



MISCELÁNEA

¿QUÉ PUEDEN HACER LOS PSICÓLOGOS EN UNA SITUACIÓN DE DESASTRE?

Campillo Cascales, M.J., **Rivas Molina, A., ***Luna Maldonado, A. y *Llor Esteban, B.**

*Lcda. en Psicología. Becaria investigación. **Lcda. en Psicología. Grupo de Intervención Psicológica en Desastres de Murcia. ***Catedrático de Medicina Legal. Facultad de Medicina. ****Catedrático Escuela Universitaria de Enfermería. Universidad de Murcia.

"Nadie puede librar a los hombres del dolor, pero le será perdonado a aquel que haga renacer en ellos el valor para soportarlo." (Selma Lagerlof)

Los atentados del 11-M en Madrid han puesto a prueba, una vez más, a los profesionales responsables del bienestar psicológico y social de la población. Una situación tan insólita ha requerido de un gran esfuerzo por parte de equipos psicosociales compuestos por profesionales de distintas disciplinas (médicos, enfermeros, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, traductores, etc.), que han trabajado de forma coordinada para intentar cubrir las necesidades de la población afectada.

Durante los últimos meses, la necesidad de atención psicológica en una situación de desastre ha sido recibida con gran interés por parte de los medios de comunicación y diversos colectivos afectados. Actualmente ya no cabe duda de que la intervención en estas situaciones debe cubrir tanto aspectos físicos como psicológicos y sociales. Diversas investigaciones (Schuchter y Zisook, 1987) sobre los beneficios de la primera ayuda psicológica afirman que una intervención adecuada: a) tiene una influencia positiva sobre las reacciones psíquicas de la víctima, ayudándola a recuperar el equilibrio roto por la situación que está viviendo; b) favorece la resolución de secuelas psicológicas que quedan después del acontecimiento traumático, y c) también repercute en el personal que interviene, facilitando la noción de control de la situación y, por tanto, el control de sus propias reacciones.

La literatura psicológica relacionada con la intervención en los desastres se remonta a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Los temas de estudio se centraron en los efectos psicológicos de la guerra ("fatiga de combate") y en la elaboración de planes de protección para evitar situaciones de pánico entre la población civil.

Durante la Segunda Guerra Mundial se realizaron diversos estudios sobre las consecuencias observadas en población civil sometida a intensos bombardeos, pero es a partir de los años setenta cuando se estudiaron con mayor intensidad las consecuencias psicosociales de los desastres naturales e industriales (Bennet, 1970; Lars Weisaeth, 85). El origen de la moderna intervención en crisis podemos encontrarlo en los trabajos de Lindemann y sus colaboradores, (1942), tras un gran incendio, en el que desempeñó un papel activo en la ayuda a los supervivientes y elaboró un informe clínico sobre los síntomas psicológicos de éstos.

En nuestro país no aparecen los primeros estudios hasta la década de los ochenta. Pero es el desastre ocurrido en 1996 en el Camping de las Nieves en Biescas (Huesca), cuando se despierta un gran interés por parte de los colectivos profesionales por organizar en España dispositivos de atención psicológica en situaciones de emergencia y desastres. Actualmente, se está produciendo un auge de la psicología de emergencias y/o desastres que se plasma en la creación de vocalías o grupos dentro de diversos colegios oficiales de psicólogos en España y en la aprobación de convenios o acuerdos con distintos colectivos (Protección Civil, Hospitales, Seguros...).

Para la psicología, un desastre es "la irrupción de un acontecimiento súbito, intenso y traumático, con gran número de víctimas que sobrepasa los recursos de la comunidad y que, además de la destrucción material y la desorganización social que provoca, produce una seria afectación psicológica a quien la padece, ya que fallan las estrategias de afrontamiento habituales para la resolución de problemas" (Montoso y Carbonell, 1992). Pero un desastre no sólo alcanza a las víctimas afectadas de forma directa, también los familiares, amigos, espectadores y la propia sociedad quedan afectados. El sistema de creencias sociales de la población (seguridad, futuro, control, normalidad diaria, etc.) necesario para garantizar que la sociedad funcione, es golpeado duramente. El mensaje que queda es: no hay seguridad, el futuro no es previsible. Nadie está libre de ser una víctima. Consecuencia de ello, la memoria de las personas se impregna de grandes sentimientos de desamparo y miedo (Yagüe, 2002).

