivos y útiles. Asimismo, la OIM, junto con líderes religiosos, desarrollaron guías para la organización de rituales en la ausencia de los cuerpos. El arte fue un elemento frecuentemente usado ya que una evaluación destacó que en el vudú los ritmos y los bailes son usados en rituales para conectar a los vivos con las fuerzas cosmológicas de los invisibles. Entre otras de las actividades implementadas por la OIM se encuentran: un equipo móvil psicosocial para los pacientes del hospital psiquiátrico Beudet, refugio a los clientes, remisión de los casos vulnerables, consejería familiar y en grupos a los campos de las personas internamente desplazadas, creación de grupos de apoyo, creación de sesiones de solución de problemas de manera creativa en donde se presentaban problemas en obras de psicodrama y estos eran resueltos por los participantes. (Schinina *et al.*, 2010).

La OIM descubrió que la mayoría de los beneficiarios a los que su programa estaba destinado no tenían acceso a atención médica oficial y recurrían

principalmente a médicos tradicionales y Organizaciones No Gubernamentales (ONG) religiosas, y que para asuntos emocionales y psicológicos recurrían a la familia, el contexto religioso o a médicos tradicionales, y sólo recurrían a profesionales de la salud mental si el comportamiento era inaceptable dentro de su contexto. También se destaca que entre este grupo las formas de depresión se tratan con ceremonias en la comunidad con médicos tradicionales del vudú, por lo que se dio prioridad a la reproducción de estas formas de sanación (Schinina *et al.*, 2010).

Una de las primeras actividades para la obtención de información fue la creación de foros entre académicos, profesionales, médicos tradicionales y líderes religiosos en las zonas afectadas para el diseño de las intervenciones. Esto resalta la cooperación entre actores humanitarios y beneficiarios para la planeación conjunta de intervenciones, así como la interconexión con otras agencias humanitarias, locales e internacionales (Schinina *et al.*, 2010).

Es interesante ver cómo la evaluación diagnóstica de la OIM basa en la cultura haitiana el diseño de las intervenciones, reconoce la importancia de realizar y apoyar rituales organizados por los médicos tradicionales, y explica la coordinación entre estos y los profesionales de salud mental dejando que los primeros determinen si el comportamiento de los participantes en los rituales es inaceptable dentro del contexto normal —reconociendo la experiencia de los médicos tradicionales— creando un sistema de remisión mutua; así como el apoyo que los profesionales de la OIM brindaron a los médicos tradicionales para que se celebraran ceremonias para sanar a las personas poseídas, por ejemplo. Después del diagnóstico inicial, la OIM justificó y explicó las intervenciones desde dos aparatos conceptuales —o cosmovisiones—, por una parte explicó por qué son importantes para los haitianos y por qué son valiosas para los donadores, al dar dos justificaciones completamente distintas respeta el lenguaje racional de coherencia que los donadores esperarían, y por otra parte justifica la importancia

de la cultura haitiana pero explicada para personas no pertenecientes a la cultura haitiana (Schinina *et al.*, 2010).

A pesar de la admirable cooperación entre profesionales occidentales, médicos tradicionales y líderes religiosos, es necesario subrayar que en el artículo no se menciona cómo funciona la remisión mutua con la barrera del lenguaje —francés a haitiano criollo y viceversa—, tampoco detalla qué teorías de apoyo psicosocial se usaron, aunque retrata muy bien el enfoque transcultural al enfatizar la colaboración con locales para reforzar, y reconocer, las capacidades y recursos locales.

## **B. Lecciones del huracán Katrina en Nueva Orleans**

La respuesta a la emergencia seguida del huracán Katrina en el 2005, fue oficialmente proporcionada y centralizada por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, que estaba a su vez dividida en dos organizaciones, así como la asistencia de un grupo militar y un grupo de seguridad privada (Seidenberg, 2005). Esta asistencia centralizada evidenció múltiples áreas de mejora en cuanto a la puesta en práctica de los planes de preparación a emergencias nacionales, los cuales existen pero no respondieron a la realidad específica del lugar, demostrando la necesidad indispensable de un enfoque holístico e incluyente de los contextos social, económico (pobreza), cultural (étnico y de lenguaje) y político, entre otros.

A pesar de que el huracán Katrina activó con anticipación el *Plan nacional de respuesta a desastres*, la puesta en práctica por agentes locales y federales, para beneficiar sobre todo a los grupos más vulnerables de Nueva Orleans, llegó muy tarde o no acudió, evidenciando una necesaria reforma en la estructura burocrática al ofrecer ayuda y una deficiente coordinación y comunicación entre instituciones gubernamentales, e igualmente con organizaciones externas locales.

Algunas suposiciones que han disminuido a raíz de la respuesta al huracán Katrina son: no asumir como innecesarias adaptaciones de aspectos tan importantes como el uso de otros idiomas además del inglés, advertencias a grupos inmigrantes para la evacuación oportuna, asimismo estar consciente de que bajos niveles educativos de algunas poblaciones impiden el llenado del papeleo para solicitar asistencia, pero sobre todo no negar la existencia de escepticismo en las comunidades más vulnerables a recibir ayuda cuando históricamente se les ha dificultado la ayuda en otros programas sociales, es decir, la subyacente discriminación en la administración de programas sociales por los agentes del gobierno que se magnifica al ser ellos mismos quienes dan la ayuda en emergencias con los mismos procedimientos discriminatorios (Seidenberg, 2005).

Las deficiencias en la respuesta por agentes federales llevaron a afirmar que la inequidad racial fue un problema mayor en Estados Unidos y que asuntos como la raza y la clase social fueron centrales en las experiencias de evacuación (Office of Minority Health, 2008). La encuesta realizada por la Universidad de Harvard a 680 evacuados resaltó que 61% de los encuestados, en su mayoría negros, sintieron que el gobierno federal no se preocupó por ellos, y el 67% respondió que si hubieran sido blancos y ricos en lugar de negros y pobres, el gobierno hubiera actuado más rápido (The Washington Post, Kaiser Family Foundation y Harvard University, 2005).

Curiosamente, al realizar la evaluación conjunta de resultados se descubrió que organizaciones locales, que tenían un contacto directo antes de la emergencia y que en consecuencia tenían un mejor conocimiento de la realidad económica y cultural, lograron proporcionar mejor ayuda y coordinación con la comunidad y otras organizaciones, dos de estas fueron el Salvation Army [Ejército de salvación] y Catholic Charities [Caridades católicas].

Un punto importante sobre el reporte de las prácticas actuales de competencia cultural en Estados Unidos —*Cultural Competency in Disaster Response: A Review of Current Concepts, Policies, and Practices* [Competencia cultural en la respuesta a desastres: una revisión de los conceptos actuales, políticas y prácticas]— es el uso limitado del concepto de competencia cultural en salud mental, en donde su significado original es interpretado y puesto en práctica de forma simulada. En el mismo reporte se recomienda, en todo caso, ser *competente en contextos*. “Investigaciones recientes recomiendan que los profesionales de la salud mental culturalmente competentes deben estar bien informados sobre los antecedentes étnicos, lingüísticos y culturales de sus clientes. Deben estar conscientes de que las culturas son diversas y que son más diferentes dentro de las culturas, que entre culturas” (Office of Minority Health, 2008:89). Al mismo tiempo, 91% de los psicólogos disponibles para la atención en desastres en Estados Unidos son terapeutas con doctorados que se enfocan en la terapia individual y no necesariamente a resolver las necesidades psicosociales de las comunidades afectadas con la ayuda práctica para la reinserción del ritmo social, es decir, ayuda en términos de mediación y resolución de problemas prácticos, así como la distribución de información clara y útil a la comunidad (Office of Minority Health, 2008). Otro factor importante es que la mayoría de los psiquiatras disponibles para atender emergencias tienen mucha más experiencia con personas de raza blanca (Office of Minority Health, 2008). Una deficiencia en la revisión de la competencia cultural, es que además de los psicólogos y los psiquiatras no se menciona colaboración con, o disponibilidad de, medicinas alternativas y complementarias.

“Las condiciones de pobreza son más endémicas en Nueva Orleans, donde el 28% de las personas viven en pobreza, 84% de éstas son afroamericanas” (Seidenberg, 2005:4). Si se compara este porcentaje con el nivel nacional de pobreza que es del 12.4% es evidente el descuido a nivel federal para realizar medidas de mitigación en una zona vulnerable y que tiene una historia de división racial (Seidenberg, 2005).

Desafortunadamente, para crear real empatía cultural en el contexto burocrático de FEMA, los proveedores deben sentirse conectados con la comunidad impactada. Seidenberg (2005) reportó que muchos agentes se sentían incómodos al atender a personas pertenecientes a algunas minorías sociales y el daño inconscientemente inflingido no fue necesariamente por inacción sino por falta de entendimiento. El contexto del desastre presentó una oportunidad única para que las instituciones oficiales enfocaran el apoyo a los grupos más marginados, que ya lo eran antes del huracán, pero que pudo potencialmente reestablecer la equidad al distribuir la ayuda con un enfoque basado en organizaciones comunitarias —como Catholic Charities, que respondieron a las necesidades especiales de las minorías y tenían un relación de larga data y una perspectiva local de los problemas de Nueva Orleans— y líderes comunitarios, es decir, en donde se contrataran a personas de la misma comunidad para la asistencia y distribución de ayuda e información, que fue uno de los mayores problemas (Seidenberg, 2005). “El éxito de Catholic Charities en Katrina fue su habilidad para permanecer responsivo y flexible, mientras sus grupos locales eran capaces de reorientar el foco hacia esfuerzos de rehabilitación” (Seidenberg, 2005:21) y no sólo de socorro; y los servicios ofrecidos cambiaban en base a como cambiaba el panorama en Nueva Orleans (Seidenberg, 2005).

Ahora bien, lo ideal no hubiera sido que Catholic Charities se encargara de la respuesta al desastre, sino que FEMA, en su posición de institución oficial, se coordinara a nivel de socios con organizaciones y líderes comunitarios para descentralizar la atención, que se volvió completamente burocrática, y en consecuencia, crear soluciones flexibles, a nivel local y con la participación como socios de organizaciones y líderes locales, respetando las diferencias culturales (Seidenberg, 2005).

## 2. PSICOLOGÍA CULTURAL

### 2.1. Cultura(s)

Escritores, artistas e intelectuales han descubierto la dificultad y peligrosidad de hacer generalizaciones al definir las identidades nacionales. Por ejemplo, de México se ha dicho que es un México con muchos Méxicos. En lugar de sintetizar y limitar la riqueza cultural se han dedicado a explorarla e interpretarla a través del arte y la ciencia para crear canales de comunicación y mutuo entendimiento, a veces exitosos —Martin Luther King Jr., Rigoberta Menchú y el Dalai Lama— y a veces discriminatorios —Octavio Paz (Marín, 1997).

De acuerdo con la psicología cultural “el lenguaje y las tradiciones históricas moldean los procesos mentales” (Berlin, 1976 citado en Cubero y Santamaría, 2005:21) convirtiendo al lenguaje en un vehículo dorado para expresar y entender la cultura. Actualmente existen 6,909 lenguas habladas en el mundo (Lewis, 2009a). En términos burdos, 6,909 formas de categorizar y entender al mundo; si se quiere ser radical: 6,909 culturas. Es verdad que la globalización ha creado sinergias en la visión del mundo aún con idiomas maternos distintos, pero también es cierto que aunque se hable el mismo idioma materno —español— España, Guatemala y México poseen culturas distintas; en este caso, estaríamos hablando de una multiplicidad incontable de culturas, y en consecuencia, de aparatos conceptuales.

La diversidad cultural antes descrita podría asustar a científicos experimentales —aquellos dedicados a extraer el contexto y la cultura de las investigaciones para hacerlas objetivas— pero la diversidad humana no es caótica o llena de

dificultades o trampas culturales para obtener una salud global o un entendimiento global de la vida. De hecho, el valor de la diversidad cultural reside justamente en la heterogeneidad: poblaciones entendidas como burbujas de realidad que al encontrarse con otras burbujas abren perspectivas de entendimiento. En otras palabras, conocer otras realidades y cosmovisiones abre posibilidades para entender la propia cultura y su unicidad (Shweder, 1991).

Algunas veces este encuentro *burbujal* ha ocasionado que una cultura vea su posibilidad de invadir los derechos de otra cultura, iniciando colonizaciones (ocupación cultural y terrenal) y jerarquización de conocimiento y poder. Es así como la colonización cultural también ha llegado a la ciencia, la cual es principalmente occidental (Shweder, 1991; Watts, 1966). La presente investigación retrata la jerarquía que la cultura occidental ha tenido sobre otras culturas para obtener y crear conocimiento, y la cuestiona.

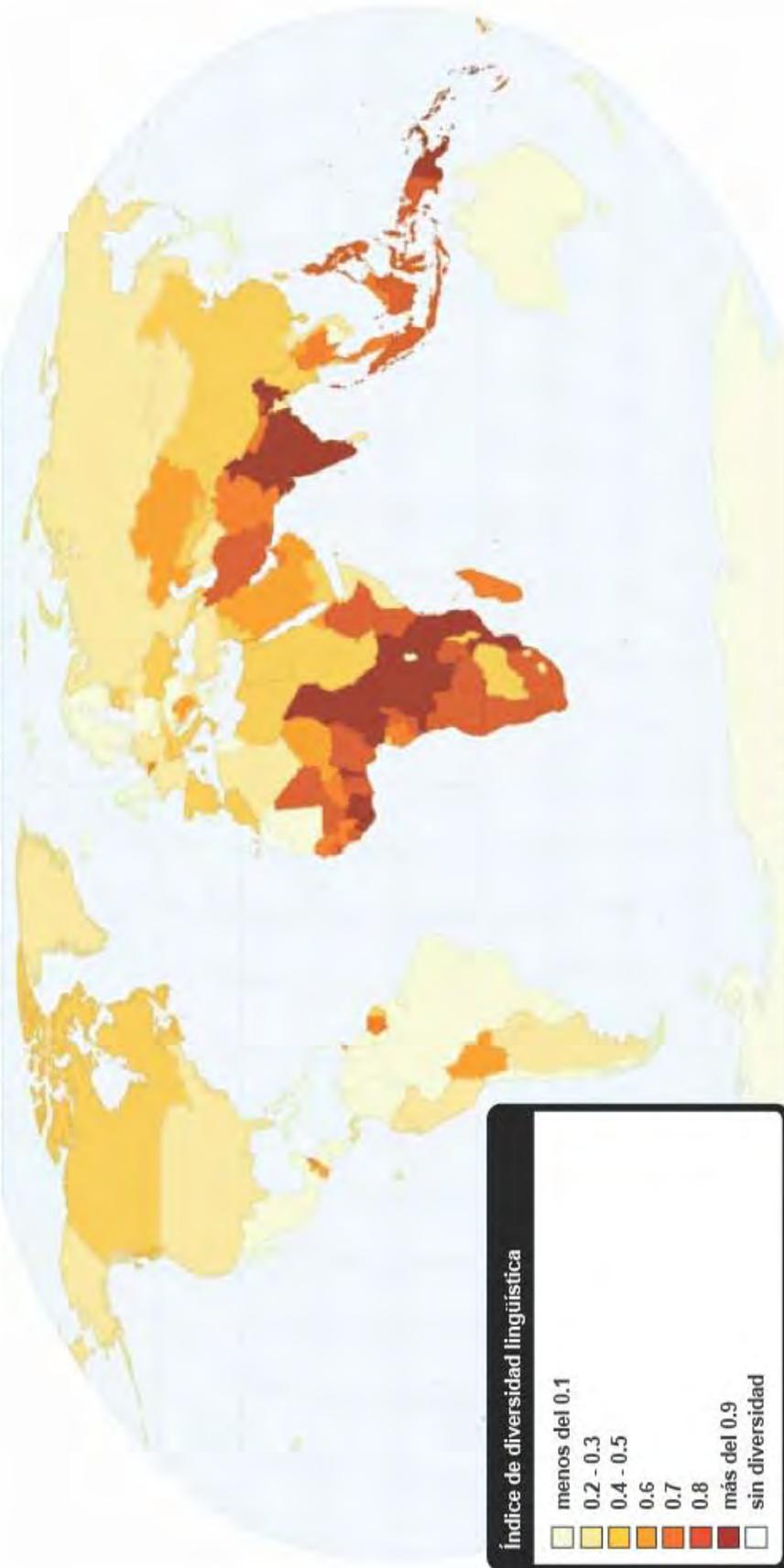
Tal vez uno de los problemas más radicales de la psicología cultural es aceptar, como científico, que no existen diferentes formas de interpretar la realidad desde las diferentes culturas, sino que existen diferentes realidades y éstas son entendidas y creadas de distinta forma dependiendo de la cultura. Los procesos de colonización se pueden entender como la creación de nuevas culturas a partir del contacto de dos o más culturas (y realidades). Es decir, las culturas interactúan co-creando nuevas realidades.

La riqueza cultural de los grupos étnicos dentro de cada país potenció la investigación inter y transcultural: mundos por entender dentro de cada país. El mapa 1 muestra la diversidad lingüística, aquí se puede apreciar que, sin excepción, todos los países del mundo cuentan con diversidad lingüística. Por ejemplo, en Canadá para entre el 40 y 50% de los habitantes la lengua materna es distinta a los idiomas oficiales: inglés y francés; esto no quiere decir que no hablan inglés o francés, el cual es su primer o segundo idioma pero no su lengua materna. No es de sorprender que la comunidad bilingüe y polilingüe se ha

incrementado de forma constante en todo el mundo —facilitando la comunicación dentro, y entre, los países—, sobre todo en África y Asia en donde existen países con más de un 90% de diversidad lingüística (Lewis, 2009b).

Dada la riqueza lingüística, y por ende cultural, se intuye una diversidad en cosmovisiones que moldea todos los ámbitos de la vida humana, incluyendo, como se menciona en párrafos anteriores: la mente. La cultura es la base para el entendimiento de la vida, las necesidades básicas, el bienestar e incluso la felicidad. De la cultura surgen las ideas, el entendimiento de la salud, las curas para enfermedades; y de esas categorías nace el capital social, las redes e identidades que los miembros de esa cultura poseen y que fuera de la misma pierden (Goffman, 1970): si un policía de inmigración de Estados Unidos visita Guatemala pierde la identidad y poder —que tiene en el aeropuerto, por ejemplo, para interrogar sobre aspectos personales a visitantes guatemaltecos— para convertirse en turista.

Mapa 1. Índice de diversidad lingüística dentro de cada país.



Fuente: Lewis, 2009b

## 2.2. ¿Qué es la psicología cultural?

Richard Shweder (1991), psicólogo cultural, explica los mitos de la psicología general. El mito principal es la idea de oposición entre la religión-superstición-revelación y la ciencia-lógica-racionalidad que divide al mundo entre *el entonces* y *el ahora*; primitivo y moderno; magia y ciencia; superstición y objetividad; ellos y nosotros. En otras palabras, entre el conocimiento indígena (primitivo y subdesarrollado), y el científico (y avanzado); en donde los métodos de la ciencia interponen divisiones y jerarquías de conocimiento.

Otro mito de la psicología general es la existencia de una unidad psíquica universal. La psicología general supone que más allá de las diferencias humanas, y culturales, somos iguales y tenemos las mismas reacciones y categorías mentales: una unidad psíquica universal —a veces vista como un procesador central. Sin embargo, esto sólo es real para las características básicas —como identificar al otro como una persona imaginable, con un lenguaje y una vestimenta— las cuales pueden ser completamente libres de contexto y de estímulos con significado, siempre y cuando se analicen sólo las características básicas. La mente humana posee contextos y significados culturales, y al realizar una investigación experimental de las categorías superiores de conocimiento —aislar a las variables de su contexto—, la investigación se convierte en un análisis de nociones mentales imposibles e irreales, que sería simplemente una interpretación inocua desde la cultura —y categorías mentales— del investigador (Shweder, 1991).

La psicología cultural no es psicología transcultural, ya que esta última es una rama de la psicología general, con sus mitos (antes descritos). La diferencia principal entre estas psicologías es que la primera considera a la cultura como un proceso que explica el funcionamiento de la mente; la psicología cultural adapta

los métodos de investigación para expresar y explicar esa mente —moldeada culturalmente— (Stigler, Shweder y Herat, 1990). La psicología transcultural ve a la cultura como una trampa, la cual debe ser considerada para realizar adaptaciones a los métodos y modelos de uso universal, siendo una variable más a considerar en la investigación o intervención, y no como un elemento fundamental para extraer modelos de intervención (Cole, 1999). La psicología transcultural parte de la creencia de una unidad psíquica universal, lo cual ocasiona un problema *per se* para la investigación de categorías superiores mentales.

Un ejemplo de psicología transcultural son las recomendaciones del *Código ético del psicólogo* para adaptar los servicios de evaluación diagnóstica a pueblos indígenas para que el contexto cultural se tome en cuenta (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007). La psicología general no cambiará los métodos o intervenciones, sólo adaptará los servicios de evaluación diagnóstica y determinará si la intervención es éticamente útil, y si no lo es no habrá intervención.

La psicología cultural determina que la mente y la cultura son inseparables (Markus y Hamedani, 2007). Así como el lenguaje es aprendido por el medio ambiente donde el niño crece; los significados y símbolos devienen de ese medio colectivo, asimismo la mente es moldeada, y al mismo tiempo moldea, todo aquello en el contexto cultural (Sampson, 1994). El niño continúa la co-creación de la cultura, ya que la cultura es un proceso (Guitart, 2008), y los procesos están en continuo cambio. Incluso los monjes tibetanos que eligen vivir en soledad —comprobando que ser ermitaño es posible— han aprendido un lenguaje y una forma de entender al mundo desde su interacción con los otros en la infancia, entendiendo y expresando una cosmovisión cultural en su presente ermitaño. Somos intrínsecamente interdependientes, moldeándonos los unos a los otros.

Así, la psicología cultural se propone estudiar las variadísimas maneras en las que las tradiciones culturales y las prácticas sociales regulan, expresan, transforman y transmutan la psique humana. ... La interdependencia, la determinación recíproca, la dinámica de una dialéctica son algunos de los corolarios que se desprenden de este axioma de partida. Así, no se llega a la unidad de un substrato universal, atemporal, ahistorico, y acultural sino a la proliferación de divergencias, es decir de modos de significación diferenciales que constituyen la singularidad y especificidad de cada cultura humana (Sampson, 1994:3).

Con base en la explicación anterior se espera que los servicios de salud mental para mentes culturalmente diversas sean diversos.

La mente es culturalmente diversa, en consecuencia las prioridades de salud, bienestar y de necesidades básicas son igualmente diversas, así como las enfermedades mentales y, valga la insistencia, la sanación de esas enfermedades. En la medida en que las prácticas de sanación para la salud mental devengan de soluciones locales, es decir, de la cosmovisión de la cual estas enfermedades nacieron, éstas sanarán. Logrando así una sostenibilidad, reconocimiento y empoderamiento de los recursos y capacidades que todas las comunidades, occidentales o no, poseen.

Para estudiar la diversidad en servicios de salud mental, la antropología médica proporciona métodos de investigación para prevenir la imposición y unidireccionalidad de las prácticas de sanación occidentales sobre las no occidentales.

La antropología médica es el estudio etnográfico de los servicios de salud. En su modelo crítico se ha dedicado a entender y explicar las perspectivas de vida sobre la salud diferentes a la percepción occidental, en un ambiente equitativo; para hacerlo ha incluido una perspectiva holística en donde aspectos interdisciplinarios como la cultura, la naturaleza, el poder y la economía moldean modelos etnográficos y modelos médicos (Martínez, 2008).

Asimismo, este campo de estudio explica la diversidad de medicinas desde la interdisciplinariedad; la psicología cultural es más específica, ya que entiende y analiza los procesos mentales de salud y enfermedad desde la cultura local; *pensándolos* desde la cultura de la que nacieron (Shweder, 1991), buscando dentro de la cultura y sus contextos las soluciones a las enfermedades. El conocimiento indígena que históricamente la psicología general ha desacreditado al llamarlo brujería, santería o supersticiones (Adams y Hawkins, 2007) es rescatado por los psicólogos culturales para entenderlo y subsecuentemente, reconocer enfermedades o malestares —como el susto o el mal de ojo— que sin duda existen y sólo son curables con sanaciones tradicionales o médicos tradicionales (Adams y Hawkins, 2007). Incluso enfermedades similares en distintas culturas, como dolores de cabeza y diarreas, tienen distintas curas dependiendo de la cultura (Romero, 2011). Sin mencionar la profunda relación de enfermedades físicas y mentales, las cuales muchas veces no pueden, ni deben, desligarse para ser curadas por separado (Stewart, 2009), siguiendo la premisa de una medicina holística e interdisciplinaria para conseguir una salud global de acuerdo con la definición de salud de la OMS.

“En el lenguaje de psicología cultural no hay leyes psicológicas puras” (Shweder, 1991:99), la psicología cultural aborda las categorías de salud y enfermedad mental siempre consciente de los contextos culturales, los cuales van cambiando con el tiempo porque son procesos históricos. Por ejemplo, los modelos y definiciones sobre la cultura haitiana desarrollados antes del terremoto del 2010 han cambiado después de la intervención de agentes humanitarios internacionales. Probablemente el cambio de la cultura haitiana no haya sido radical, pero es indudable que sufrió cambios al enfrentarse a la imprevista ola de organizaciones, médicos y psicólogos principalmente occidentales que llegaron a Haití. Sin mencionar la bidireccionalidad del cambio de perspectiva, ya que esta interacción afectó igualmente a los agentes humanitarios.

## **2.3. Contextos**

Para entender el mapa cognoscitivo, traducido en códigos, reglas, significados y necesidades básicas o prioridades de vida, de una comunidad cultural es necesario entender los contextos de la misma. Shweder y Sullivan (1993) proponen tres contextos para entender e interpretar desde la psicología cultural: contexto disciplinario, contexto histórico y contexto institucional.

### **2.3.1. Contexto interdisciplinario**

La comunicación interdisciplinar es central para la psicología cultural. Desde la creación de la psicología cultural ha tenido como valor fundamental la interdisciplinariedad (Shweder, 2007) como medio para entender todos los contextos involucrados en los procesos mentales y los procesos culturales que como se mencionó anteriormente, se crean y cambian mutuamente<sup>10</sup>.

#### **A. Ciencias duras: teoría cuántica**

Históricamente, los psicólogos generales han tenido un romance con los neurólogos, fisiólogos, psiquiatras y biólogos, siguiendo un deseo “aspiracional” de asemejar a la psicología con las ciencias naturales y usar sus métodos (Cole, 1999); este deseo asume la premisa de una división entre ciencias duras y ciencias blandas, donde (se esperaría que) las primeras buscan crear leyes, modelos y teorías universales capaces de producir predicciones exactas.

---

<sup>10</sup> Aunque la interdisciplinariedad en psicología no es reciente, es abordada de forma distinta por la psicología cultural.

La jerarquización en la ciencia —las ciencias físicas en primer lugar, seguidas por las ciencias naturales, quienes son seguidas por las ciencias sociales— deviene de la creencia errónea de leyes, modelos y teorías estáticas, atemporales y sin contextos en las ciencias físicas (Bohm, 1988). La teoría cuántica o mecánica cuántica conmocionó a los científicos de todas las áreas cuando descubrió que “no existe noción absolutamente constante acerca de lo que pueda ser la realidad bajo la cual subyacen la constitución y estructura universales de la materia” (Bohm, 1988:4). Los resultados de la medición de una partícula (la subdivisión última de un átomo) dependen en su totalidad de la herramienta de medición que se use (es decir, nada existe fuera del aparato de medición porque no está siendo registrado), y no sólo eso, también depende del contexto y elecciones personales de medición del investigador (Bohm, 1988): una partícula subatómica puede manifestarse como ondas o como masa (cuestión que confunde pues son dos entidades contradictorias según la física clásica) dependiendo de la herramienta de medición que se use, y no se puede saber al mismo tiempo su velocidad y su posición, ya que son dos características que se miden con aparatos diferentes y dependen enteramente de la elección personal y arbitraria del investigador. Para complicar aún más las cosas, Heisenberg descubrió que al medir la posición de una partícula, el mismo aparato de medición (que usa flashes de luz para hacerlo) modifica la posición de la partícula al medirla, es decir, la actividad misma de medición afecta lo que mide de forma impredecible dando como resultado mediciones modificadas intencionalmente por el investigador (Galindo y Pascual, 1978).

En consecuencia, en las ciencias físicas los métodos de medición *definen* el resultado de la investigación, y *cambian la realidad* al hacerlo. La teoría cuántica rechaza la noción de una realidad objetiva independiente. La elección personal del investigador, sus contextos, deseos y métodos definirán sus descubrimientos, rompiendo la engañosa suposición de leyes físicas exactas, eternas y *acontextualizadas* que definen una realidad universal, ya que no existe tal (Bohm, 1988).

Los físicos no han llegado a un consenso en leyes y teorías estáticas y eternas. ¿Es acaso una falla humana? ¿Existe una trampa en los sentidos humanos para alcanzar un conocimiento universal? No, es evidencia de que la diversidad existe, y de que los cambios y contradicciones se dan incluso a nivel subatómico, y ni el *tiempo* y el *espacio* son unidades con definiciones exactas porque dependen del investigador que las experimenta, mide e *interpreta*; entre muchos otros factores, tal vez por eso hay muchas interpretaciones de la teoría cuántica (Bohm, 1988). Esto puede resultar alarmante o caótico para algunos científicos, pero es todo lo contrario: es asombroso. Lo que asombra es la *diversidad* de definiciones y que el *cambio* y el *movimiento* sean parte de la materia a nivel subatómico (Bohm, 1988). La ilusión es, en todo caso, el control estático del universo, la naturaleza y los humanos, al quererlos encasillar en una sola definición, teoría o modelo atemporal y *acontextualizado*.

## **B. La interdependencia de la psicología cultural**

Concebir un concepto global del mundo es útil para tener un entendimiento coherente del universo; la psicología cultural da el siguiente paso y acepta la coexistencia de una gran diversidad de conceptos globales —o perspectivas de vida— y en consecuencia de realidades, a veces contradictorias, que cambian al medirse científicamente y cuyas interpretaciones dependen de quien las hace, y están en un *cambio* continuo, sobre todo cuando se encuentran con otras realidades.

En la psicología cultural, los diálogos entre los psicólogos sociales y los antropólogos culturales han sido los más frecuentes y constantes para crear formas creativas —métodos y herramientas— para adquirir conocimiento y entender realidades cognoscitivas (Shweder, 2007); los filósofos, lingüistas y pedagogos también han sido muy fructíferos para un entendimiento ontológico,

semántico y de desarrollo del conocimiento; sin embargo los politólogos, sociólogos y economistas han impulsado un entendimiento social de la mente, saltando de la tradición individualista de la mente al entendimiento de la mente colectiva, y así evidenciar las relaciones jerárquicas que existen entre culturas, medios de producción y poder, e institucionalización de prácticas culturales como normas o modelos universales a seguir. La comunicación interdisciplinar es infinita y puede llevar a distintos escenarios dependiendo de las colaboraciones que se formen.

La psicología cultural no crea modelos, teorías y métodos de investigación o evaluaciones diagnósticas universales; todo lo contrario, abre la puerta para un diálogo interdisciplinar para la creación de métodos de investigación y evaluación creativos (Shweder, 2007), abiertos a la colaboración entre distintas disciplinas y actores; bajo la premisa de que otras realidades, e incluso la propia, asombran por sí mismas al realmente entenderlas (Shweder, 1991).

### **2.3.2. Contexto histórico**

El contexto histórico está íntimamente relacionado con superar la división disciplinaria explicada en párrafos anteriores —duras versus blandas; naturales versus culturales-históricas (Cubero y Santamaría, 2005); universales y estáticas versus diversas y cambiantes/creativas. La historia es esencial en todas las disciplinas ya que todas poseen “antecedentes teóricos”, un pasado que hereda los conceptos en los que se fundamentan los descubrimientos actuales, aunque estos se asuman universales y atemporales. Al mismo tiempo, el contexto histórico no persigue una causalidad evolutiva y jerárquica, sino adaptativa y creativa.

Una característica importante de la cultura histórica es la huella genética que ésta deja a los miembros de cada grupo cultural. Misma que se adaptará y cambiará dependiendo de las experiencias de las siguientes generaciones, sin que

esto signifique una jerarquización genética, sino una diversidad genética (Cole, 1999).

Las diversas realidades culturales no sólo devienen de la historia oficial, también devienen de la representación del pasado según las distintas versiones de la historia. La historia es una interpretación coherente del pasado que justifica el presente (Cardoso y Pérez, 1976) —el pasado es complicado y la historia es el arte de sintetizar esas complicaciones y contradicciones para hacer del pasado un resumen entendible. Así, las historias oficiales, no oficiales y orales, continúan moldeando las categorías mentales y los posibles cambios (futuros) de la realidad; es una historia continua. Entender la historia cultural, y más aún, la percepción de la misma, es fundamental para entender la realidad mental de dicho grupo cultural.

Con respecto a la memoria histórica, los medios de comunicación tienen un gran poder para comunicar y difundir información y opinión pública, sobre todo para “crear” realidades, ya sea al exagerarlas o minimizarlas: formando representaciones conceptuales que se vuelven verdades colectivas al vocalizarse pero que no son completamente reales (Shweder y Sullivan, 1993). Por ejemplo, en la Ciudad de México la inseguridad es una prioridad política y un tema frecuente en los medios de comunicación, sin embargo no hay estadísticas confiables y las personas han sobreestimado el riesgo de ser víctimas de un crimen violento en un 86% (Coppola, 2011). En la Ciudad de México existe una percepción exagerada de la inseguridad que ha generado un miedo colectivo, el cual afecta la salud mental y bienestar de la población; quienes vocalizan constantemente su riesgo pero las estadísticas no cuadran con esa representación vocalizada. Es por ello que Shweder (1993) recomienda que al desarrollar métodos de medición de la mente, éstos registren *lo más cercano a la experiencia* y limiten registrar *las concepciones culturales vocalizadas*, ya que pueden ser idealizaciones y representaciones conceptuales de la realidad.

Los códigos, reglas y significados locales cambian su uso y su entendimiento de generación en generación e incluso hay cambios radicales dentro de cada generación. Es decir, los códigos y reglas están específicamente definidos pero son entendidos de forma distinta dependiendo de la generación, dentro de la misma cultura.

Como conclusión, la psicología cultural es el estudio de las metas, valores e imágenes del mundo que son *heredadas* y distintivas de los miembros de grupos culturales. Una cultura es la conexión de sus miembros a un lenguaje común, una memoria histórica, hábitos, experiencias, tradiciones y sentimientos; es una necesidad humana no menos natural que comer, beber, sentirse seguro y protegido (Shweder, 2007). Para una evaluación diagnóstica adecuada, la información histórica debe obtenerse en la comunidad física y el entorno social, así como con una infraestructura crítica de la interdependencia colectiva y con las comunidades externas (Coppola, 2011).

### **2.3.3. Contexto institucional**

Las instituciones oficiales son consensos de los códigos, reglas y significados culturales (Shweder y Sullivan, 1993). Los usos y costumbres se oficializan en políticas públicas y leyes. Es probable que las instituciones existentes sólo reflejen los códigos, reglas y significados del grupo cultural mayoritario o del que posea una jerarquía superior con respecto al acceso a los recursos públicos. También es probable que no exista tal consenso en los códigos, reglas y significados; deviniendo en una inexistencia de instituciones. Pero la falta de instituciones públicas no significa que no existan usos y costumbres, aunque no establecidos legalmente, pero de conocimiento y uso general. Por ejemplo, en Guatemala los indígenas ixiles no suelen casarse por ley; sin embargo, el matrimonio es una costumbre de uso general (Romero, 2011). En otras palabras, la institución del

matrimonio existe, pero la base de datos del registro civil de Guatemala será muy pobre comparada con la realidad.

Por lo tanto, entender las instituciones públicas, y la población cultural que se beneficia de ellas en términos de salud y bienestar, darán una perspectiva sobre las prioridades de vida —y sus categorías mentales— para los distintos grupos de un país.

### 3. CASO: HAITÍ

La narrativa histórica que se detalla sobre Haití en el presente capítulo es una recolección interpretativa de diversos autores —investigadores científicos, actores humanitarios, organizaciones no gubernamentales, distintos sectores de la ONU, así como medios de comunicación, instituciones gubernamentales locales y gobiernos extranjeros—. No es la historia que aprenden los haitianos en la escuela, pero tampoco es la historia completa y única. De igual forma, no pretende ser un ejercicio conclusivo acerca de la realidad haitiana desde su fundación hasta el día de hoy; en cambio, es una síntesis cronológica dirigida hacia extranjeros para dar cuenta sobre los diferentes actores presentes en Haití y crear un entendimiento psicosocial sobre los elementos clave que se consideran importantes. No pretende ser una historia sin contradicciones —ya que depende de quién cuenta qué y con qué propósito— o con una perspectiva única, la historia misma tiene situaciones incomprensibles que un análisis de discurso podrían explicar mejor que este capítulo.