Ante una situación tan poco alentadora cabe preguntarnos que es lo que puede hacer un psicólogo, o la psicología en general, para minimizar el impacto de situaciones como la vivida en los pasados atentados. Si tan sólo nos quedamos con la frecuente imagen ofrecida por los medios, de un psicólogo que aparece situado cerca de la víctima, que le rodea con un brazo y que parece que únicamente escucha a la víctima, es fácil que podamos pensar que esa tarea también podría ser realizada por cualquier persona con buena voluntad, actitud de ayuda y capacidad de escucha. Tan sólo si analizamos los momentos (antes, durante y después del desastre) y las funciones que desempeña un psicólogo en una situación de desastre, como haremos a continuación, podemos comprender la importancia de una asistencia psicológica profesional (Gutiérrez, Vera y Puertas, 2004).

ANTES DEL DESASTRE:

Los grupos de intervención psicológica en emergencias y catástrofes pueden realizar actividades desde distintas áreas de trabajo mucho antes de que la situación se produzca:

Actividades de prevención como la puesta en marcha de programas de información a la

población, la realización de simulacros en casos de emergencia y la realización de programas formativos y de atención a los grupos de intervención en desastres (médicos, personal de enfermería, policías, bomberos, etc.).

Diseño de planes de emergencia y protocolos de actuación que incluyan la atención psicosocial.

También en esta etapa es importante el desarrollo de programas de investigación psicosocial del comportamiento humano en desastres, necesidades colectivas e individuales de atención psicosocial, efectos a corto, medio y largo plazo, técnicas y estrategias terapéuticas adecuadas. Aunque cada suceso es diferente y tiene unos matices distintos, la investigación sobre el comportamiento humano y los factores que influyen en una situación de desastre ha permitido establecer un conjunto de características que se repiten en la mayoría de situaciones de desastre y que pueden ayudar a comprender el tipo de realidad con la que se va a encontrar el profesional.

DIFERENCIAS SEGÚN TIPO DE DESASTRE:

La reacción de las personas a las que tengamos que atender puede ser muy distinta según el tipo de catástrofe sucedida. Por una parte, si la catástrofe es de origen natural y no ha podido ser evitada (huracanes, terremotos, maremotos...), las personas suelen manifestar un posicionamiento de inferioridad frente al peligro, junto con sentimientos de desamparo e indefensión. Sin embargo, en las catástrofes evitables en las que ha influido el hombre (atentados, fallos técnicos, etc.) se magnifica el sentimiento de indignación y/o búsqueda de protección, acudiendo a instituciones o autoridades (Puertas, 1997).

FACTORES QUE PUEDEN DESENCADENAR O AUMENTAR EL MALESTAR PSICOLÓGICO:

FACTORES AMBIENTALES: La organización y gestión de diversos aspectos por parte de las autoridades o responsables puede condicionar el malestar psicológico de los afectados, lo que requiere consejo psicológico:

La organización de las capillas ardientes: es necesario distribuir los féretros de forma que estén lo suficientemente distanciados y garanticen un mínimo de privacidad e intimidad, que permitan mantener un ambiente de familiaridad e impidan el contagio de las manifestaciones de dolor ajenas.

La disposición del espacio donde se reúne a los familiares y se les informa de distintos aspectos: es aconsejable disponer un espacio amplio, ventilado, mínimamente confortable, que evite el hacinamiento, los desvanecimientos y las crisis de ansiedad empeoradas por un ambiente excesivamente cargado.

La comunicación de distintos aspectos legales (certificado de defunción, acta de traslado de cadáver), debe realizarse de forma clara y ordenada, evitando repeticiones de nombres y formas bruscas de identificar a los interesados o de transmitirles información.

Los medios de comunicación pueden invadir y perturbar a los afectados.

La falta de información estructurada y clara con indicaciones precisas de los trámites que hay que llevar a cabo y hacia donde se tienen que dirigir, puede aumentar la posibilidad de victimización secundaria de los afectados (que consideren que las instituciones o servicios no les están tratando justamente). Es necesario evitar la ambigüedad de la información, la circulación

de rumores, con el objetivo de evitar un peor afrontamiento de la situación.

FACTORES PSICOLÓGICOS: Existen una serie de factores de carácter psicológico que pueden agravar el afrontamiento del hecho traumático y dificultar la superación de la situación:

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE PUEDEN AGRAVAR EL AFRONTAMIENTO:

- Padecer una enfermedad grave.
- Tener un familiar que padezca una enfermedad grave o que posea una personalidad especialmente vulnerable.
- No contar con estrategias psicológicas adecuadas (mecanismos adaptativos).
- Baja autoestima y expectativas catastrofistas sobre el futuro ("Nunca lo superaré")
- Asumir el papel de "fuerte" o chivo expiatorio de la familia.
- Tener la fantasía de estar obligado a sustituir dentro de la familia al familiar fallecido.

(Puertas y Gutiérrez, 1998)

REACCIONES PSICOLÓGICAS COMUNES EN LAS PRIMERAS HORAS TRAS EL DESASTRE:

Durante las horas posteriores a la tragedia es frecuente que los afectados desarrollen la denominada fase de "shock", caracterizada por reacciones emocionales de tristeza, rabia, llanto, incredulidad y negación (no poder creer que haya sucedido); reacciones de embotamiento emocional y deterioro en la capacidad de concentración y memoria (por.ej., no encontrar la documentación en el bolso aunque la llevan dentro, no recordar el número de teléfono, etc.); alto nivel de ansiedad con aumento del ritmo cardiaco, del ritmo respiratorio, sudoración, etc. y reacciones motoras extremas de hiperactividad (movimiento continuo, no parar de hablar, tics, etc.) o hipoactividad (permanecer sentado en una silla quieto y con la mirada perdida). Suele llamar la atención la conducta hiperactiva por ser más escandalosa, pero desde el punto de vista psicopatológico, es más necesaria la atención a las personas hipoactivas (Mitchell, 1986).

SIGNOS MÁS FRECUENTES OBSERVADOS EN LOS FAMILIARES AFECTADOS POR LA PÉRDIDA DE UN SER QUERIDO (Puertas y Gutiérrez, 1998)

Durante las primeras 48 horas hay numerosas manifestaciones de consternación (llanto, silencio, abatimiento,..) que se pueden agudizar en momentos críticos como la lectura del listado de fallecidos identificados, la llegada sucesiva de féretros, en la identificación de los objetos personales, en la llegada al lugar de otros familiares y amigos, etc.

También es frecuente escuchar "¿por qué a él/ella?", junto a la aparición de sentimientos de vacío y preocupación por el futuro: "¿qué voy a hacer ahora sin él/ella?, ¿cómo se lo digo a mi hijo pequeño?".

Es muy común que los familiares quieran ver con sus propios ojos el cadáver de su familiar,

como si no pudieran creerse lo ocurrido y quisieran asegurarse de que el que van a enterrar es, efectivamente, su familiar. Sin embargo, en algunos casos, al ir pasando las horas y tomar conciencia de lo ocurrido, disminuye el deseo de verlo e incluso llega a desaparecer.

En algunos casos pueden aparecer diversos mecanismos de defensa: la proyección (adjudicar a otras personas los propios sentimientos sin reconocerlos como tales), la negación (no aceptar los hechos, incluso después de confirmar lo ocurrido), el aislamiento (no querer estar con nadie para no compartir o contagiar el dolor), la regresión (manifestar a través de posturas corporales o verbalizaciones cierto retroceso hacia etapas evolutivas anteriores: pérdida de control, gritos, posturas semifetales de recogimiento, balanceos...).

Puede aparecer inmediatamente un cuadro fóbico en sus distintas manifestaciones (agorafobia, fobia a la oscuridad, acrofobia,..), pero es más probable que estas aparezcan en personas con antecedentes patológicos o en situaciones de especial sensibilidad (embarazo, lactancia, post-operatorio, etc.).