La corrupción, la pobreza y la polarización social son características que empapan a los 9.7 millones de habitantes de Haití (Rencoret *et al.*, 2010); descrito como uno de los países más pobres del continente con 56% de la población viviendo en pobreza extrema. Haití es un país altamente dividido, donde el 20% de la población controla el 68% de la riqueza del país (International Monetary Fund, 2008). La clase alta está asociada con inversionistas extranjeros que se han beneficiado de la privatización abogada por Estados Unidos y las instituciones financieras internacionales (Dupuy, 2002).

El gobierno haitiano ha sido un Estado frágil desde su independencia hace más de 200 años. Aunque Haití es una democracia que elige presidente vía votación cada cinco años, en los últimos 25 años ha habido 17 presidentes, la mayoría han desaparecido por golpes de estado, muchos han sido asesinados, envenenados o han huido a otros países; en el mismo lapso se han escrito 23 constituciones. Estos gobiernos se han caracterizado por constantes violaciones a los derechos humanos (Security Sector Reform Resource Centre, 2011), y por la sistemática exclusión social basada en raza, lenguaje y educación (Burtoff, 1994). Con respecto a esto último, el 95% de los haitianos son de raza negra y el 5% son de raza mulata o blanca (Burtoff, 1994); los idiomas oficiales son francés, hablado por el 20%, y el criollo haitiano, hablado por casi todos los haitianos (World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010), sin embargo, otra investigación resalta que sólo el 10% de los haitianos se pueden considerar bilingües y que el 90% sólo habla haitiano criollo. Dado el bajo estatus social del criollo haitiano es muy reciente el interés por escribirlo, hasta hace 15 años muchos sectores de la población no veían el valor de aprender a escribirlo y leerlo (Burtoff, 1994). El criollo haitiano fue declarado idioma oficial en 1983, hace tan sólo tres décadas, en este periodo se ha expandido su uso a instituciones y documentos oficiales (Burtoff, 1994). El alfabetismo es del 40% de la población igual o mayor a 10 años de edad, pero para padres entre 31 y 55 años el porcentaje de analfabetismo es del 62.5% (International Monetary Fund, 2008).

Los trabajos en Haití más frecuentes son agricultura —actividad que está siendo afectada por la creciente deforestación y recurrentes desastres naturales (ReliefWeb, 2012)—, industria, servicios y turismo (International Monetary Fund, 2008). Para una gran proporción de la población, la migración es un mecanismo de afrontamiento —de zonas rurales a la capital, así como a otros países. Haití es el país más dependiente de remesas del mundo, 30% de los hogares reciben remesas de los expatriados y representan alrededor del 30% de los ingresos del hogar. Sin embargo, el trabajo es la principal fuente de ingresos y representa la

mayor parte de los ingresos totales de los hogares más pobres (The World Bank, 2007).

Alrededor del 80% son católicos y 16% protestantes (bautistas, pentecostales y adventistas), y la mayoría de los haitianos practican el vudú (AlertNet, 2012). El vudú ha sido frecuente y erróneamente considerado como una religión, posiblemente por las peyorativas interpretaciones de sus prácticas y creencias; sin embargo, el vudú es una cosmovisión por la que se entiende al mundo. La investigación de la World Health Organization/Pan American Health Organization (2010) aclara que la mayoría de las personas que creen en el vudú no hablan abiertamente sobre sus creencias a extraños, médicos o cualquier otra persona ajena a la tradición. El vudú es parte de los antecedentes culturales de la mayoría de los haitianos, independientemente de su identidad, e incluso está presente en haitianos de clase media y alta. Se debe puntualizar que no es una práctica homogénea, las creencias y prácticas son diversas dependiendo de la región.

### **3.1. Contexto histórico e institucional**

Dado que la psicología cultural favorece el diálogo interdisciplinario, esta sección realiza un ejercicio deductivo que busca explicar el contexto histórico de las instituciones oficiales en Haití para un entendimiento íntegro de la realidad haitiana, así como de la realidad institucional de la salud mental.

#### **A. Historia**

Antes de la conquista española en 1492, Haití era habitada por las etnias arawak y taínos, quienes perecieron por la esclavización de los españoles. En 1517, los españoles trajeron esclavos de África para sustituir el trabajo que los indígenas realizaban en las minas de oro y las plantaciones de azúcar. En 1697, España

cedió los derechos de Haití a Francia. En 1804, tras una rebelión de esclavos, Haití fue exitosamente establecida como la primera república negra independiente. Un largo periodo de inestabilidad, frecuentes cambios de régimen gubernamental y casi anarquía cubrió el siglo después de su independencia (Cook Ross, 2010). La discriminación internacional afectó a Haití por la falta de reconocimiento, y este aislamiento internacional no ayudó al proceso de estabilización política. Estados Unidos, por ejemplo, no reconoció la independencia de Haití sino hasta 1862 por miedo a que los esclavos de su propio país siguieran el ejemplo de Haití. Francia finalmente reconoció a Haití en 1838, después del pago de una “deuda por independencia” que vació los tesoros de la nación dejando al país en una situación económica vulnerable, pero independiente. El 80% del presupuesto nacional se iba a pagar las deudas.

En 1915 hubo rumores de que Alemania controlaba el 80% del intercambio internacional en Haití, a Estados Unidos le preocupó que bajo la víspera de la primera guerra mundial Alemania pudiera apropiarse de Haití y del canal de Panamá e invadió Haití argumentando una inestabilidad política en el país (Burtoff, 1994). Esta ocupación duró hasta 1934, durante este lapso, Estados Unidos controló las finanzas de Haití y permitió a extranjeros ser propietarios de tierra por primera vez desde 1804. Durante los 19 años de ocupación, los niveles de pobreza y analfabetismo quedaron iguales, en consecuencia se estableció un sentimiento anti-estadounidense en la sociedad civil, así como una fuerza militar entrenada por Estados Unidos, que fue la única institución que el gobierno utilizó para regir en los siguientes años (Burtoff, 1994).

En 1957 inició la dictadura de los Duvalier, la cual duró 30 años. Francois Duvalier, apoyado por Estados Unidos, se convirtió en presidente y por medio de una fuerza policiaca secreta aterrorizó a la población mediante una violación sistemática a los derechos humanos. En 1971, el hijo de Duvalier, Jean-Claude Duvalier, tomó posesión a los 19 años y continuó con el régimen de su padre, igualmente continuó la pobreza, así como la ayuda humanitaria y el apoyo político

de Estados Unidos. En 1986 Duvalier fue forzado a abandonar Haití por los disturbios y protestas públicas (Burtoff, 1994).

Después de la dictadura de los Duvalier hubo una transición lenta, no fue sino hasta en 1990 que el ex-cura católico Jean-Bertrand Aristide fue elegido democráticamente como presidente y el gobierno invitó a las Naciones Unidas como observadores (Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití, 2012) pero los conflictos lo forzaron a huir a Estados Unidos a tan sólo ocho meses de tomar la presidencia. El general Raoul Cedras tomó posesión tras una amenaza de Estados Unidos de invadir nuevamente y pero las violaciones a los derechos humanos continuaron con un régimen militar durante cuatro años más (Cook Ross, 2010).

En 1993 la ONU creó la *Misión Civil Internacional en Haití* (Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití, 2012) para intervenir. Finalmente, Estados Unidos invadió Haití de nuevo en 1994 bajo la fachada de “fuerzas de paz”, las cuales derribaron a Cedras (Burtoff, 1994). Aristide regresa como presidente por 10 años y en 1995 la ONU reemplaza las fuerzas armadas estadounidenses (Rencoret *et al.*, 2010) por soldados de las Naciones Unidas que siguen estando presentes hoy en día. Aristide es derribado de nuevo en el 2004 (Cook Ross, 2010). En el 2004 y por el acuerdo de una fuerza multinacional provisional se estableció la *Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití* (MINUSTAH), la cual sigue presente en la actualidad y fue afectada con 96 soldados fallecidos a causa del desastre natural del 2010. La principal función de la MINUSTAH es “desarrollar un proceso político, fortalecer las instituciones del Gobierno de Haití, apoyar la constitución de un estado de derecho, y promover y proteger los derechos humanos” (Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití, 2012). En 2006, Préval fue elegido democráticamente como presidente, título que ocupó hasta el 2011 (Security Sector Reform Resource Centre, 2011). “En 2010, la MINUSTAH apoyó al Gobierno en las elecciones presidenciales y legislativas, prestando asistencia técnica, logística y administrativa, y manteniendo

la seguridad permanente.” En 2011, el músico Michel Martelly ganó la presidencia y continúa en el poder. Actualmente, Haití está fortaleciendo el estado de derecho con ayuda de la ONU y otras organizaciones internacionales (Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití, 2012).

Durante cada cambio de régimen político, la migración haitiana se disparó principalmente a Estados Unidos, Francia, México, Puerto Rico, Jamaica, República Dominicana, Guyana Francesa y partes de África (Cook Ross, 2010). La inestabilidad política fue acompañada por caos económico y una serie de desastres naturales, incluyendo los huracanes de 1994, 1998, 2005 y 2008; el terremoto del 2010; y las inundaciones del 2004, 2007, 2009 y 2012 (ReliefWeb, 2012). Los haitianos han aprendido a adaptarse a los huracanes y las inundaciones, que aunque siguen afectando ya forman parte de los eventos de temporada en el país.

## **B. Ayuda humanitaria**

A inicios de la década de los 90, la asistencia humanitaria, encabezada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la ONU, implementó programas de ayuda, los cuales han estado presentes desde entonces (Organización Panamericana de la Salud, 1994; Postlewait, Cain y Thomson, 2004); con una excepción en el 2000 cuando los donadores extranjeros suspendieron toda la ayuda humanitaria para desarrollo humano en respuesta a la tangible evidencia de corrupción gubernamental, fraude electoral y violaciones a los derechos humanos (Library of Congress, 2006). Sin embargo, poco tiempo después, y debido a los huracanes e inundaciones de años subsecuentes, la atención humanitaria regresó a Haití. Por experiencia, los haitianos saben que la ayuda humanitaria es temporal y puede terminar inesperadamente, esta característica de la ayuda humanitaria ha sido expresada incluso por los actores humanitarios (Security Sector Reform Resource Centre, 2011; Danish Red Cross, 2010a; Schinina *et al.*, 2010).

## C. Instituciones oficiales

Con respecto al contexto institucional, ha existido una ineficacia de las instituciones oficiales para brindar un sistema de seguridad social, atención de salud y educación de cobertura significativa, lo cual motivó a que la cooperación internacional proporcionara parcialmente algunos de estos servicios desde hace al menos dos décadas (Postlewait *et al.*, 2004; Gilbert, 2004). Estadísticas del 2004 reflejan que “el sector público [cubría] apenas 25% de la demanda nacional de educación y 33% de la de salud [y] sólo 3% de la población [tenía] acceso a alguna forma de seguridad social” (Gilbert, 2004:17). Aun así, la creciente asistencia de las ONG no fue acompañada de una mejora en la cobertura de los servicios por parte del gobierno (Gilbert, 2004).

Aunada a la limitada cobertura, está la desconfianza por parte de la sociedad civil a las instituciones oficiales. Como fue descrito anteriormente, la serie de gobiernos corruptos y dictatoriales, con la sistemática violación de los derechos humanos, han normalizado la desconfianza de los haitianos hacia el gobierno, así como la perpetuación de la *corrupción* como lenguaje común en Haití. Esta desconfianza se extiende a actores internacionales (Security Sector Reform Resource Centre, 2011), cuya presencia no ha representado una mejora en la distribución equitativa de recursos y servicios públicos. En otras palabras, el lente de desconfianza de los haitianos empapa a todo aquel que trabaja en asociación con instituciones gubernamentales. Éste es un punto importante para entender por qué los haitianos desconfían y ven con recelo las actividades realizadas por los actores humanitarios.

En seguridad pública, después del terremoto del 2010, el gobierno mantuvo un perfil bajo, permitiendo que los actores humanitarios internacionales guiaran el proceso de reconstrucción en materia de seguridad (Security Sector Reform

Resource Centre, 2011). Desde el 2004, aproximadamente 8,000 militares de la ONU ayudaron a mantener la paz como parte de la misión de estabilización para mantener el orden civil en Haití (Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití, 2012). Después del terremoto, la ONU autorizó incrementar las tropas con 3,500 elementos más. Entre otras actividades, la ONU empezó a entrenar a los elementos policíacos en derechos humanos; sin embargo, la reputación del gobierno sigue estando teñida por la corrupción, e incluso la ONU ha expresado la dificultad de limpiar el sistema policíaco y militar de elementos corruptos (Security Sector Reform Resource Centre, 2011).

De la misma forma, sería peligroso suponer que existe una desconfianza generalizada; se sabe que todas las sociedades tienen sistemas tradicionales de salud (Inter-Agency Standing Committee, 2007), e incluso de educación y seguridad, mismos que poseen la confianza de la sociedad civil (Clerismé, 1985) ya que son parte de los usos y costumbres culturales: del capital social —capacidades y recursos locales. En otras palabras, sería contraproducente ignorar, desperdiciar o atacar las prácticas tradicionales de salud (Clerismé, 1985), educación (Shweder, 2012) y seguridad.

#### **D. Institución no oficial de la salud: medicina tradicional**

La salud mental es parte del bienestar holístico e indivisible de la *salud*, como retrata la definición de la OMS, por ende es indispensable entender el sistema de salud actualmente usado por los haitianos, en este caso, la medicina tradicional —oficial o no—; no sólo porque es la que permanecerá en la sociedad cuando la ayuda humanitaria se desvanezca, sino también porque es el sistema de salud en el que los haitianos confían y han confiado generación tras generación (Clerismé, 1985).

La institución no oficial de la medicina tradicional es también llamada medicina vudú (Thomas-Stevenson, 1991); más adelante se explicará la cultura haitiana que involucra el entendimiento del vudú —que va más allá del erróneo estereotipo de magia negra (Williams, 2003), ya que es una cosmovisión— pero por ahora y para evitar confusiones conceptuales se utilizará el término de medicina tradicional.

La medicina tradicional haitiana es una mezcla de las tradiciones curativas vudú de los esclavos africanos y las de los indígenas durante la época de la colonia (Clerismé, 1985). A pesar de que la mayoría de los haitianos usan la medicina tradicional en Haití (Clerismé, 1985; Desrosiers & Fleurose, 2002 citado en World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010) no hay estadísticas específicas recientes. Sin embargo, en 1974 ya se habían realizado investigaciones etnomédicas, así como la implementación del *Proyecto Integrado de Salud y Población*; que aunque sólo reconocía a las parteras como la única clase de curanderos válidos; éste fue el inicio de un reconocimiento parcial de la medicina tradicional (Clerismé, 1985). Es importante mencionar que este proyecto mantuvo una visión unidireccional y jerárquica, ya que las parteras recibían cursos por parte de los médicos modernos, quienes ocupaban la posición de “expertos” y capacitadores. Las actividades siguieron el modelo pragmático de la antropología médica —en donde los conocimientos médicos de una cultura son aceptados pero son inferiores a los conocimientos de la cultura que los estudia, generalmente la occidental.

A pesar del modelo pragmático es admirable que “[l]os directores de programas de salud pública, tanto a nivel nacional como internacional, reconocen la necesidad de incorporar el sector de medicina tradicional a ese esfuerzo con el fin de proporcionar a la población la cobertura adecuada en materia de atención de salud” (Clerismé, 1985:431).

La investigación de Clerismé (1985) en Petit-Goâve, Haití reveló la presencia de 15 médicos tradicionales por cada 1000 habitantes —en contraste con 1

médico alópata por cada 15,000 habitantes (en las zonas con más médicos occidentales)— y que estos se pueden dividir en cuatro clases: (1) parteras, (2) herbolarios o médicos yerberos, (3) *piquristes* [persona que aplica inyecciones y a veces venda heridas] y (4) *hougan, mambo* o *nganga* [sacerdote o hechicero que practica el vudú e invoca a los *lwa*-s, o espíritus, para resolver los problemas de salud]. “Los tratamientos se basan en la creencia de las causas naturales o sobrenaturales de las enfermedades y toman la forma de remedios a base de hierbas o ceremonias” (Clerismé, 1985:437). Clerismé (1985) también descubrió que los haitianos prefieren ir con los médicos tradicionales y sólo buscan la medicina moderna como último recurso. Aunado a lo anterior, “[c]asi todos los haitianos tienen algún conocimiento de remedios botánicos o mágicos que usan de vez en cuando” (Clerismé, 1985:431). A pesar de los descubrimientos de Clerismé, la medicina tradicional haitiana todavía no es reconocida como un sistema de salud oficial, sino sólo como una religión (World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010).

El estudio de Volpato *et al.* (2009) sobre la etnomedicina de haitianos en Cuba<sup>11</sup> detalla las prácticas de sanación relacionadas con el uso de plantas. Cabe recalcar que la medicina tradicional haitiana no se limita al uso de plantas, pero no hay suficiente investigación sobre las demás prácticas de sanación. La investigación Volpato *et al.* (2009) identificó 123 plantas usadas con propósitos medicinales por los haitianos que viven en Cuba, algunos de los malestares que curan incluyen: afecciones gastrointestinales (empacho y dolores estomacales), afecciones del sistema respiratorio (catarro, influenza, resfriados y tos), afecciones del aparato reproductivo (dolor de ovarios, infertilidad femenina, infecciones vaginales y otros trastornos menstruales), afecciones de la piel (heridas, quemaduras, salpullidos y otras infecciones), parásitos intestinales, afecciones renales, infecciones de la vejiga, fiebre, edemas, reumatismos, artritis, problemas de nervios, asma, despojo o mal de ojo y dolores de cabeza, entre otros.

---

<sup>11</sup> En Cuba, tanto la medicina moderna como la medicina tradicional son parte del sistema de salud oficial (World Health Organization, 2005).

Los remedios mencionados en la medicina tradicional haitiana no se limitan a una ingesta de plantas medicinales, también incluyen baños herbales o aromáticos, los cuales son importantes como práctica espiritual y medicinal; y ceremonias. La posología con plantas generalmente comprende números cosmológicos o ritualistas, para la dosis y la frecuencia de administración. A la par, se siguen rituales específicos durante la preparación de los remedios, que (1) ayudan a memorizar las dosis adecuadas (especialmente con plantas tóxicas), y (2) contribuyen a su eficacia al invocar a fuerzas y entidades sobrenaturales (Volpato *et al.*, 2009).