En muchos casos, los miembros familiares se arropan emocionalmente entre sí, pero no siempre, las situaciones límite pueden favorecer la reaparición o intensificación de antiguos conflictos familiares.

Puede surgir la necesidad de encontrar un motivo por el cual el familiar ha muerto, manifestado en forma de culpa, hacia otros o hacia uno mismo.

En caso de haber salvado la vida (por no haber cogido el tren que se cogía habitualmente), pueden aparecer sentimientos contradictorios de alegría ("he vuelto a nacer"), pesadumbre o culpa ("¿por qué ella y no yo?"), asombro o incredulidad ("no me puedo creer que me haya salvado").

Pueden aparecer alteraciones del sueño y la conducta alimentaria.

Estudios poblacionales de víctimas de desastres, reflejan que a medio y largo plazo se pueden desarrollar trastornos psicológicos, siendo los más frecuentes el Trastorno Postraumático y Trastorno por Ansiedad Generalizada, aunque también aparece la Depresión Mayor, algunos tipos de fobias y el aumento de ingestión de sustancias como drogas y alcohol (Beverly y Warwick, 1987; Krug y cols, 1998).

DURANTE EL DESATRE:

Las funciones desarrolladas y el escenario en el que la intervención es llevada a cabo dependen del tipo de desastre ocurrido. En la intervención realizada en los pasados atentados podemos decir que: desde el jueves 11 de Marzo a las 9 de la mañana, el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid organizó un dispositivo de coordinación de emergencia que alertó a 1.415 psicólogos, de los cuales llegaron a intervenir 948. Los lugares principales en los que se llevaron a cabo las intervenciones fueron: el recinto IFEMA, tanatorios, hospitales, cementerios, comisarías de Policía, hoteles con familiares afectados, a través de atención telefónica (112, SUMMA...) y mediante atención domiciliaria (tras las primeras cuarenta y ocho horas). La población atendida fue principalmente: familiares de víctimas y heridos, heridos y otros afectados (vecinos de los lugares de los atentados, conocidos de las víctimas y personas que ayudaron en el lugar de los atentados e intervinientes (policías, bomberos, médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, voluntarios, periodistas y los propios psiquiatras y psicólogos). El número de asistencias psicológicas realizadas ascendió a más de 5.000 atenciones directas, 13.540

asistencias telefónicas y 183 asistencias domiciliarias.

La intervención realizada durante el desastre puede enmarcarse dentro de la denominada primera ayuda psicológica, entendiendo ésta como la asistencia que se presta en el momento, para atender las consecuencias y reacciones de carácter psicológico y emocional que se producen en las víctimas a causa del impacto.

La primera ayuda psicológica se caracteriza por un conjunto de peculiaridades que la diferencian de otro tipo de intervenciones psicológicas, entre ellas (Yagüe, 2002):

PECULIARIDADES DE LA PRIMERA AYUDA PSICOLÓGICA	
<i>Características</i>	<i>Consecuencias</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza en un contexto sin estructurar. • Se realiza en un escenario público. • Se debe actuar en coordinación con el resto de servicios de intervención. • Se atiende a personas que se ve por primera vez. • La labor se realiza a niveles muy profundos del otro. • La duración de la asistencia es limitada. • La intervención suele ser grupal. 	<ul style="list-style-type: none"> • A menudo se carece de un lugar que permita atender con intimidad a las víctimas. No hay un despacho, en ocasiones ni sillas. • Los psicólogos, independientemente de la actitud de aceptación o rechazo hacia ellos, crean curiosidad y son observados para ver que hacen y como lo hacen, creando ansiedad y tensión. • Con frecuencia es necesario satisfacer necesidades u objetivos muy distintos. • El psicólogo es un desconocido para ellos, tanto a nivel profesional como personal. • En un corto espacio de tiempo se entra en el mundo psicológico y emocional del afectado, lo que requiere una gran sensibilidad. • Su desarrollo es irregular y según la situación puede oscilar de unas pocas horas hasta la posibilidad de seguimiento. • Supone trabajar con reacciones y actitudes dispares entre ellas.

Pero, sin duda, una de las características que más se identifica con la primera ayuda psicológica prestada en los desastres es la diversidad de formas de actuación en las que participa el psicólogo: recepción de familiares, acompañamiento en reconocimiento de cadáveres, asesoramiento y apoyo emocional, búsqueda de soluciones y toma de decisiones, contacto con otros recursos, etc. Las actividades que se realizan usualmente durante la intervención en el momento del desastre son:

Recogida de datos sobre las reacciones observables en los afectados.

Observar comportamientos individuales, detectar y evaluar necesidades de intervención.

Realizar el primer contacto psicológico: aproximación mediante una actitud empática y una escucha activa, que facilita la exteriorización de los sentimientos, percepciones e ideas acerca de la situación. Esta empatía y escucha son terapéuticas por sí mismas, por tanto, suponen la primera herramienta a la hora de intervenir (Sánchez Barranco y Sánchez Barranco, 1999).

Evaluación preventiva y gestión de grupos de riesgo: es necesaria una primera valoración del estado de las víctimas examinando las funciones básicas (emociones, reacciones fisiológicas, aspectos cognitivos y comportamentales), que nos ayude a detectar la gravedad y dimensión del problema (Lima y cols, 1987), prestando especial atención a los denominados grupos de riesgo (niños, ancianos, víctimas muy afectadas que pueden contagiar al resto).

Entrevistas con víctimas, familiares y agentes encargados de paliar el desastre.

Atención a la salud mental a largo plazo: evaluando el nivel de pérdida de los recursos que los individuos han experimentado y realizando un seguimiento o derivación a un centro de Salud.

Organización de Centros de Recepción e Información: uno o dos psicólogos suelen ser asignados a cada familia o a su representante y estarán con ellos todo el tiempo que sea necesario, o al menos hasta que la familia haya hecho los trámites necesarios. Durante este proceso las familias pueden ser ayudadas al doloroso proceso de dar respuesta a preguntas, tramitar los funerales, y en algunos casos, reunir las pertenencias personales.

Ayudar a iniciar la elaboración del duelo: el psicólogo deberá trabajar con ciertas tareas que deben resolverse para elaborar un duelo adecuadamente, como son: aceptar la realidad de la pérdida (tanto intelectual como emocionalmente) ayudando a los afectados a hablar de la misma; trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, facilitando el desbloqueo emocional y la negación del dolor a través de la reestructuración cognitiva; adaptarse a un medio en que el fallecido está ausente desarrollando estrategias de afrontamiento y resolviendo problemas; recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo de forma que le permita continuar con su vida después de la pérdida. En algunas ocasiones, puede que tarden en recuperarse los cuerpos o no lleguen a recuperarse. En estos casos, la falta de evidencia física, dificulta el proceso de elaboración del duelo.

Algunas personas, tras la noticia de la muerte, solicitan ver al fallecido, lo cual a menudo es positivo para el inicio de la elaboración del duelo y para evitar posteriores temores o fantasías. Debe permitirse que le toquen o le hablen, en definitiva, que puedan despedirse del familiar, pero de una forma breve. Existen numerosos testimonios en el campo de la psicología de procesos de duelo complicados por no haber podido despedirse de sus seres queridos, tocarlos, decirles adiós, etc.

Intervención con familiares en crisis: a menudo, existe una tendencia a creer que el psicólogo, por el simple hecho de serlo, va a reducir el sufrimiento de las víctimas, y que es una figura necesaria, casi mágica, para frenar ataques de nervios o ahuyentar psicopatologías traumáticas. Puede ayudar, sí, pero con las limitaciones de su entrenamiento y formación específica y siendo un profesional más, coordinado con el resto. Los psicólogos deben conocer cómo y cuándo actuar, y sobre todo, qué tipo de intervención deben realizar según las circunstancias y un análisis previo del suceso (Gutiérrez, Vera y Puertas, 2004).