## **E. Instituciones de la salud mental**

A pesar del régimen dictatorial de Duvalier, en 1974 se abrió la primera carrera de psicología dentro de la Universidad Estatal de Haití en Puerto Príncipe (Klappenbach y Pavesi, 1994). Actualmente existe una organización de psicólogos: la Asociación Haitiana de Psicología constituida por 18 profesionales y de acuerdo con la página web, su principal objetivo es brindar salud mental a las personas afectadas por el terremoto del 2010 y colaborar con organizaciones internacionales, entre otras actividades (Association Haïtienne de Psychologie, 2011). Existen dos instituciones de enseñanza de psicología (en francés): la Universidad Estatal de Haití y la Universidad Caribeña de Haití, ambas en Puerto Príncipe. También hay un hospital psiquiátrico público en Puerto Príncipe; sin embargo, este centro refleja gráficamente, justo después del terremoto, las carencias del sistema oficial de salud mental en Haití, al ser incapaz de satisfacer las necesidades materiales de los internos como ropa, camas y espacios privados (Peregil, 2010); o tal vez refleja la tradicional percepción que se ha visto en otros hospitales psiquiátricos del mundo (Bornstein, 2004), en donde la principal función es la contención y no la rehabilitación e inclusión social, como se ha demostrado que puede ser (Bornstein, 2004).

Como se mencionó anteriormente la cobertura de los servicios de salud oficial se limita al 33% de la población, las investigaciones son limitadas con respecto a los tratamientos de salud mental en la medicina tradicional; sin embargo, se encontraron tratamientos para dolores psicossomáticos, así como para el despojo o mal de ojo y el nerviosismo (Volpato *et al.*, 2009). No se cree que los tratamientos tradicionales estén limitados a estos malestares pero la falta de investigación limita su conocimiento público. Las investigaciones de Volpato *et al.* y Clerismé han comprobado el gran conocimiento de los haitianos, la variedad de prácticas de sanación y la alta cobertura geográfica que la medicina tradicional tenía en 1985 en Haití, y tenía en el 2009 en los haitianos de Cuba.

## **F. Institución de bienestar social: sistema *lakou***

Históricamente, el sistema *lakou* [grupo de convivencia] se refiere al apoyo familiar y comunitario que existe entre familias que viven en proximidad física, así como con la familia extendida; este apoyo puede ser financiero o de otra índole (Edmond *et al.*, 2007).

Últimamente, el sistema *lakou* se ha transformado por las presiones que la globalización ha traído a Haití, como la pobreza, la cual ha incrementado la migración de zonas rurales a zonas urbanas, y a otros países. Estas presiones han transformado la estructura familiar, en el sentido de que la crianza de los niños ahora recae solamente en las madres. Este cambio es confirmado por el refrán haitiano: *fam se poto mitan* [las mujeres son la columna central], y con las estadísticas: 70% de los hogares rurales son encabezados por mujeres. Actualmente, las madres que pertenecen a un *lakou* comparten las responsabilidades de crianza y cuidado de los hijos con otras madres dentro de su *lakou* (Edmond *et al.*, 2007). El *lakou* es, por lo tanto, un modelo tradicional de educación y crianza de los hijos.

El *lakou* crea una red de protección y apoyo para reducir el estrés psicosocial de las familias haitianas, y es especialmente útil para las madres pobres de las zonas rurales (Edmond *et al.*, 2007). Sin embargo, y a pesar de ser un muy buen sistema cultural orientado a un apoyo colectivo, no protege de los efectos de los sistemas políticos y socioeconómicos aún presentes como los cambios ambientales, las ocupaciones de Estados Unidos y los golpes de estado, entre otros (Edmond *et al.*, 2007). En cada crisis política las madres haitianas pasan por una fase de reajuste en donde la prioridad y preocupación es el bienestar del “otro”; cuando algunas madres no pueden corresponder en el cuidado de los demás niños en su *lakou*, esto puede etiquetarlas (o autoetiquetarse) como incompetentes o egoístas, lo cual genera estrés (Devieux *et al.*, 2004). En otras palabras, el *lakou* no garantiza que eventos externos como la situación sociopolítica del país afecte a las familias en su bienestar.

### **3.2. Cultura cosmocéntrica**

El vudú no es sólo un sistema religioso, constituye el corazón de la cosmovisión haitiana (World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010; Williams, 2003). Igualmente, engloba el entendimiento de un sistema de salud, prácticas de sanación, promoción de la salud, prevención de enfermedades y promoción del bienestar personal. La medicina vudú o medicina tradicional es practicada, de forma privada, por al menos la mitad de los haitianos (Augustin, 1999 citado en World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010) y constituye un entendimiento de la vida, y fuente de bienestar, para la mayoría de los habitantes de Haití (Williams, 2003).

El vudú recae en la creencia de que los individuos adquieren su identidad, fuerza y protección a través de la red que los une con otros seres humanos, espíritus y ancestros. Cuando caen enfermos, la enfermedad es vista como una llamada de atención o la necesidad para establecer una relación armoniosa con el

mundo espiritual. En segundo término, la enfermedad es vista como un ataque mágico en donde la persona enferma es víctima de un hechizo. La enfermedad y la salud de una persona dependen del orden social y moral de un universo más grande que incluye a los ancestros y a las deidades (World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010).

La cosmovisión vudú tiene raíces africanas; sin embargo, no se puede definir homogéneamente ya que ha sufrido transformaciones y sinergias con las religiones que los europeos introdujeron; actualmente, las creencias y prácticas del vudú dependen de la región. En términos generales, el vudú proviene de la palabra *Fon* que significa espíritu. Las deidades se llaman *lwa-s* y representan el espíritu de los ancestros, familiares fallecidos y figuras bíblicas. Los *lwa-s* también son ángeles de la guarda que protegen y guían (World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010). Como se mencionó anteriormente, los sacerdotes espirituales se llaman *hougan*, *mambo* o *nganga*, estos poseen el conocimiento de la tradición y tienen el poder y respeto de la comunidad ya que curan tanto enfermedades sobrenaturales como naturales (World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010).

Así, las prácticas médicas dependerán de la religión (catolicismo, protestantismo u otra) que la familia, el *lakou* y la comunidad practiquen y la cosmovisión vudú. Sin embargo, la creencia general es que para mantener buena salud se debe cuidar y alimentar a la familia en todos los sentidos, incluyendo a los espíritus y ancestros (World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010).

De acuerdo con la investigación de Sterlin (2010), la cultura cosmocéntrica de Haití se centra en la creencia de que los seres humanos son una forma condensada de energía que deviene del ser cósmico y cuyo objetivo principal es alcanzar y mantener una sinergia armoniosa con la energía universal. La persona tiene cuatro dimensiones: el cuerpo, la sombra, el gran ángel y el pequeño ángel

(en comparación con la división occidental del cuerpo y la mente). La salud es el estado de *bienestar en conexión* con el medio ambiente (plantas, animales y aire), otros seres humanos (familia nuclear y extendida, amigos, colectividad y los otros), y los ancestros y los espíritus. La enfermedad es la pérdida de equilibrio entre los componentes de la persona y/o entre la persona y uno o más elementos del medio ambiente. Los orígenes de la enfermedad pueden ser por ignorar las leyes que gobiernan las relaciones entre el ser humano y el ambiente físico, las normas de higiene, las normas éticas, hechicería o no respetar los ritos o prescripciones de los ancestros y los espíritus. La muerte es vista como una fase normal del ciclo de la energía que permite que la persona enferma llegue al estatus de ancestro. Las enfermedades no están relacionadas con órganos anatómicos, están relacionadas con metáforas, referencias energéticas de uno o más elementos de la persona o relaciones con malestares, emociones y pensamientos. Los tratamientos para sanar incluyen: entender el significado del malestar, mediación con el universo de los espíritus, prescripción de medidas que incluyan rituales, reordenación energética, activa participación del paciente, movilización de las redes sociales y redes de conocimiento, lazos con las áreas morales, sociales y políticas, o remuneración del cliente para la sanación (Sterlin, 2010 citado en World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010). La tabla 1 muestra una comparación entre la cultura cosmocéntrica de Haití y la cultura antropocéntrica de Occidente.

**Tabla 1. La atención de salud como una función de los sistemas culturales (adaptada de Sterlin, 2010).**

	<b>Cultura cosmocéntrica de Haití</b>	<b>Cultura antropocéntrica</b>
<b>Formas del ser (visión del mundo o cosmovisión)</b>	Los seres humanos son sólo una forma particular de energía condensada y extraída del gran ser cósmico y global, cuya principal preocupación es lograr y mantener la sinergia armoniosa con la energía universal.	Los seres humanos son el centro de un universo imperfecto que deben comprender, explorar, dominar, transformar, explotar, etc.
<b>Conceptos de la persona</b>	La persona tiene cuatro dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kò kadav</i> [cuerpo]</li> <li>• <i>Lonbraj</i> [sombra]</li> <li>• <i>Gwo bon-anj</i> [gran ángel bueno]</li> <li>• <i>Nam/ti bon-anj</i> [angelito bueno]</li> </ul>	La persona tiene dos dimensiones: cuerpo y mente.
<b>Salud</b>	La salud es el estado de "bienestar en conexión" con el medio ambiente, que incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El entorno no humano (la tierra, las plantas, los animales, el aire, las fuerzas de la naturaleza, etc.).</li> <li>• El entorno humano (familia nuclear y extendida, red de aliados cercanos, colectividad, otros);</li> <li>• Antepasados y espíritus (los invisibles).</li> </ul> <p>El indicador de salud y bienestar es la experiencia de integración armoniosa en el medio ambiente (ontonomía).</p>	La salud es el estado de bienestar que resulta del óptimo funcionamiento de los órganos y los sistemas, definidos por los parámetros fisiológicos y bioquímicos. <p>La influencia del entorno es principalmente físico (por ejemplo, calidad del aire, los alimentos, etc.). Existe un reconocimiento modesto de la importancia del entorno social.</p> <p>El indicador de salud y bienestar es la autonomía individual y el rendimiento.</p>
<b>Enfermedad</b>	El estado de "estar-enfermo-con" es el resultado de una pérdida de la armonía entre los componentes de la persona y/o entre la persona y uno o más elementos del medio ambiente.	El estado de estar enfermo es el resultado de una perturbación de las funciones de un órgano o sistema.
<b>Orígenes de la enfermedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El incumplimiento de las normas que rigen la relación humana con el medio físico.</li> <li>• El incumplimiento de las normas de higiene.</li> <li>• El incumplimiento de las normas éticas.</li> <li>• Influencia maligna de otros (envenenamiento, hechicería).</li> <li>• El incumplimiento de los ritos y prescripciones con respecto a los antepasados y/o espíritus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las manifestaciones de problemas hereditarios o genéticos.</li> <li>• El incumplimiento de las normas de higiene (nutrición, toxinas, microbios, etc.).</li> <li>• Factores interpersonales patógenos (cuidado emocional deficiente, duelo, trauma, etc.).</li> <li>• Estrés psicosocial.</li> </ul>

	<b>Cultura cosmocéntrica de Haití</b>	<b>Cultura antropocéntrica</b>
<b>Clasificación de las enfermedades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Maladi Bondye</i>: dominio de las enfermedades físicas visibles o "normales", se pueden curar con la ayuda de la medicina occidental o un <i>contè- fèy</i> (curandero tradicional).</li> <li>• <i>Maladi fè-moun mal</i> (o <i>maladi diab</i>) dominio de lo invisible, secreto o mágico, puede ser curado por la intervención de un <i>bòko</i> o un <i>oungan</i> tradicional.</li> <li>• <i>Maladi Iwa</i>: dominio de lo espiritual invisible, puede ser curado por un <i>oungan</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las enfermedades físicas.</li> <li>• Las enfermedades mentales.</li> <li>• Las enfermedades psicosomáticas.</li> </ul> <p>Todas requieren la ayuda de un médico occidental y no pueden mejorar sin atención médica.</p>
<b>Muerte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase normal del ciclo de la energía que permite a la persona enferma alcanzar la condición de antepasado, espíritu, etc.</li> <li>• El significado varía según el tipo de enfermedad (<i>Bondyè, diab, Iwa</i>).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es el resultado fatal de un desequilibrio biológico que la medicina aún no ha dominado.</li> <li>• Se vive como un fracaso para el paciente así como para el médico.</li> </ul>
<b>Experiencia de la enfermedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polimorfismo y volatilidad de la experiencia de los síntomas (metáforas).</li> <li>• Ausencia de referencias anatómicas (medicina occidental).</li> <li>• Referente a la energía y a uno u otros elementos de la persona.</li> <li>• Existen pocos vínculos entre el malestar y las sentimientos, pensamientos y fantasías.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carácter claro y unequivoco de los síntomas</li> <li>• Referente a la anatomía</li> <li>• Relación fija con el malestar.</li> <li>• Referente a la integridad física o psicológica.</li> <li>• Existen vínculos con los sentimientos y fantasías.</li> </ul>
<b>Modo de sanación Intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adivinación de la naturaleza y el significado del malestar.</li> <li>• Mediación con el universo de los espíritus.</li> <li>• Prescripción de medidas que incluyen rituales.</li> <li>• Reajuste de las energías.</li> <li>• Activa participación del paciente (búsqueda de plantas, peregrinación, danza, etc.).</li> <li>• Movilización de las redes sociales y conocimientos sociales.</li> <li>• Vínculos con la moral, lo social y la política.</li> <li>• Participación del cliente para remunerar la sanación (financiera o de otro tipo).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de un diagnóstico racional relacionado con la naturaleza y causa de la enfermedad (según la fisiopatología o psicopatología).</li> <li>• Recurrir a la tecnología médica para confirmar el diagnóstico.</li> <li>• La espiritualidad es sospechosa o un indicio de patología.</li> <li>• Prescripción de medidas para restablecer el equilibrio (medicamentos, alimentos, ejercicio, etc.).</li> <li>• Intervenciones centradas en el individuo.</li> <li>• La participación financiera del paciente es ética y políticamente inaceptable cuando se abre la puerta a los abusos.</li> </ul>

Fuente: World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010:9-10.

Valiéndonos de los argumentos presentados en el segundo capítulo, podríamos decir que la concepción energética de las enfermedades de la cultura cosmocéntrica equivaldría a la definición, en la teoría cuántica, de la partícula como onda —es decir, la enfermedad es medible por medios no-materiales, sólo sensoriales: no se puede ver, pero se siente y está en constante transformación (por ejemplo: armonía, experiencia y espíritu)— mientras que la concepción anatómica de las enfermedades de la cultura antropocéntrica equivaldría a la definición de la partícula como masa —la enfermedad es medible sólo por medios materiales: se puede ver porque ocupa un espacio material y todo aquello fuera de las mediciones de los órganos (por ejemplo: cerebro y estómago) es irrelevante, igualmente a la definición anterior ésta está en constante movimiento (en otras palabras, dos mediciones del mismo órgano no serán nunca idénticas). Ambas definiciones son comprobables científicamente, pero no pueden ser comprobadas al mismo tiempo porque los métodos de medición son distintos.

La investigación de Khoury *et al.* (2012) sostiene que la cosmovisión vudú significa un obstáculo para la implementación de tratamientos psiquiátricos en regiones rurales de Haití; sin embargo, ésta es una interpretación errónea del problema. Los tratamientos psiquiátricos no pueden curar las enfermedades mentales en Haití porque en primera instancia, los psiquiatras no las entienden, ni las causas de las mismas y por ende, los tratamientos que pretenden implementar no funcionan. Aquí el problema no es la cultura, que es vista como “subcultura”<sup>12</sup> sino la solución (perteneciente a otra cultura) que se quiere imponer a costa de satanizar a una cultura o etiquetarla como “enloquecida”, y todo esto sólo porque no es adecuadamente entendida.

Lo que la investigación de Kouhry *et al.* (2012) descubrió sin proponérselo, es la importancia de entender la cultura, el entendimiento de *salud* y extraer de la misma los recursos locales para su sanación.

---

<sup>12</sup> *Subcultura* en el sentido peyorativo de la palabra, en donde es entendida como una cultura inferior.

La investigación de Sterlin (2010) es esencialmente importante para plantear una heterogeneidad en prioridades de salud, pero es indispensable evitar suposiciones sobre una identidad haitiana única, ya que esto sería caer en la creencia errónea de una bipolaridad cultural: antropocéntricos versus cosmocéntricos. Recordando que dentro de Haití existe una diversidad cultural en cosmovisiones, usos y costumbres.

#### **4. EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE LA CRUZ ROJA DANESA**

La visión de la CRD es prevenir y aliviar el sufrimiento humano, contribuyendo al mantenimiento y promoción de la dignidad humana y paz en el mundo (Danish Red Cross, 2010a). La característica que distingue a la sección danesa de las demás organizaciones de esta institución en el mundo es que ésta creó el Centro de Referencia para el Apoyo Psicosocial (IFRCPS por sus siglas en inglés), el cual da servicio a la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja. El IFRCPS ha desarrollado distintos materiales de apoyo psicosocial para ser usados globalmente (Danish Red Cross, 2010a); por esta razón resultó importante analizar si dichos materiales, que fueron usados en Haití, consideran la diversidad cultural y en qué nivel realizan la competencia cultural.

La CRD jugó un lugar importante en Haití al activamente apoyar y coordinar el despliegue de apoyo psicosocial en el país, los delegados de la CRD hablaban francés y eran daneses en su mayoría (Danish Red Cross, 2010a).

## 4.1. Actividades del programa de atención psicosocial

### A. Manuales

El IFRCPS de la CRD elaboró tres manuales de apoyo psicosocial con la finalidad de ser usados globalmente:

1. *Psychosocial Interventions. A Handbook* [Intervenciones psicosociales. Manual] (Reference Centre for Psychosocial Support, 2009a),
2. *Community-based psychosocial support. Trainer's book. A training kit* [Apoyo psicosocial basado en la comunidad. Libro del facilitador. Kit de capacitación] (Reference Centre for Psychosocial Support, 2009b) y
3. *Community-based psychosocial support. Participant's book* [Apoyo psicosocial basado en la comunidad. Libro del participante] (Reference Centre for Psychosocial Support, 2009c).

Las actividades de apoyo psicosocial realizadas en Haití por la CRD se basaron principalmente en estos manuales, los cuales sólo están disponibles en tres idiomas: inglés, danés y francés (Danish Red Cross, 2010a).

Los capítulos del primer manual son: (a) introducción, (b) establecer el contexto, (c) evaluación diagnóstica, (d) planeación e implementación, (e) capacitación, (f) monitoreo y evaluación, y (g) notas finales (Reference Centre for Psychosocial Support, 2009a).