PRINCIPIOS BÁSICOS DE INTERVENCIÓN EN CRISIS:

- **PROXIMIDAD:** actuar lo más cerca posible del lugar del suceso (tanatorios, hospitales, etc.) para evitar patologizar la situación trasladándolos a un centro de salud mental.
- **INMEDIATEZ:** intervenir lo más pronto posible, para evitar la aparición de ciertos síntomas o la cronificación de los otros.
- **EXPECTATIVAS:** transmitir expectativas positivas a los afectados sobre su capacidad para afrontar la situación, potenciando así su autoestima y sus estrategias de afrontamiento, e insistir en la normalidad de sus reacciones.
- **SIMPLICIDAD:** utilizar métodos breves y sencillos adaptados a la situación de embotamiento emocional de los afectados.
- **UNIDAD:** las víctimas necesitan reestructurar cognitivamente las experiencias vividas, porque todas las experiencias traumáticas son caóticas y confusas.

Acompañamiento a familiares en procesos de identificación de cadáveres: frecuentemente la identificación de los fallecidos será, para la familia, la primera confrontación con la realidad de la muerte. El cómo se les trata en un momento tan duro y cómo se les prepara puede afectar posteriormente en el proceso de elaboración del duelo.

En un primer momento, y sobre todo el reconocimiento es mediante fotografías, la intervención del psicólogo se orienta a: recabar más información sobre rasgos distintivos físicos de los desaparecidos y localización de peculiaridades específicas de la persona (cicatrices, lunares, tatuajes, etc.) y de las prendas u objetos que portaba la persona, repetir los ejercicios de respiración, relajación, autoinstrucciones y, finalmente, ayudar a decidir quien realizará el reconocimiento.

Antes de que la familia entre en el depósito, los psicólogos deben haber comprobado la condición del cuerpo, la apariencia visual, el olor y el número de restos. Esta información ayudará a los psicólogos a preparar a la familia para la experiencia de lo que van a encontrar. Deben acompañar a la familia en el depósito, y entonces retirarse lo suficiente para permitir privacidad, pero lo suficiente cercano para poder dar apoyo y asistencia, permaneciendo con ellos durante este proceso, permitiéndoles expresar sus sentimientos hacia el fallecido y sus reacciones ante la experiencia. Lo más importante en esta fase es intentar controlar que el momento para realizar el reconocimiento sea lo más rápido posible, sin colas y sin ver u oír a los que lo están realizando en ese momento.

Relación con los Medios de Comunicación Social: la colaboración con los medios es importante ya que tienen un impacto ambivalente, por una parte dan a conocer lo que ocurre, ofrecen orientación sobre dónde solicitar ayuda y, por otra parte pueden complicar el recuerdo posterior del suceso, al generar informaciones contradictorias y al magnificar o ignorar determinados problemas. A menudo el psicólogo puede hacer de mediador con el fin de dar protección a los afectados para que no se vean invadidos por cámaras, micrófonos, etc. Es aconsejable designar un portavoz que haga de intermediario con los medios.

Asesoría a gestores sobre distintos aspectos psicosociales (organización de capillas ardientes, mecanismos óptimos de información y comunicación de malas noticias, técnicas de manejo de los rumores sociales). Los rumores abundan después de cualquier catástrofe y pueden minar el funcionamiento del grupo. La mejor forma de afrontarlos es facilitar información adecuada y fiable lo más rápidamente. Por otra parte, hay que saber que los rumores negativos circulan mucho más rápido e impactantemente que los desmentidos positivos, por lo que resulta necesario insistir más en la información positiva, ya que circula con menor rapidez (Fernández, Marín y Marqués, 1999).

Cooperación y coordinación con otros grupos profesionales: trabajadores sociales, sanitarios, medios de comunicación social, etc., para enriquecer la información y el apoyo psicosocial de los afectados.

Comunicación de malas noticias: las malas noticias (aquellas que de manera drástica y negativa alteran la perspectiva de la persona en relación a su futuro), siempre son malas noticias, no se puede eliminar el dolor que producen, pero utilizando algunas estrategias al comunicarlas se puede ocasionar un impacto psicológico menor. Los estudios realizados al respecto han demostrado que una comunicación no efectiva puede tener un impacto adverso de larga duración en las personas afectadas. Por tanto, el objetivo del profesional debe ser causar el menor impacto psicológico en el receptor. A veces, no basta con la intención, hay que tener unos conocimientos mínimos, algunos de ellos de sentido común (el problema es que el sentido común no tiene por que ser el mismo para todos). Algunas recomendaciones útiles a la hora de comunicar malas noticias son (Sancho, 1996):

RECOMENDACIONES PARA COMUNICAR MALAS NOTICIAS:

- Obtener la mayor información posible del suceso (qué ha pasado, cuándo, cómo, dónde...).
- Dar la noticia en persona, en un ambiente lo más acogedor posible.
- Un contacto visual directo, sereno y serio, de esta manera se transmite seguridad y confianza, además es posible captar las emociones del otro.
- Identificarse y explicar brevemente que hacemos y cual es nuestro papel, con el fin de dar mayor fiabilidad de quien lo comunica.
- Mostrar interés, paciencia y seguridad evitando dar información de forma abrupta y telegráfica, evitando tópicos del tipo "se lo que estas sintiendo en este momento".
- Estar prevenido ante posibles reacciones posibles, crisis de ansiedad, taquicardias, etc.
- Permanecer junto a la persona, interesándose por cómo se siente de forma respetuosa y ofrecerse para hablar más adelante. La ayuda no debe imponerse debe ofrecerse.
- Si la persona se pone a llorar, gritar o maldecir no es una mala práctica, es una reacción normal y a menudo beneficiosa.
- Dar por escrito los datos de interés (nombre hospital, lugar dónde ocurrió, etc.), ya que debido al aturdimiento de la situación pueden no recordar posteriormente.

Ayuda a los intervinientes: todo el personal que interviene en una catástrofe se ve sometido a un fuerte impacto psicológico. Las intervenciones de este tipo suelen ser una experiencia que, por muy profesional que uno sea y a pesar de los intentos de distanciamiento emocional suele afectar a la esfera de lo personal. El término "fatiga por compasión" fue adoptado para describir un tipo de estrés frecuente en profesionales de la intervención con víctimas de desastres. Los síntomas son semejantes a los síntomas fisiológicos, emocionales y cognitivos que aparecen entre las víctimas que se ha ayudado. Entre un 3% y un 7% de los profesionales pueden llegar a desarrollarlo. Lahad, M. 1998.

Estas situaciones pueden ser minimizadas mediante programas de atención a los profesionales que consten de: prevención primaria o pre-desastre (selección, información y formación antes del accidente que dote a los trabajadores de conocimientos y habilidades adecuadas para afrontar una situación traumática), prevención secundaria o durante el desastre (rotación de los lugares de trabajo más estresantes, periodos de descanso, primer apoyo psicológico individual, etc.), intervención psicológica tras las primeras 48-72 horas (técnicas de defusing: sesiones usualmente en grupos pequeños en las que se comprueba como se encuentran todos y en la cual los participantes describen sus reacciones y sentimientos en un clima de apoyo y compañerismo).

Por este motivo, la atención psicológica a los profesionales que han intervenido trabajando con sus sentimientos, pensamientos y la detección de los comportamientos no saludables, suele ser necesaria antes de volver a la rutina laboral.

FUNCIONES DESPUÉS DEL DESASTRE:

Promover o, en su caso, realizar, apoyo psicológico y/o seguimiento de los grupos de intervención. A menudo es utilizado el "debriefing", técnica grupal cuyo objetivo es prevenir las secuelas psicológicas que son altamente probables tras una experiencia crítica y que permite expresar y compartir los sentimientos vividos, ayudando a discernir entre la parte emocional y la parte cognitiva de la experiencia hasta llegar a comprender la normalidad de lo ocurrido.

Intervención preventiva y/o terapéutica con afectados y familiares que lo necesiten. Las técnicas más utilizadas con las personas afectadas tras la tragedia son: técnicas cognitivo-conductuales (reestructuración cognitiva, solución de problemas, autoinstrucciones), junto con técnicas de relajación (relajación progresiva de Jacobson,..) y terapia familiar.

Elaboración de informes técnicos sobre todo tipo de intervenciones llevadas a cabo, que permitan la puesta en común de las experiencias.

Participación en foros de debate científico sobre aspectos psicológicos en desastres.
Realizar el seguimiento de las víctimas y especialmente de los grupos de riesgo afectados por el desastre (la sintomatología puede aparecer más adelante).