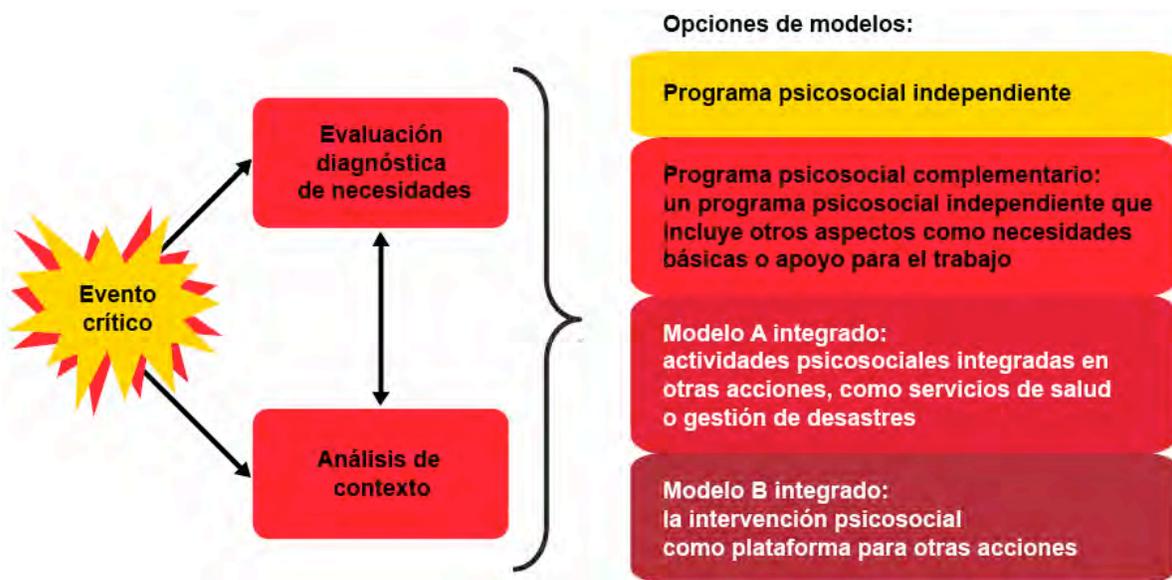
Los capítulos del segundo y tercer manual son: (a) introducción, (b) apoyo psicosocial y eventos críticos, (c) estrés y afrontamiento, (d) pérdida y duelo, (e) apoyo psicosocial basado en la comunidad, (f) primeros auxilios psicológicos y apoyo a la comunicación, (g) niños, (h) apoyo a personal y voluntarios, e (i)

glosario, sugerencias, más lecturas y anexo (Reference Centre for Psychosocial Support, 2009b; Reference Centre for Psychosocial Support, 2009c).

Los manuales reconocen la unicidad de cada desastre al admitir que no existe un plano a seguir sobre cuál es la mejor respuesta a las necesidades psicosociales; sin embargo, recomiendan cuatro modelos por ser practicados por la Cruz Roja en todo el mundo (Reference Centre for Psychosocial Support, 2009a). La figura 2 muestra estos modelos de respuesta psicosocial, enfatizando la realización de dos actividades antes de seleccionar el modelo a usarse: la *evaluación diagnóstica de necesidades* y el *análisis de contexto*.

La realización de estos manuales no incluyó ningún tipo de evaluación de la cultura haitiana, de hecho mantienen una postura *acultural* con esporádicos ejemplos de actividades psicosociales realizadas en distintos países, como Indonesia, Rusia, Irán y Guatemala. La única adaptación cultural que se menciona es a partir de las lecciones aprendidas en Tailandia, Maldivas, Indonesia, Sri Lanka e India después del tsunami del 2004 en el Océano Índico (Reference Centre for Psychosocial Support, 2009a).

**Figura 2. Modelos de respuesta psicosocial**



Fuente: Reference Centre for Psychosocial Support, 2009a:44.

El capítulo *Evaluación diagnóstica* del manual *Intervenciones psicosociales* enfatiza que las evaluaciones son importantes para explorar los recursos y fortalezas de la población, las cuales son tan importantes como identificar las necesidades. También hace hincapié en que los profesionales de la salud mental deben evitar hacer suposiciones sobre el nivel de estrés de la sociedad afectada o asumir un modelo predefinido de entendimiento. Sin embargo, en el segundo párrafo de la primera página del mismo manual se afirma que “cada vez que hay desastres, conflictos y emergencias de salud y las personas pierden a sus familiares, amigos u hogares y trabajos, hay sufrimiento humano. Dolor emocional, duelo, enojo y frustración son parte de esas experiencias” (Reference Centre for Psychosocial Support, 2009a:13). Bajo la premisa de que cada cultura experimenta emociones distintas ante un desastre de distinta forma, asumir que lo único que vamos a esperar son las emociones antes descritas podría ser peligroso ya que sólo se atenderá a quien presente dichas emociones y se pasará por alto a quien “no sienta nada”, que incluso puede ser patológico en algunas culturas. Para saber qué emociones son patológicas en cada cultura debe realizarse una evaluación cultural en la comunidad en asociación con aquellas personas que se han dedicado a brindar servicios de salud en la comunidad: tanto en la medicina tradicional como en la medicina moderna ya que ellos son los verdaderos expertos.

Como dato adicional, Almedom (2011) ha enfatizado que las experiencias emocionales no son necesariamente negativas en los desastres y que se sospecha que hay un mayor porcentaje de personas resilientes, es decir, que no experimentan emociones negativas, sino positivas y adaptativas. En otras palabras, el significado que las personas “afectadas” le dan al evento no es algo terrible y depresivo, sino una oportunidad de cambio, una llamada de atención o una forma de equilibrar la vida (Almedom, 2011).

Los cuatro modelos de respuesta psicosocial son: (1) Programa psicosocial independiente; (2) Programa psicosocial complementario: un programa psicosocial independiente que incluye otros aspectos como necesidades básicas o apoyo para el trabajo; (3) Modelo A integrado: actividades psicosociales integradas en otras acciones, como servicios de salud o gestión de desastres; y (4) Modelo B integrado: la intervención psicosocial como plataforma para otras acciones.

Los manuales recomiendan entender la cultura y realizar adaptaciones culturales a los programas psicosociales; al mismo tiempo enlistan convencionalismos occidentales sobre qué emociones esperar de la población afectada en un formato *acultural* dando ejemplos de Guatemala, Irán y República Democrática del Congo, entre otros.

## **B. Reporte de actividades**

El informe sobre la coordinación de las más de 100 organizaciones humanitarias que realizaron apoyo psicosocial en Haití en el 2010 —en el que la CRD formó parte— resalta que a cuatro meses del terremoto ninguna organización (incluida la CRD) reportó haber realizado actividades de evaluación de contexto, ni de la situación de la salud mental y del apoyo psicosocial en Puerto Príncipe previo a la implementación de actividades psicosociales. También reportaron no conocer, ni colaborar con los sistemas de salud locales ni tradicionales. Sin embargo, todas las organizaciones habían realizado actividades de apoyo psicosocial (MHPSS Coordination Haiti, 2010). Tampoco especifican en qué análisis y evaluaciones se basaron para justificar las actividades realizadas. Lo anterior sugiere que se actuó bajo la suposición de que las actividades psicosociales realizadas eran *necesarias* y además *apropiadas* para la cultura haitiana.

Entre las actividades reportadas por las organizaciones que dieron atención psicosocial: 20% realizó apoyo psicosocial/ terapia grupal, 19% realizó apoyo

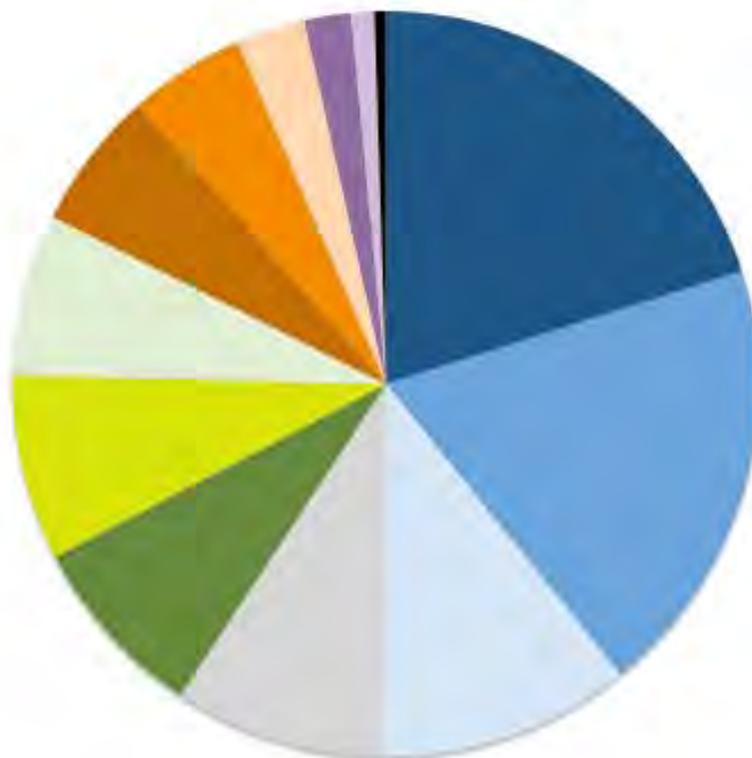
psicosocial/ terapia individual, 11% realizó consideraciones sociales en salud, refugio, higiene, agua y saneamiento, 9% proporcionó información a la comunidad, 8% abrieron espacios amigables para niños, 8% realizó actividades de recreación, 7% dio psicoterapia, 6% realizó actividades de paz y autoayuda a nivel comunitario, 5% dio apoyo y capacitación al personal, 3% entrenó a profesores en psicoeducación, 2% apoyó en la gestión de casos, 1% proporcionó medicamentos psicotrópicos y menos del 1% dio servicios de salud mental (MHPSS Coordination Haiti, 2010) — ver figura 3.

El informe *MHPSS Coordination Haití* (2010) tiene un formato “lista de verificación” basado en la pirámide de la *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*, el cual enlista las actividades por importancia dando prioridad a las actividades en el escalón más bajo de la pirámide — ver figura 4.

De entre las actividades realizadas sólo por la CRD se encuentran: el apoyo psicosocial/ terapia individual, la creación de espacios amigables para niños, actividades de protección psicosocial, y el fortalecimiento de apoyo comunitario y autoayuda (MHPSS Coordination Haiti, 2010).

A pesar de que estas actividades son parte de las recomendaciones del IASC, se desconoce en qué nivel la CRD involucró a la comunidad haitiana en la planeación y realización de las mismas ya que en el reporte aceptan no colaborar con los sistemas de salud locales, indígenas y tradicionales (MHPSS Coordination Haiti, 2010), pero realizaron capacitación a trabajadores locales, lo cual asume una situación unidireccional del intercambio de conocimiento. También se desconoce si hubo algún tipo de acercamiento o intento de colaboración con quienes se han encargado de la atención médica antes del desastre: los médicos tradicionales —actividad recomendada en la guía del IASC. A pesar de que la revisión literaria de World Health Organization / Pan American Health Organization

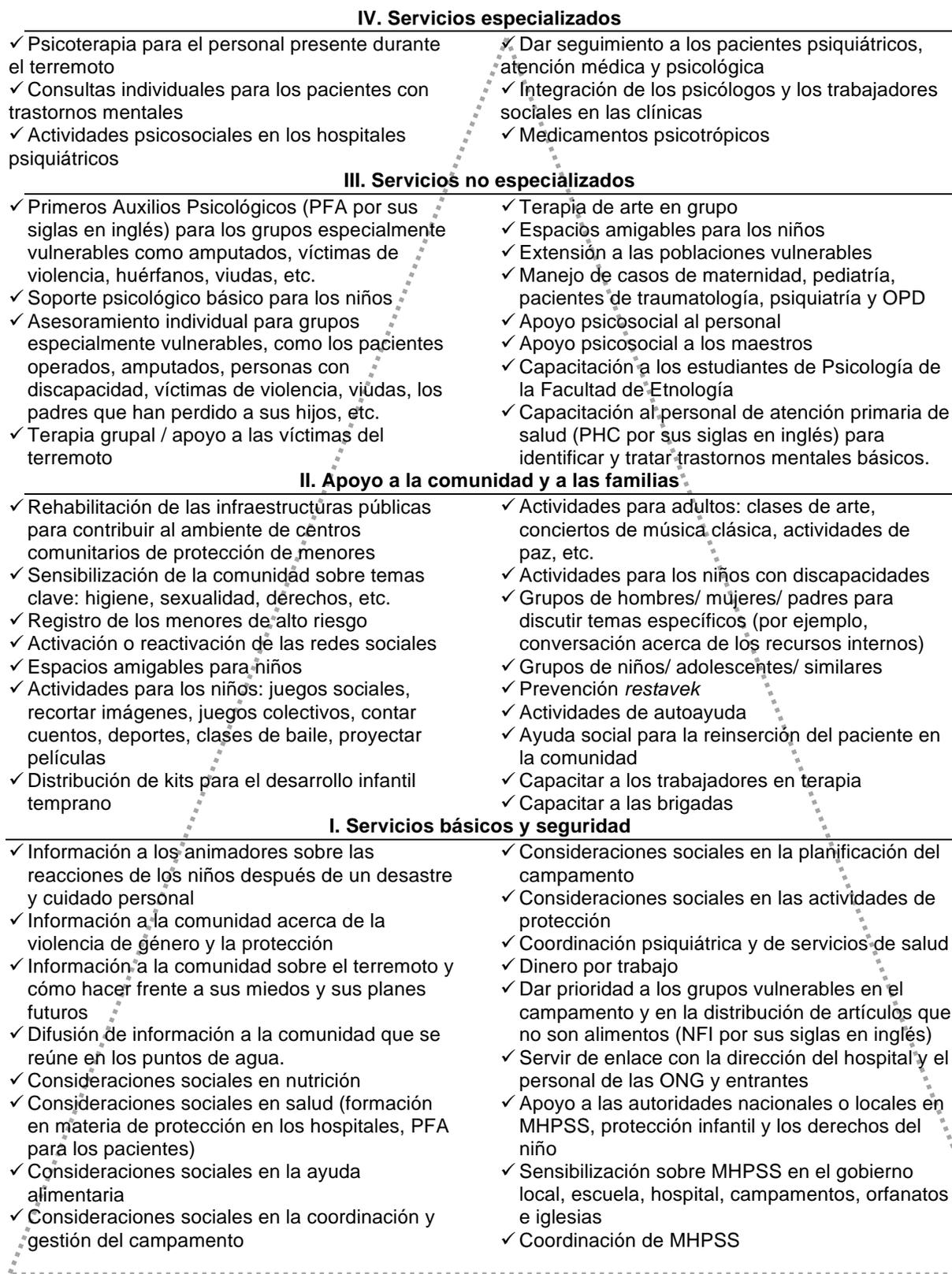
**Figura 3. Distribución de los servicios disponibles por parte de la Coordinación de salud mental y apoyo psicosocial en Puerto Príncipe.**



- 20% - Apoyo psicosocial/ terapia grupal
- 19% - Apoyo psicosocial/ terapia individual
- 11% - Consideraciones sociales en salud, refugio, higiene, agua y saneamiento
- 9% - Información a la comunidad
- 8% - Espacios amigables para niños y niñas
- 8% - Actividades de recreación
- 7% - Psicoterapia
- 6% - Actividades de paz y autoayuda a nivel comunitario
- 5% - Apoyo y capacitación a personal
- 3% - Capacitación a maestros en psicoeducación
- 2% - Gestión de casos
- 1% - Medicamentos psicotrópicos
- 0.5% - Servicios de salud mental

Fuente: MHPSS Coordination Haiti, 2010:15.

**Figura 4. La pirámide de intervención psicosocial en Haití.**



Fuente: MHPSS Coordination Haiti, 2010:5.

lo recomendó, la CRD reportó no haber tenido ningún tipo de colaboración con los médicos tradicionales (MHPSS Coordination Haiti, 2010).

El video *Psychosocial support in a field hospital, Haiti* [Apoyo psicosocial en un hospital de campaña, Haití] habla sobre la creación de un espacio amigable para niños por la CRD, en el video la delegada danesa explica la importancia de este espacio basada en el estado emocional de un niño haitiano (Danish Red Cross, 2010b).

## **4.2. Interpretación del programa de atención psicosocial**

Un mes después del terremoto, la OMS realizó la revisión literaria titulada *Culture and Mental Health in Haiti* [Cultura y salud mental en Haití] la cual fue distribuida entre los actores humanitarios en Haití. La OMS sintetizó lo más relevante del contexto sociocultural de Haití en 28 páginas —World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010. Entre otras cosas, describió las principales diferencias entre la cultura cosmocéntrica de Haití y la cultura antropocéntrica de occidente, basadas en la investigación de Sterlin (2010), descrita anteriormente.

Con respecto a la parte contextual de Haití, este documento es muy valioso y sintetiza de forma muy clara puntos culturales; sin embargo, posee una interpretación pragmática de las prioridades de vida en Haití al colocar la descripción de la cultura cosmocéntrica haitiana bajo la sección de *Religión*. Describe la cultura pero no recomienda cambios sustanciales en la forma de brindar apoyo humanitario basada en esta información. Por ejemplo, reconoce la existencia de la medicina tradicional, explica la perspectiva y prioridades de vida de la cultura haitiana (contradictorias a las occidentales) y recomienda la asociación con los médicos tradicionales, bajo el modelo pragmático de la medicina, en donde el uso de tratamientos tradicionales no se menciona. En cambio, se recomienda la asociación con los médicos tradicionales para que la

sociedad civil *confíe* en los actores humanitarios, y no para evaluar, implementar y reproducir los recursos curativos tradicionales, sino para reproducir las actividades psicosociales prediseñadas de los actores humanitarios.

Aunque este documento es una herramienta importante para el contexto, no sustituye en ningún caso la realización de evaluaciones diagnósticas de necesidades y análisis de contexto de forma física, actividades recomendadas en los manuales como esenciales — ver figura 2. Desafortunadamente la CRD tampoco realizó ninguna de estas actividades, tal y como lo reportan en el *MHPSS Coordination Haiti* (2010) y en el reporte de actividades de medio año de la CRD *Mid-Year report. Reference Centre Psychosocial Support* (Danish Red Cross, 2010a). Los reportes no describen cómo se realizaron las evaluaciones diagnósticas y culturales o qué evaluaciones fueron tomadas en cuenta.

El reporte *MHPSS Coordination Haiti* es parte de las actividades de monitoreo de los programas de atención psicosocial; sin embargo, este reporte rellena un formato prefabricado por el IASC de actividades estandarizadas, sin evaluar cuáles son prioritarias, requeridas o necesarias a nivel cultural; tampoco hace mención de evaluaciones culturales. A menos de que estas actividades no se hayan reportado por ser esenciales, pero desafortunadamente que no se mencionen en los reportes puede ser indicación de lo opuesto.

El primer obstáculo de los manuales de la IFRCPS es la suposición de que las personas que reciben apoyo psicológico y las personas que son capacitadas para dar apoyo psicosocial saben leer uno de los tres idiomas de los más de 6,909 que se hablan en el mundo. Otro obstáculo evidente es la suposición de que los manuales son *aculturales*; los manuales son acuerdos que devienen de la cultura y prioridades occidentales. Las recomendaciones que estos manuales hacen son valiosas y útiles para miembros pertenecientes a la cultura occidental y su utilidad para profesionistas occidentales es innegable; pero su uso generalizado a otras

culturas puede crear daños imprevistos al introducir otras prioridades a las ya existentes en Puerto Príncipe.

Con base en los datos detallados en el capítulo anterior, el porcentaje de haitianos que hablan, entienden y leen francés es del 10 al 20%, y sólo el 40% sabe leer. Por ende, el uso de materiales escritos, ya sea en francés o criollo haitiano, es una medida de alcance limitado, al cubrir sólo al 10 o 20% de la población —asumiendo que todos los que hablan francés también lo saben leer. Más aún, el hecho de que manuales en francés y delegados que sólo hablan francés acudieran a Haití pudo haber generado mayor segregación social sin una adecuada consideración cultural a la histórica discriminación por idioma (World Health Organization/Pan American Health Organization, 2010).

Los haitianos que hablan francés poseen una jerarquía superior en el país y es muy probable que tengan los recursos y capacidades suficientes para afrontar el terremoto, es decir, no es un grupo vulnerable. Para verificar esta información es necesaria una adecuada evaluación diagnóstica de necesidades y análisis de contextos en Puerto Príncipe.

Al no realizar (o reportar) evaluaciones culturales, los actores humanitarios francoparlantes pudieron implementar posibles daños al llevar a cabo proyectos psicosociales con manuales y materiales que la mayoría de los haitianos no pueden leer y que además no toman en cuenta los contextos de Haití.

Se puede aludir que los manuales sirven como materiales visuales, aunque pertenezcan a una cultura distinta, ya que una imagen dice más que mil palabras; sin embargo, la investigación de Chen (1989) descubrió que las imágenes no son universalmente entendidas de la misma forma, y por ende, no proyectan los mismos mensajes. Cuando los materiales visuales no están orientados a los contextos locales, las comunidades a menudo malinterpretan los mensajes en estos materiales. Más allá de asumir que las comunidades son iletradas

visualmente, el problema reside en que la audiencia es culturalmente distinta, y los artistas y diseñadores deben aprender a entender los códigos (símbolos) de los pobladores para preparar materiales culturalmente adecuados y entendibles por la comunidad, con ayuda de no sólo las parteras, enfermeras y trabajadores de la salud, pero, y más importante, por los niños y la población en general. Chen (1989) también elaboró un taller diseñado para que los artistas entendieran las necesidades de las audiencias, y así recoger los datos sociológicos de las comunidades a las que se dirigen. En otras palabras, los materiales visuales necesitan la adecuada comprensión cultural del tema y del público, y para que esta actividad sea exitosa, constantes evaluaciones deben realizarse a lo largo del camino.

Como se mencionó anteriormente, en el video *Psychosocial support in a field hospital, Haití* [Apoyo psicosocial en un hospital de campaña, Haití] la delegada de la CRD comparte la suposición de que (todos o la mayoría de) los niños en desastres sufren traumas que pueden estar presentes para toda su vida y necesitan espacios como el que ella coordina para distraerse y relajarse; pone como ejemplo a un niño haitiano que no ha dado muestras de trauma que avalen la primera suposición ya que sólo dibuja cosas alegres, y hace la segunda suposición al asumir que es a causa de espacios como el suyo que los efectos del trauma disminuyeron o fueron prevenidos (Danish Red Cross, 2010b).

Con base en el video, las actividades de la CRD presentan varias suposiciones: (primera) la presencia generalizada del trastorno de estrés post traumático o el también llamado trastorno o *shock* del desastre, cuya existencia generalizada es un mito (O'Leary, 2004), y (segunda) que los espacios amigables para niños redujeron el estrés y trauma, que posiblemente ni siquiera existió en primer lugar, ya que se ha descubierto que en algunas culturas la mayoría de las personas afectadas por un desastre son resilientes, justo porque no es la primera crisis que experimentan (Wisner *et al.*, 2004), pero no hay estudios suficientes sobre los factores positivos de los desastres (Almedom, 2011).

Almedom y Glandon (2007) señalan que existe una atención excesiva en los efectos negativos psicológicos de los desastres —psicopatología—, y plantean una necesidad de medir los efectos positivos, ya que estos brindarán no sólo un equilibrio a la investigación psicológica, sino también formas para abordar y extraer soluciones locales a partir de la medición positiva de acuerdo con la cultura local.

La suposición de esperar reacciones positivas o negativas puede ser igualmente dañina, ya que lo que para una cultura es una emoción positiva para otra puede ser negativa (como la actitud ante la muerte explicada en la tabla 1). Lo ideal es preguntar asertivamente para descubrir si las reacciones son culturalmente normales después de la crisis y, antes de intervenir, entender las prácticas colectivas e individuales de sanación tradicional.

Existe una contradicción en la CRD, por una parte posee modelos de respuesta psicosocial que dan prioridad a las evaluaciones culturales y de necesidades; pero por otra parte, sigue manteniendo la clásica postura globalizadora de la salud expresada en su reporte de actividades de medio año, en el cual planea traducir los manuales de atención psicosocial al español y árabe (Danish Red Cross, 2010a), pero no expresa la realización de adaptaciones culturales a los mismos dado que se asumen como *aculturales*. Por ejemplo, que cada Cruz Roja desarrolle su guía cultural de apoyo psicosocial, considerando la diversidad cultural dentro del país.

## 5. DISCUSIÓN

Es importante tomar en cuenta que la presente categorización de la evaluación del caso de la CRD en Haití no es definitiva, éste es un trabajo retrospectivo y orgánico que se basa en la información documental parcial disponible y cuyo objetivo principal es resaltar la importancia que las diferencias culturales poseen al implementar programas, y la importancia de evaluar su planeación, implementación e impacto. Dado que no es información de primera mano, las categorías pueden cambiar radicalmente si más información es analizada.

De la misma manera, soy mexicana, no hablo francés ni criollo haitiano, y el hecho de no haber vivido en Haití limita el conocimiento de primera mano que un investigador de campo puede tener sobre la cultura haitiana, así como el uso de información documental que existe en francés y criollo haitiano que no fue utilizada. Algunas de las investigaciones a las que se hace referencia la extracción de contextos son documentales, es decir no son estudios de campo, duplicando el riesgo a hacer una reinterpretación de otra interpretación. Es indispensable insistir en que el conocimiento sobre la cultura haitiana sobre los aspectos psicosociales se limita a lo analizado en los documentos descritos en los capítulos anteriores y se debe tener en cuenta que ésta es una limitante importante del estudio.

Al mismo tiempo y al no estar inmersa en la intervención psicosocial en Haití soy una observadora externa que cuenta con la teoría y la capacidad para analizar la información recabada y proporcionada por la CRD, observando lo que no se ve y dando una perspectiva sólo desde lo que la CRD compartió con el mundo. El objeto de estudio está delimitado a la intervención inmediata de la Cruz Roja danesa al desastre natural ocurrido en enero del 2010, los eventos subsecuentes

al terremoto se mencionan de manera superficial porque no son parte del foco principal de este estudio.

### **5.1. Desastre en Haití ¿invasión, conquista cultural o ayuda humanitaria?**

El primer avión en aterrizar en Puerto Príncipe para ayudar a la población civil después del terremoto del 2010 fue el de la armada de Estados Unidos (Lund, 2010) cuyos soldados estaban armados con rifles M-16 (Barry, 2010). Es importante reconocer el impacto que dicho cargamento trajo a los haitianos a nivel emocional, cuya memoria histórica incluye dos invasiones de Estados Unidos, en 1915 y en 1994, y la intervención de 1957; todas con consecuencias negativas para la sociedad civil (Dupuy, 2002; Cook Ross, 2010; Grimaud y Legagneur, 2011). En otras palabras, no es la primera vez que un avión militar estadounidense llega a Haití después de un desastre, la sociedad haitiana ha aprendido a desconfiar de la ayuda aparentemente gratuita de Estados Unidos porque históricamente ha tenido un costo oculto (Dupuy, 2002).

Después del ejército estadounidense, arribaron centenares de organizaciones internacionales (Rencoret *et al.*, 2010). Como ya se mencionó anteriormente, la relación entre actores humanitarios y la sociedad haitiana tiene una historia de al menos dos décadas, los malentendidos transculturales no han ayudado a que la confianza se desarrolle por una postura jerárquica de los actores humanitarios y los donadores internacionales, en donde los haitianos son vistos como víctimas, sin recursos, ni capacidades, y muchas veces incluso como ignorantes o criminales (Postlewait *et al.*, 2004; Brooks, 2010). Todas las suposiciones anteriores no tienen por objeto hacer daño, de hecho están basadas en creencias convencionales de lo que un desastre involucra, que en su mayoría son mitos (O'Leary, 2004).

Aunada a la experiencia que los haitianos tienen con las organizaciones humanitarias, la confianza se vio afectada cuando pocos meses después del terremoto se dio una epidemia de cólera en Haití, muchos haitianos responsabilizaron a los extranjeros por traer más problemas al país (Grimaud y Legagneur, 2011).

Para evitar lo anterior, la primera recomendación que hacen las guías internacionales a los actores humanitarios es realizar evaluaciones diagnósticas y culturales de capacidades y recursos, así como de necesidades básicas, bajo el lente cultural local (The Sphere Project, 2011; Inter-Agency Standing Committee, 2007). Sin embargo, esta recomendación no es necesariamente interpretada de la misma manera por todos los actores.

Cuando los programas de atención y demás actividades son planeadas, evaluadas y realizadas por ambos grupos sin distinción de rangos —en otras palabras, evitando que los beneficiarios sean la mano de obra y los actores humanitarios, los líderes— esta alianza procura como fin último el empoderamiento de la sociedad civil y abrir canales de comunicación y entendimiento mutuo (The Sphere Project, 2011). Sin embargo, en la práctica, los actores humanitarios ya tienen una agenda o un programa en mente —como The Sphere Project, 2011 y el Inter-Agency Standing Committee, 2007— así como presiones externas, generalmente por parte de los donadores, con respecto a lo que “deben” o están dispuestos a ofrecer. Por ejemplo, una de las actividades que ninguna organización internacional quiere realizar, y es una prioridad después de un terremoto, es la remoción de escombros, o en otras palabras, la recolección de basura (Lund, 2010). Entonces cuando la basura no es recolectada porque *nadie quiere hacerlo* ¿a quién se culpa? A los haitianos sucios, por supuesto. Acto seguido, se refuerzan nuevos estereotipos y prejuicios a la cultural haitiana, y la culpa ya no es de la ineficacia de la ayuda humanitaria, sino de la cultura haitiana “resistente al progreso” (Brooks, 2010).

Otro ejemplo de malentendidos transculturales se dio cuando inició la temporada de lluvias; muchos hogares haitianos se inundaron y los actores humanitarios en lugar de evaluar y planear las actividades en colaboración con los locales, decidieron intervenir y sacar el agua enlodada de los hogares a cubetazos. Los haitianos se les quedaron viendo sin participar, los actores internacionales interpretaron esta inactividad como *pereza haitiana*, y no se molestaron por preguntar. Yvon St. Martin, un actor humanitario de origen haitiano, vio lo que estaba pasando y se detuvo a preguntar a un local lo que sucedía, éste le dijo: “estos extranjeros tontos están sacando el agua enlodada ahora en lugar de esperar a que el sol evapore el agua, es mucho más fácil sacar la tierra seca que litros y litros de lodo”. Muchos actores internacionales regresaron a sus países de origen con la imagen de haitianos perezosos, sin realmente entender sus prácticas culturales, los haitianos al estar acostumbrados a constantes inundaciones han desarrollado mecanismos adaptativos (St. Martin, 2011).

Para contrarrestar los ataques culturales es esencial que los actores humanitarios ejerciten la comunicación transcultural —la capacidad para preguntar y escuchar activamente, así como ver a la cultura del beneficiario como fuente de capacidades y recursos (Cross *et al.*, 1989) en lugar de como un mal que debe ser minimizado para permitir la globalización —en salud, educación, seguridad, etcétera—. A este ejercicio también se le llama *competencia cultural* (Cross *et al.*, 1989). Irónicamente, la globalización fue lo que desencadenó la cadena de problemas socioeconómicos de Haití (Edmond *et al.*, 2007). Si los programas de atención psicosocial se basan en una globalización, o estandarización, de la mente, ocurrirá lo mismo que sucedió durante la colonia española: una *conquista cultural*, que es jerarquizar y anteponer las prioridades de una cultura sobre las prioridades de otra cultura, para erradicarla —o globalizarla. Para resolver problemas locales de forma asequible económicamente, accesible geográficamente, y efectiva culturalmente se recomienda que las soluciones se evalúen, planeen y realicen a nivel local y *con los locales* (Bornstein, 2004; Adams y Hawkins, 2007). Si los actores internacionales mantienen una visión

globalizadora de sus esfuerzos humanitarios continuará el rechazo y la desconfianza por parte de los locales, ya que su cultura es minimizada o ridiculizada —como sucede por columnistas como Brooks (2010).

## **5.2. Prioridades de dos culturas: donadores y beneficiarios**

El choque cultural entre satisfacer las prioridades occidentales de los donadores y las prioridades cosmocéntricas de los haitianos es un tema recurrente con respecto a la rendición de cuentas (Twigg, 2001). Por una parte, la CRD debe encontrar un equilibrio entre el compromiso de rendición de cuentas con los patrocinadores, ya que sin ellos no existiría la organización, y por otra parte, debe asegurarse que sus actividades humanitarias son de beneficio para la población a las que están dirigidas.

Los videos realizados por la CRD rinden cuentas a, y piden apoyo de, los patrocinadores, al realizarse en danés e inglés. Los reportes e informes de actividades se realizaron principalmente en inglés con algunas secciones en francés. No se encontró ningún reporte que rindiera cuenta a los receptores, de hecho, la CRD especifica que no pudieron realizar evaluaciones de sus actividades pero que la “sociedad nacional dio retroalimentación positiva” (Danish Red Cross, 2010a:4).

Realizar constantes evaluaciones diagnósticas, de necesidades, análisis de contextos, monitoreos y evaluaciones sobre la situación real son actividades centrales para cualquier actor humanitario. La falta de estas evaluaciones llevarán a los delegados de la CRD, y a cualquier otra organización, a realizar interpretaciones basadas en suposiciones occidentales, validar una unidad psíquica universal con base en esas interpretaciones, y realizar actividades psicosociales que no están orientadas necesariamente a la sostenibilidad

(autogestión) sino a una dependencia a actores externos y una imposición de prioridades culturales ajenas a las locales.

Un ejemplo de creación de dependencia a actores externos se da al realizar actividades de socorro como proveer comida. En el pasado, actores humanitarios como USAID han importado alimento (por ejemplo: costales de maíz, frijol y arroz) para donarlo porque es rápido y sencillo; sin embargo, dar comida gratis crea una dependencia a la organización y cuando ésta desaparece (cuando el proyecto de la organización humanitaria termina) las sociedades son vulnerables a experimentar una verdadera crisis alimentaria porque no se crearon soluciones sostenibles al problema, sino una solución temporal y externa (Romero, 2011). Para prevenir este problema, The Sphere Project ha promovido un refrán: *Do relief, think development* [haz socorro, piensa en desarrollo]. Así, en lugar de dar costales de alimento, los actores humanitarios se ven obligados a favorecer proyectos locales que mejoren el cultivo del campo (por ejemplo: milpa, arroz y frijol), comprar alimento proveniente del mercado local en lugar de transportarlo desde el otro lado del mundo, ya que la primera opción mejora la economía local, plantación de árboles (para disminuir la deforestación) y fortalecer recursos locales (por ejemplo: turismo y servicios) para incrementar el empleo y disminuir la crisis alimentaria. Por supuesto, estas actividades toman más tiempo, requieren asociaciones con locales y constantes evaluaciones, pero el beneficio es a largo plazo y disminuye la vulnerabilidad frente a nuevos desastres (Wisner *et al.*, 2004).

En el campo de la salud mental es complicado definir globalmente qué actividades psicosociales serán de beneficio, ya que la medición de los resultados depende de (1) el entendimiento cultural de salud que tiene la comunidad y (2) de la persona, familia o comunidad que experimenta una mejoría en su salud (Turner, 2010; Adams y Hawkins, 2007; Cross *et al.*, 1989). Introducir actividades psicosociales externas no es necesariamente negativo —los espacios amigables para niños recibieron retroalimentación positiva de sociedades nacionales (Danish Red Cross, 2010a)— pero el uso de actividades tradicionales puede ser de mejor

beneficio para el largo plazo (Wisner *et al.*, 2004), ya que cuando el proyecto de la CRD terminó, el apoyo psicosocial desapareció.

No cabe duda que administrar valium o aspirinas (remedio occidental) genera bienestar inmediato a las personas que experimentan malestares psicosomáticos como dolores de cabeza (Bortolotti, 2004) es una solución fácil y rápida; sin embargo (1) es probable que los beneficiarios hayan experimentado estos malestares con anterioridad (dolores de cabeza) —es decir, estas enfermedades no son ajenas o nuevas para los beneficiarios— y (2) es probable que haya prácticas de sanación tradicionales que son económicamente asequibles (o gratis), culturalmente adecuadas y geográficamente accesibles (ya que no necesitan la importación de costosos medicamentos) y que sólo necesitan investigación y difusión. Por ejemplo, los indígenas ixiles de Guatemala toman una taza de agua caliente con limón para el dolor de cabeza, dan paseos frente al río o platican sus problemas con una persona de confianza; estas soluciones funcionan igual que una aspirina (Romero, 2011).

Como se mencionó en el primer capítulo, el modelo de la cultura occidental se ha basado en el *avance tecnológico* y la *acumulación materialista a nivel individual*, la ciencia deviene de esta cultura occidental (Watts, 1966); y el mundo espiritual es prácticamente ignorado o forma parte del mundo opcional y secundario en la ayuda humanitaria —tal y como se vio en el reporte *MHPSS Coordination Haiti*—. La mayoría de los donadores poseen una visión occidental de las necesidades básicas.

Como se menciona en la introducción, los derechos humanos son la medición internacional para la provisión de necesidades básicas. En julio del 2012, la ONU declaró al acceso a internet como un derecho humano (O'Neil, 2012). El 32.7% de la población mundial tiene acceso a internet, en otras palabras, 4,600 millones de personas viven sin internet (Miniwatts Marketing Group, 2012). La interpretación legal de este nuevo derecho humano será una cuestión interesante para los

gobiernos que firmaron la resolución y, sin lugar a dudas, para la asistencia humanitaria. Una interpretación de este derecho humano es el *derecho de interconexión* con el resto de los seres humanos.

Allan Watts, filósofo y teólogo, ha cuestionado los movimientos de paz, programas de ayuda humanitaria, educación gratuita y el estado de bienestar que devienen de actores humanitarios internacionales que actúan como *Santa Claus*, queriendo poner las cosas en orden en el tercer mundo para luego marcharse. Watts interpreta esta actitud paternalista como una *carencia del sentido de pertenencia e interconexión* con el mundo. Este autor dice que cuando el actor humanitario no sabe lo que realmente quiere lograr con la ayuda ofrecida, los beneficiarios sospechan intereses ocultos a sus regalos. ¿Qué clase de ayuda están realmente ofreciendo los donadores cuando no pueden disfrutar su propia riqueza económica? Ofrecen fármacos, computadoras, educación industrial y comida rápida con la esperanza de que sean disfrutados por los “menos afortunados”. La fortuna que los donadores son incapaces de disfrutar aquí y ahora no podrá ser disfrutada en ningún otro lugar, llámese Haití o Indonesia. Si el actor humanitario o donador es percibido como una persona separada de todo lo demás (humanos, otros animales, medio ambiente, plantas, aire, sol, otros planetas, etcétera) y vive en constante esperanza —esperando el mañana y olvidándose del presente— será percibido por los beneficiarios como fragmentado e indigno de confianza (Watts, 1966). Watts pone en perspectiva el querer exportar las prioridades de una cultura sin antes haber reconocido que no todos los miembros de esa cultura (occidental) saben o pueden disfrutar su riqueza.

Que la mayoría del mundo no tenga acceso a internet no significa que carezcan de un *sentido de interconexión* con el mundo; así como tener internet no garantiza que las personas tendrán un *sentido de interconexión*. Aunque lo que se está declarando como derecho humano es la *tecnología*, lo relevante es su *función*. La interpretación de los derechos humanos y las necesidades básicas necesita

forzosamente un diálogo: comunicación y empatía transcultural o, en otras palabras, pensar a través de la cultura que se quiere ayudar (Shweder, 1991).

Jerarquizar los tratamientos y actividades psicosociales por su rapidez o efectividad no es la función de un actor humanitario, sino identificar las soluciones sostenibles, culturalmente adecuadas, geográficamente accesibles y económicamente asequibles, y difundirlas para reforzar e institucionalizar las redes de conocimiento y redes de apoyo locales (Adams y Hawkins, 2004).

Tradicionalmente, la rendición de cuentas a los beneficiarios es secundaria porque se asume que ellos aceptarán cualquier ayuda que se les ofrezca bajo la premisa de que es gratuita y de que la necesitan. Sin embargo, esto es un mito cuando las necesidades básicas se interpretan desde el lente occidental y no desde las prioridades de la cultura local (O'Leary, 2004).

Por ejemplo, el *valor* y la *necesidad* de un par de zapatos pueden ser radicalmente distintos dependiendo de la cultura. Cuando agentes de la cultura occidental llegan a otra cultura con sus prioridades y expectativas pueden pasar varias cosas: (1) una falta de comunicación y entendimiento mutuo: “¿para qué me quieres dar zapatos? Yo no uso, pero como son gratis los recibiré aunque no los use”; (2) la inserción de nuevas prioridades a la cultura local: “gracias por los zapatos, ahora los necesito”; o (3) generar daño imprevisto a la sociedad local por la inserción de necesidades: “el costo de los siguientes zapatos es del 50% de mis ingresos mensuales, pero si dejo de usarlos pierdo valor, sobre todo por los miembros de tu cultura, la cual es superior a la mía”. Lo mismo puede pasar con la medicina, imponer la medicina occidental a las prácticas médicas tradicionales cuando (1) no hay atención médica gratuita gubernamental o no se ha solucionado el problema de la pobreza; o puede que exista atención médica gratuita pero (2) el costo de los medicamentos es elevado, lo cual pone en riesgo a incrementar la pobreza en Haití (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Ahora bien, algunas organizaciones han creado programas de rendición de cuentas para los beneficiarios, en donde se implementan normas de monitoreo y evaluación de actividades que reportan si las actividades humanitarias han sido de provecho para las comunidades y en qué medida. Sin embargo, estos programas de monitoreo y evaluación miden factores que valoran el beneficio de acuerdo con las prioridades occidentales y no necesariamente con las de la cultura local. Juzgan el beneficio para los destinatarios a través de los ojos de los donadores. En otras palabras, es una rendición de cuentas para los beneficiarios que sólo es valiosa para los donadores y no necesariamente para los destinatarios. Es entonces que idear programas de monitoreo y evaluación tiene que ser una actividad planeada por la asociación de los beneficiarios y los donadores.

### **5.3. Comunicación y colaboración transcultural**

La salud global es posible, pero no significa que será homogénea. Realizar una evaluación interdisciplinaria y transcultural de las actividades psicosociales puede dar una mejor perspectiva de si la situación socioeconómica puede sostener las prioridades y necesidades insertadas por los programas psicosociales externos, así como evaluar y valorar las actividades locales que son de beneficio para la salud mental y que merecen ser reconocidas y difundidas (Martínez, 2008).

Así como la comunicación interdisciplinaria se está dando entre científicos de distintas áreas en la asistencia humanitaria (The Sphere Project, 2011), también es posible generar canales de entendimiento transcultural entre la cultura de los beneficiarios y la cultura de los donadores para rendir cuentas a ambos grupos y al mismo tiempo, crear canales de comunicación transcultural y subsecuente equidad entre ellos.

La CRD posee la teoría de *competencia cultural* —en los manuales y guías— que no se ve reflejada en la práctica —en los reportes e informes de actividades

realizadas. De acuerdo con el *Mid-Year report. Reference Centre Psychosocial Support* del 2010, las lecciones aprendidas mantienen la reproducción de los mismos programas psicosociales sin importar el contexto cultural, ni las necesidades de la sociedad; y más aún, sin incluir las capacidades y recursos locales para la creación de programas psicosociales que incluyan prácticas de sanación tradicionales.

En teoría, los programas de atención psicosocial de la CRD poseen la prioridad de realizar evaluaciones diagnósticas de necesidades y culturales siguiendo las recomendaciones de guías internacionales; pero en la práctica, mantienen una postura homogeneizadora de la salud, en donde las actividades implementadas son externas a la cultura haitiana y mantienen suposiciones generalizadoras de los desastres, asumiendo la existencia de una unidad psíquica universal. Ignorar las capacidades y recursos locales para la creación de actividades psicosociales que incluyan las prácticas de sanación tradicionales, equivale a dar valium gratis a una sociedad que no podrá comprarlo una vez que la CRD deje el país, y que tal vez ni siquiera hubiera sido lo que necesitaba en primer lugar.

Los países con diversidad cultural y diversidad médica que han recibido ayuda humanitaria después de un desastre han experimentado un cambio cultural en la selección de prácticas de sanación (Boscarino, Adams y Figley, 2004; Adams y Hawkins, 2004), lo cual no es completamente positivo en la práctica. En Guatemala, las pastillas y las inyecciones (no necesariamente la atención médica occidental) han adquirido un valor superior a los remedios herbales y prácticas de sanación tradicionales, a pesar de la poca accesibilidad económica de estos medicamentos (Adams y Hawkins, 2007). Las expectativas en la visita médica en Guatemala involucran que el médico occidental ofrezca o recete una pastilla o inyección por el malestar, si esto no ocurre el paciente siente que no recibió atención médica y el profesional es visto como irresponsable o inexperto (Adams y Hawkins, 2007).

Distintas culturas tienen un entendimiento de la salud mental distinto, cada cultura tiene diversas enfermedades y distintas formas para sanar y entender esas enfermedades (Shweder, 1991). Cuando una cultura ha depositado su confianza a un tipo de medicina generación tras generación, es importante respetar su existencia y reconocerla internacionalmente, para sobre todo evitar más segregación cultural y discriminación (Martínez, 2008); que es en parte lo que crea desastres en primer lugar (Wisner *et al.*, 2004).

Por ejemplo, la depresión invernal es común en Dinamarca (Dam, Jakobsen y Mellerup, 1998), el mal de ojo es común en Guatemala (Adams y Hawkins, 2007), y estar poseído es común en el norte de Arizona, Estados Unidos (Turner, 2010); que una enfermedad sea más común en indígenas mayas, en comunidades danesas o en nativos americanos no quiere decir que una sea menos real o importante que la otra. Sin embargo, se pueden diagnosticar erróneamente si no se hacen evaluaciones culturales; la depresión invernal ha sido erróneamente diagnosticada como trastorno bipolar; el mal de ojo y estar poseído han adquirido connotaciones negativas de “ignorancia” por estar presentes en etnias específicas. Al no entenderse las causas, estas enfermedades han sido históricamente desacreditadas desde la cultura científica clásica (cultura occidental); sin embargo, se curan a través de las medicinas tradicionales de la cultura a la que pertenecen (Adams y Hawkins, 2007; Turner, 2010).

Incluso la existencia misma de la categoría de *enfermedad* puede ser un dilema, es decir, no se puede comprobar que esta categoría exista en todas las culturas y realizar suposición *per se* como ésta es lo que esta investigación plantea, la variabilidad de conceptos y entendimientos de categorías. Puede que la palabra exista pero se refiera a algo completamente distinto, esto depende del sistema relacional conceptual que esa cultura tenga.

La *adaptación cultural*, *inclusión del contexto*, *evaluación diagnóstica de necesidades básicas* y la *competencia cultural* son conceptos que se repiten una y

otra vez en las guías para atención psicosocial en las que se basa la Cruz Roja danesa —Inter-Agency Standing Committee (2007), The Sphere Project (2011), Reference Centre for Psychosocial Support (2009a) y Psychosocial Centre IFRC (2012). Sin embargo, su aplicación práctica en los programas psicosociales es limitada por el excesivo uso de materiales globalizadores y presiones externas de rendición de cuentas.

Más allá del material usado, el problema parece encontrarse en la actitud de las actividades, las cuales carecen de una comunicación y colaboración transcultural *equitativa*. La falta de entendimiento y reconocimiento de las prioridades de la cultura local por parte de los profesionales *a nivel práctico* genera malentendidos sobre la definición de programas psicosociales valiosos.

## CONCLUSIONES

Las guías y manuales globales para la atención psicosocial son consensos de buenas prácticas, sin lugar a dudas son valiosos y útiles para los investigadores, profesionales y actores humanitarios ya que abordan temas esenciales de la vida desde el punto de vista intelectual-racional. Todos los manuales y guías mencionados en esta tesis recomiendan la *competencia cultural* de una forma u otra, resaltando que es una característica importante. El problema que esta investigación resalta es el vacío que existe entre “la teoría” y “la práctica”. En teoría (en papel y discursos) las guías analizadas poseen un gran interés en las diferencias culturales y en que la cultura local sea tomada en cuenta, pero existen deficiencias en la práctica (en actitudes, acciones y prioridades). La deficiencia está en la esencia de las actividades que se realizan al querer ser globalizadas a otras culturas fuera de la cultura a la que pertenecen, ya que las prioridades de vida y su jerarquización no pueden, ni deben, ser globalizadas, si realmente se quiere implementar una *competencia cultural*.

Ahora bien, la actividad de ofrecer lo que para la propia cultura es importante a otro grupo cultural, sobre todo si este último se encuentra en desastre, no es necesariamente con malas intenciones, la ayuda humanitaria no es una conquista consciente, es una situación compleja, ya que ofrecemos lo que creemos que nosotros necesitaríamos si estuviéramos en esa situación, más aún, ofrecemos lo que para nosotros es importante creyendo que nosotros somos inmunes a los desastres y por ende si *los otros* adoptan características de “la cultura inmune a desastres” adquirirán esta inmunidad. Es por lo anterior que la *competencia cultural* es tan difícil de realizar, porque es una lucha consciente-inconsciente por dejar las propias suposiciones a un lado y cambiar de anteojos, al ponernos los anteojos de la cultura a la que se quiere ayudar; pero no sólo los lentes, sino la

piel, las emociones y la vida. La competencia cultural involucra arriesgar la vida hasta cierto nivel, o al menos la reputación profesional. Lo anterior no es una exageración, es estar dispuesto a decir *no* cuando el principio de la ayuda humanitaria *do no harm* [no hacer daño] se quiere violar, y proponer soluciones creativas, percibidas como descabelladas por nuestros colegas y también por quienes han formalizado las viejas prácticas porque “así se ha hecho siempre”. Hacer lo éticamente correcto es buscar las respuestas no sólo en la racionalidad, sino también en la intuición ética.

Mark Schuller, antropólogo y evaluador de la ayuda humanitaria en Haití, expone algunos de los aprendizajes que las secuelas de la ola humanitaria dejaron en los profesionales que fueron a Haití. Schuller presenta dos hipótesis, las cuales desarrolla ampliamente en *Killing with Kindness: Haiti, International Aid, and NGOs* [Matar con amabilidad: Haití, la ayuda internacional y las ONG], la primera plantea que las “jerarquías existentes entre los donadores y la ONG se reproducen y codifican [a su vez] en la práctica diaria en las relaciones con los beneficiarios” (2012:355) y la segunda sostiene que los “altos niveles de distancia social entre los donadores y los beneficiarios corresponden al alto nivel de centralización del poder en manos del director de la ONG” (2012:356). Dos reflexiones importantes que salieron a la luz gracias a las experiencias de los agentes humanitarios. El aparato conceptual de “jerarquías” del quehacer occidental —que se explica en el segundo capítulo de la presente investigación— reproduce una deficiente ayuda humanitaria que se basa en preceptos de la cultura occidental. A raíz del contacto con la cultura haitiana, estos supuestos “normales” y universales se cuestionan, demandando una modificación en el *sistema relacional jerárquico* que existe en algunas ONG internacionales, por ser en su mayoría occidentales.

Para pavimentar el camino entre la teoría (manuales y guías) y la práctica (acciones e intenciones), Shweder propone *pensar a través de la cultura*, ésta es sin lugar a dudas una tarea difícil de realizar, para pensar se tiene que entender,

se necesita llegar al punto en donde las intuiciones sobre las diferencias culturales (diferencias en necesidades básicas y prioridades de vida) no pueden ser ignoradas —o incluidas en la intervención como un factor más o un *plus*. Tal vez, más que *pensar a través de la cultura* convendría *sentir y vivir la cultura* y atreverse a nadar en ella como si fuera la propia. ¿Por qué como si fuera la propia? Porque nadie más defenderá con más fervor a la madre mas que su propia hija (al menos en la cultura mexicana). Esta recomendación es para los valientes que no temen perderse en la dimensión desconocida, ya que entrar en esta actividad es desarrollar una mente multidimensional. Cabe decir que la propia cultura realmente no desaparece ni se pierde, simplemente cambia, pero no se puede minimizar o suprimir por completo, ni es recomendado. Sin embargo, podemos jugar a nadar en otras culturas para *realmente* entenderlas, y como un extra, reflexionar y entender la propia —tal y como lo ejemplifica Schuller en el párrafo anterior.

La *competencia cultural* incluye valorar la diversidad (cultura cosmocéntrica de Haití), estar consciente de las dinámicas que ocurren cuando dos o más culturas se encuentran (al introducir ideas u objetos como un par de zapatos), aceptar que el conocimiento cultural está institucionalizado (reconocer que la segregación cultural ha beneficiado una percepción negativa del vudú, el cual es visto como un obstáculo para el progreso), y desarrollar las adaptaciones necesarias a los servicios de salud mental para que reflejen y entiendan la diversidad cultural (utilizar los recursos y capacidades locales), así como usar el lenguaje local y los conceptos locales (criollo haitiano y conceptos como estar poseído). A pesar de que la competencia cultural se recomienda en las guías internacionales, la aplicación práctica de esta habilidad necesita empapar todas las actividades y actitud de la ayuda humanitaria.

Por lo tanto, la misión de los actores internacionales sería (primero) reconocer y entender la cultura y las prioridades locales —necesidades básicas— para (después) fortalecer el impacto social en salud, seguridad y educación de las

prácticas tradicionales; sin que ésta sea una actividad unidireccional —conquista cultural— sino bidireccional (o multidireccional) de integración: medicina integral, educación integral y seguridad integral. En otras palabras, trabajar para fortalecer el capital social —la confianza existente en las capacidades y recursos locales, también llamados usos y costumbres— y eventualmente crear instituciones oficiales a partir de estos, como ya se ha hecho en Hungría, India, Brasil (Bornstein, 2004) y Cuba (World Health Organization, 2005).

Para poner en práctica la *sensibilidad cultural*, *competencia contextual* o *comunicación transcultural* es necesario que se evalúen los efectos positivos de las prácticas y significados tradicionales, tanto en las investigaciones psicológicas como en las evaluaciones. El valor médico de los recursos y capacidades locales se ha subestimado históricamente en la ciencia por razones sociopolíticas (Martínez, 2008). Los desastres son oportunidades de cambio, los actores humanitarios y donadores tenemos una gran responsabilidad para reestablecer el equilibrio del poder al reconocer el conocimiento que ha sido desechado y subestimado por no encajar con las categorías occidentales.

En la asistencia humanitaria, en donde la diversidad cultural es evidente por la cantidad de países involucrados en ofrecer ayuda, la inclusión cultural se debe realizar a todo nivel e involucrando a la sociedad civil en cada paso (planeación, creación e intervención), así como la responsabilidad de entender los contextos históricos, institucionales e interdisciplinarios locales (Shweder y Sullivan, 1993), desde una asociación equitativa entre los beneficiarios y los actores humanitarios, ya que sin la participación comunitaria y el entendimiento externo, los programas carecerán de valor y beneficio para largo plazo (Cross *et al.*, 1989; Bornstein, 2004).

El costo de la atención médica occidental deja en la pobreza a 100 millones de personas cada año en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2005). Las soluciones, como la medicina occidental, que se creen como inmunizadoras de

posibles desastres pueden tener efectos opuestos y contraproducentes. Si los actores humanitarios son conscientes del poder que su intervención trae a países como Haití, pueden incluso institucionalizar la diversidad médica al simplemente reconocerla, investigarla e implementarla a sus actividades. Esto no sólo beneficiaría a la economía de un país y colaboraría en el restablecimiento del equilibrio de inequidades históricas, sociales, culturales y económicas, entre otras; que son la causa de raíz de los desastres naturales y las emergencias complejas (Wisner *et al.*, 2004), sino que brindaría al mundo de interconexión para compartir conocimiento en lugar de competir y patentar.

Es importante aclarar que la competencia cultural no significa importar medicinas tradicionales de otras culturas a la cultura local o asumir que la medicina tradicional en India será de utilidad en Haití por el parecido en cosmovisiones (por ejemplo, introducir meditación como práctica de sanación), porque eso seguiría siendo la importación de medicina —moderna o tradicional. El objetivo de la competencia cultural es investigar, valorar y evaluar las medicinas tradicionales y modernas que se usan en la cultura local y reconocer las prácticas que de acuerdo con la cultura local son valiosas para no sólo curar enfermedades pero para mantener un bienestar físico, mental y social, tal y como lo marca la OMS en su definición de salud. Del mismo modo, estar consciente de que, aunque se quiera evitar, habrá una transformación cultural por el encuentro de dos o más culturas en la asistencia humanitaria, y esa transformación es experimentada por todos los involucrados, no sólo los beneficiarios.

Como ya se mencionó en párrafos anteriores, poseer realmente una competencia cultural involucra cambiar completamente de actitud ante la diversidad en servicios de salud. En lugar de ignorar el conocimiento local por ser algo que no se entiende, o crear élites profesionales e incrementar la segregación cultural, los actores humanitarios tenemos la responsabilidad de enriquecer las profesiones con el conocimiento local basados en el enfoque holístico de la salud: buscar el equilibrio de todas las áreas como *un todo*, y reconocer la importancia en

la diversidad de cosmovisiones; ya que esto último enriquece el conocimiento humano y crea verdadera interconexión en el mundo: una globalidad heterogénea y transformable.

## REFERENCIAS

- Adams, W., y Hawkins, J. (2007). *Health Care in Maya Guatemala: Confronting Medical Pluralism in a Developing Country*. Oklahoma, Estados Unidos: University of Oklahoma Press.
- AlertNet. (2012). *Country Profile: Haiti*. Recuperado de <http://www.trust.org/alertnet/country-profiles/haiti>
- Almedom, A. (2011). *Psychosocial Transformation: Modeling Community Health Systems' Resilience to Disasters*. Conferencia realizada el 31 de mayo, 2011. Copenhague, Dinamarca: Universidad de Copenhague.
- Almedom, A., y Glandon D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD any more than Health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 127-143.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. París, Francia: Resolución 217 A III.
- Association Haïtienne de Psychologie. (2011). *AHPSY. Association Haïtienne de Psychologie*. Haití. Recuperado de <http://ahpsy.org.ht/>
- Augustin, J. (1999). *Le Vodou libérateur. Et si le Vodou était une valeur!* Montreal, Canadá: Tanboula.
- Barry, D. (2010). Providing Medical Care to Haiti Earthquake Victims: A Nurse Practitioner's Experience. *College Health in Action*, 49(4), 1-27.
- Berlin, I. (1976). *Vico and Herder*. Londres, Inglaterra: Routledge.
- Berry, N. (2008). Who's Judging the Quality of Care? Indigenous Maya and the Problem of "Not Being Attended". *Medical Anthropology*, 27(2), 164-189.
- Bohm, D. (1988). *Totalidad y el orden implicado*. Barcelona, España: Kairós.
- Bornstein, D. (2004). *How to Change the World. Social Entrepreneurs and the Power of New Ideas*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Bortolotti, D. (2004). *Hope in Hell. Inside the World of Médecins Sans Frontières*. Ontario, Canadá: Firefly Books.
- Boscarino, J., Adams, R., y Figley, C. (2004). Mental health service use 1-year after the World Trade Center disaster: implications for mental health care. *General Hospital Psychiatry*, 26(5), 346-358.
- Brooks, D. (14 de enero del 2010). The Underlying Tragedy. *The New York Times*. Recuperado de [http://www.nytimes.com/2010/01/15/opinion/15brooks.html?\\_r=1&partner=rssnyt&emc=rss](http://www.nytimes.com/2010/01/15/opinion/15brooks.html?_r=1&partner=rssnyt&emc=rss)
- Burtoff, M. (1994). *The Haitians. Their History and Culture. Refugee Fact Sheet Series, 10*. Washington, DC, Estados Unidos: Center for Applied Linguistics.
- Cardoso, C., y Pérez, H. (1976). *Los métodos de la historia: introducción a los problemas, métodos y técnicas de la historia demográfica, económica y social*. Barcelona, España: Editorial Crítica.

- Chen, P. (1989). Visual communication materials for rural audiences: reorienting artists and copywriters. *Development Communication Report*, 1989(66), 4-5.
- Clerismé, C. (1985). Medicina tradicional y moderna en Haití. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Pan American Sanitary Bureau*, 98(5), 431-439.
- Cole, M. (1999). *Psicología cultural. Una disciplina del pasado y del futuro*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Cook Ross. (2010). *Background on Haiti & Haitian Health Culture*. Silver Spring, MD: A Cultural Competence Primer from Cook Ross. Recuperado de <http://www.cookross.com>
- Coppola, D. (2011). *Introduction to International Disaster Management*. Massachusetts, Estados Unidos: Elsevier.
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., y Isaacs, M. (1989). *Toward a Culturally Competent System of Care*. Washington, DC, Estados Unidos: Georgetown University.
- Cubero, M., y Santamaría, A. (2005). Psicología Cultural: Una aproximación conceptual e histórica al encuentro entre mente y cultura. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 23, 15-31.
- Dam, H., Jakobsen, K., y Mellerup, E. (1998). Prevalence of winter depression in Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 1-4.
- Danish Red Cross. (2010a). *Mid-Year report. Reference Centre Psychosocial Support*. Copenhagen, Dinamarca: Danish Red Cross. Recuperado de <http://www.ifrc.org/docs/appeals/annual10/MAA0000110pscentremyr.pdf>
- Danish Red Cross. (2010b). *Psychosocial support in a field hospital, Haiti*. Recuperado de <http://psp.drk.dk/sw40692.asp>.
- Desrosiers, A., y St. Fleurose, S. (2002). Treating Haitian patients: key cultural aspects. *American Journal of Psychotherapy*, 56(4), 508-521.
- Devieux, J., Malow, R., Jean-Gilles, M., Samuels, D., Deschamps, M., Ascencio, M., Jean-Baptiste L., y Pape, J. (2004). Reducing Health Disparities through Culturally Sensitive Treatment of HIV+ Adults in Haiti. *Official Journal of the Association of Black Nursing Faculty in Higher Education*, 15(6), 109-115.
- Dupuy, A. (2002). *Haiti: Social Crisis and Population Displacement*. Connecticut, Estados Unidos: United Nations High Commissioner for Refugees Emergency & Security Service y la Universidad de Wesleyan.
- Edmond, Y., Randolph, S., y Richard, G. (2007). The Lakou System: A Cultural, Ecological Analysis of Mothering in Rural Haiti. *The Journal of Pan African Studies*, 2(1), 19-32.
- Finkelstein, J. (2007). *Archivo: Pirámide de Maslow.svg*. Representación de la jerarquía de necesidades de Maslow. Basado en "Maslow's hierarchy of needs de Finkelstein.svg". Traducido por Mikel Salazar González. Recuperado de [http://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Pir%C3%A1mide\\_de\\_Maslow.svg](http://es.wikipedia.org/wiki/Archivo:Pir%C3%A1mide_de_Maslow.svg)
- Galindo, A., y Pascual, P. (1978). *Mecánica cuántica*. Madrid, España: Alhambra.
- Gilbert, R. (2004). *Haití: antecedentes económicos y sociales*. México: Naciones Unidas Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Goffman, E. (1970). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.

- Grimaud, J., y Legagneur, F. (2011). Community beliefs and fears during a cholera outbreak in Haiti. *Intervention* 2011, 9(1), 26-34.
- Grinnell, R. M., Gabor, P. A., y Unrau, Y.A. (2012). *Program Evaluation for Social Workers. Foundations of Evidence-based Programs*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Guitart, M. (2008). Hacia una psicología cultural. Origen, desarrollo y perspectivas. *Fundamentos en Humanidades, IX(II)*, 7-23.
- Helman, C. (2007). *Culture, Health and Illness*. Londres, Inglaterra: Hodder Arnold.
- Inter-Agency Standing Committee. (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*. Ginebra, Suiza: IASC.
- International Monetary Fund. (2008). *Staff Country Reports. Haiti: Poverty Strategy Paper*. International Monetary Fund: Washington, DC, Estados Unidos.
- Khoury, N., Kaiser, B., Keys, H., Brewster, A., y Kohrt, B. (2012). Explanatory Models and Mental Health Treatment: Is Vodou an Obstacle to Psychiatric Treatment in Rural Haiti? *Culture, Medicine and Psychiatry*. doi: 10.1007/s11013-012-9270-2.
- Klappenbach, H. y Pavesi, P. (1994). Una historia de la psicología en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psicología, 26(3)*, 445-481.
- Lewis, P. (2009a). *Ethnologue*. Dallas, Texas, Estados Unidos: SIL International Publications.
- Lewis, P. (2009b). *Linguistic diversity of countries (from highest to lowest). Table 7. Ethnologue*. Dallas, Texas, Estados Unidos: SIL International Publications. Recuperado de <http://chartsbin.com/view/7j7>
- Library of Congress. (2006). *Country Profile: Haiti*. Estados Unidos: Library of Congress. Federal Research Division. Recuperado de <http://www.loc.gov/index.html>
- Lund, J. (2010). *Introduction to International Disaster Management*. Clase realizada para la Universidad de Copenhague y la Universidad de Lund en septiembre del 2010. Revinge, Suecia: Maestría de Gestión de Desastres.
- Makwana, R. (2006). *Global Inequality*. Londres, Inglaterra: Share The World's Resources. Sustainable Economics to End Global Poverty. Recuperado de <http://www.stwr.org/poverty-inequality/global-inequality.html>
- Marín, G. (1997). *Historia verdadera del México profundo*. México: Editorial Tlatocan.
- Markus, H., y Hamedani, M. (2007). Sociocultural Psychology: The Dynamic Interdependence among Self Systems and Social Systems. En Sh. Kitayama y D. Cohen. *Handbook of Cultural Psychology*. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Martínez, A. (2008). *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona, España: Anthropos Editorial.
- Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review, 50*, 370-396.
- MHPSS Coordination Haiti. (2010). *Mental Health & Psychosocial Support in Haiti. Pyramid of Interventions / Minimal Response Matrix and Mapping*. Haití: MHPSS Coordination Haiti. Recuperado de <http://mhps.net/resources/?page=2&s=haiti>

- Miniwatts Marketing Group. (2012). Internet Users in the World Distribution by World Regions – 2011. *Internet World Stats*. Recuperado de [www.internetworldstats.com](http://www.internetworldstats.com)
- Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití. (2012). *Establecimiento de un entorno seguro y estable*. Recuperado de <http://www.un.org/es/peacekeeping/missions/minustah/>
- O'Neil, L. (6 de julio del 2012). U.N. declares internet freedom a basic human right. *CBC News*. Recuperado de <http://www.cbc.ca/news/yourcommunity/2012/07/un-declares-internet-freedom-a-basic-human-right.html>
- O'Leary, M. (2004). *The First 72 Hours: A Community Approach to Disaster Preparedness*. Nebraska, Estados Unidos: iUniverse Publishing.
- Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. (2008). *OCHA in 2008. Policy Development*. Evaluation and Studies Section. Recuperado de [http://ochaonline.un.org/ocha2008/html/evalua\\_studies\\_section.htm](http://ochaonline.un.org/ocha2008/html/evalua_studies_section.htm)
- Office of Minority Health. (2008). *Cultural Competency in Disaster Response: A Review of Current Concepts, Policies, and Practices*. Rockville, MD, Estados Unidos: SRA International.
- Olsen, M., Koitzsh, N., Tesfaye, M., y Holm, L. (2012). Conceptual equivalence of WHOQOL-HIV among people living with HIV in Ethiopia. *Springer Science+Business Media B.V. 2012*. doi: 10.1007/s11136-012-0141-7.
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud de Nueva York del 19 de Junio al 22 de Julio de 1946. Nueva York, Estados Unidos.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *El costo de la asistencia médica deja en la pobreza a millones de personas en todo el mundo*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr65/es/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud. (1994). *La OPS y la ayuda humanitaria durante desastres complejos*. Desastres: Preparativos y Mitigación en las Américas. Boletín No. 57. Recuperado de <http://helid.digicollection.org/en/d/Jphd057s/1.html>
- Peregil, F. (31 de enero del 2010). La gente por la que nadie llora. Los internos del principal hospital psiquiátrico de Puerto Príncipe viven en condiciones infrahumanas. *El país*. Recuperado de [http://elpais.com/diario/2010/01/31/internacional/1264892406\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2010/01/31/internacional/1264892406_850215.html)
- Postlewait, H., Cain, K., y Thomson, A. (2004). *Emergency Sex and Other Desperate Measures*. Nueva York, Estados Unidos: Miramax Books.
- Psychosocial Centre IFRC. (2012). *Lessons learnt from the psychosocial response to the tsunami*. Copenhagen, Dinamarca: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Recuperado de <http://psp.drk.dk/sw43925.asp>
- Reboloso, E., Fernández-Ramírez, B., y Cantón, P. (2008). *Evaluación de programas de intervención social*. Madrid, España: Síntesis.
- Reference Centre for Psychosocial Support. (2009a). *Psychosocial interventions. A handbook*. Copenhagen, Dinamarca: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Support.

- Reference Centre for Psychosocial Support. (2009b). *Community-based psychosocial support. Trainer's book*. Copenhagen, Dinamarca: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Support.
- Reference Centre for Psychosocial Support. (2009c). *Community-based psychosocial support. Participant's book*. Copenhagen, Dinamarca: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Reference Centre for Psychosocial Support.
- ReliefWeb. (2012). *Haiti. Country. Relevant information, maps and updates related to this country*. Recuperado de <http://reliefweb.int/country/hti>
- Rencoret, N., Stoddard, A., Haver, K., Taylor, G., y Harvey, P. (2010). *Haiti Earthquake Response. Context Analysis*. Haití: Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action; DAC Network on Development Evaluations; and United Nations Evaluation Group.
- Romero, T. (2011). *Healing Practices of Internally Displaced Persons. A Field Study of Long-Term Displacement in Nebaj, Quiché, Guatemala*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de Copenhagen, Copenhagen, Dinamarca.
- Sampson, A. (1994). *¿Qué es la Psicología Cultural? Psicología Cultural*. Colombia: Universidad del Valle. Recuperado de <http://psicologiacultural.org>.
- Schinina, G., Hosn, M., Ataya, A., Dieuveut, K., y Salem, M. (2010). Psychosocial response to the Haiti earthquake: the experiences of International Organization for Migration. *Intervention 2010*, 8(2), 158-164.
- Schuller, M. (2012). *Killing with Kindness: Haiti, International Aid, and NGOs*. New Brunswick, NJ, Estados Unidos: Rutgers University Press.
- Security Sector Reform Resource Centre. (2011). *Country Profile Haiti*. Addressing International Governance Challenges. Recuperado de <http://www.ssrresourcecentre.org/countries/haiti/>
- Seidenberg, J. (2005). *Cultural Competency in Disaster Recovery: Lessons Learned from the Hurricane Katrina Experience for Better Serving Marginalized Communities*. California, Estados Unidos: University of California. Recuperado de <http://www.law.berkeley.edu/library/disasters/Seidenberg.pdf>
- Shweder, R. (1991). *Thinking Through Cultures: Expeditions in Cultural Psychology*. Massachusetts, Estados Unidos: Harvard University Press.
- Shweder, R. (2007). The Revival of Cultural Psychology: Some Premonitions and Reflections. En Shinobu Kitayama and Dov Cohen (Eds.), *Handbook of Cultural Psychology*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Shweder, R. (2012). *When Cultures Collide: The Moral Challenge in Cultural Migration*. Ponencia del 30 de enero del 2012. Indiana, Estados Unidos: Purdue University. Recuperado de <http://www.youtube.com/watch?v=JhIxGUCreTE>
- Shweder, R., y Sullivan M. (1993). Cultural Psychology. Who Needs it? *Annual Review of Psychology*, 44, 497-523.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.

- St. Martin, Y. (2011). *Disaster Response in Haiti*. Conferencia realizada en la Universidad de Copenhague en marzo del 2011. Copenhague, Dinamarca: Maestría de gestión de desastres.
- Sterlin, C. (2010). *Séisme et santé mentale en Haïti*. Montreal, Québec [inédito].
- Stewart, W. (2009). *Deep Medicine. Harnessing the Source of Your Healing Power*. California, Estados Unidos: New Harbinger Publications.
- Stigler, J., Shweder, R., y Herat, G. (1990). *Cultural Psychology: Essays on comparative human development*. Massachusetts, Estados Unidos: Cambridge University Press.
- The Sphere Project. (2011). *The Sphere Handbook. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*. Inglaterra: The Sphere Project. Recuperado de <http://www.sphereproject.org/>
- The Washington Post, Kaiser Family Foundation, y Harvard University. (2005). *Survey of Hurricane Katrina evacuees*. Recuperada de <http://www.kff.org/newsmedia/7401.cfm>
- The World Bank. (2007). *Social Resilience and State Fragility in Haiti*. A World Bank Country Study. Washington, DC, Estados Unidos: The World Bank.
- Thomas-Stevenson, B. (1991). *Ozarkian and Haitian Folk Medicine*. Missouri, Estados Unidos: Webster University. Recuperado de <http://www2.webster.edu/~corbetre/haiti/misctopic/medicine/ozark.htm>
- Turner, J. (2010). A lesson in Cultural Competency. *College Health in Action*, 49(4), 3-4.
- Twigg, J. (2001). *Guidance Notes on Participation and Accountability*. Londres, Inglaterra: Benfield Greig Hazard Research Centre. University College London.
- United Nations Human Rights. (2012). *Universal Declaration of Human Rights*. Ginebra, Suiza: Official UN Universal Declaration of Human Rights Home Page. Recuperado de <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Introduction.aspx>
- Volpato, G., Godínez, D., Beyra, A., y Barreto, A. (2009). Uses of medicinal plants by Haitian immigrants and their descendants in the Province of Camagüey, Cuba. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 2009, 5(16), 1-9. doi: 10.1186/1746-4269-5-16.
- Wahba, M., y Bridwell, L. (1974). Maslow reconsidered: A review of research on the need hierarchy theory. *Organizational Behaviour and Human Performance*, 15(2), 212-240.
- Watts, A. (1966). *The Book. On the Taboo Against Knowing Who You Are*. Nueva York, Estados Unidos: Vintage Books.
- Williams, C. (20 de abril del 2003). In Haiti, Voodoo Gets Official. *BBC News*. Estados Unidos. Recuperado de <http://news.bbc.co.uk/2/hi/americas/2985627.stm>
- Wisner, B., Blaikie, P., Cannon, T., y Davis, I. (2004). *At Risk: Natural Hazards, People's Vulnerability and Disasters*. Breinigsville, Pennsylvania, Estados Unidos: Routledge.
- World Health Organization. (2005). *WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine*. Kobe, Japón: The WHO Centre for Health Development.

World Health Organization / Pan American Health Organization. (2010). *Culture and Mental Health in Haiti: A Literature Review*. Montreal, Canadá y Ginebra, Suiza: World Health Organization / Pan American Health Organization. Recuperado de [http://www.who.int/entity/mental\\_health/emergencies/culture\\_mental\\_health\\_haiti\\_eng.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/emergencies/culture_mental_health_haiti_eng.pdf)