Como hemos podido comprobar, la psicología de las emergencias y desastres, aún siendo una disciplina todavía joven, ya posee unos ámbitos de actuación bien definidos y unas funciones propias que legitiman su actuación. A pesar de ello, y a modo de reflexión, es necesario recordar que el trabajo en estas situaciones es siempre un trabajo multidisciplinar y resulta de gran importancia la coordinación y formación específica, tanto entre los miembros de los equipos psicosociales, como del resto de profesionales que intervienen en el desastre. Un esfuerzo por parte de todos, incluidos los responsables o gestores de estas situaciones, puede hacer más fácil que el principal objetivo de los grupos de intervención, mitigar el dolor y el sufrimiento psíquico en el lugar del desastre, sea conseguido.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Bennet, G. (1970): *Bristol Floods 1968. Controlled survey of effects on health of local community disaster. British Medical Journal*, 3, 454 - 458.**
- 2. Beverly, R. y Warwick, M. (1987) Mental health, responses a decade of disaster: Australia, 1974-1983. *Hospital and Community Psychiatry*, 38(12), 1331-1337.**
- 3. C.O.P. (1999). Intervención en salud mental en catástrofes en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.**
- 4. Fernández, I.; Martín Beristain, C. y Páez, D. (1999). Emociones y conductas colectivas en catástrofes: ansiedad y rumor y conductas de pánico. En J. Apalategui (Ed.). *La anticipación de la Sociedad. Psicología Social de los movimientos sociales*. Valencia: Promolibro. (pág. 281-342).**

5. Fouce, J.C. y Sánchez, E. (2002) Intervención psicológica en situaciones de estrés agudo: consideraciones teóricas y sugerencias para la intervención en situaciones de emergencia. *Anuario de Psicología*, 33 (1), 63-78.
6. Gómez Jacinto, L. (1995). Masas, emergencias y desastres colectivos, en L. Gómez y J. Canto (Eds.), *Psicología Social*, Madrid: Eudema.
7. González Sancho, M. (1996) ¿Como dar malas noticias en medicina? Grupo Aula Médica: Madrid.
8. Gutierrez, L; Puertas, E., y Vera, E. (2004) El papel del psicólogo en los desastres. Protección Civil.
9. Grupo Intervención Psicológica en Desastres. Dirección General de Protección Civil. (2000) Manual de Formación de Formadores en Intervención Psicológica en Catástrofes.
10. Grupo Intervención Psicológica en Desastres (1999) Intervención psicológica en situaciones de desastre. Colegio Oficial de Psicólogos: Murcia.
11. Krug, E.G.; Kresnow, M.; Peddicord, J.P.; Dahlberg, L.L.; Powell, K.E.; Crosby, A.E. y Annet, J.L. (1998) Suicide after disasters. *New England Journal Medical*, 338, 373-378.
12. Lahad, M. (1998). "Darkness over abyss: Supervising Crisis Intervention Teams Following Disaster: Compassion Fatigue and the Myth of Saviour".
13. Lima, B.R.; Pai, S.; Santacruz, H.; Lozano, J. y Luna, J. (1987) Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country: Armero, Colombia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 561-567.
14. Mitchell, J.T. (1986) Assessing and managing the psychological impact of terrorism, civil disorder, disasters, and mass casualties. *Emergency care quarterly*, 2 (1), 51 - 58.
15. Montoso, L. y Carbonell, E. (1992) Efectos y reacciones psicológicas de los individuos y los grupos humanos ante las catástrofes. *Manual de asistencia sanitaria en las catástrofes*. Cap. 12.
16. Muñoz, F.A. (2000) Aspectos psicosociales de la información a la población en emergencias. *Intervención Psicosocial*, 9(3), 63-78.
17. Perfiles profesionales del Psicólogo. Colegio Oficial de Psicólogos de España.
18. Puertas López, E. (1997). Retos de futuro en el apoyo psicológico a las víctimas de los desastres. I Jornadas Nacionales sobre apoyo psicológico. Cruz Roja Española. Huesca. 178-186.
19. Puertas, E. y Gutierrez, L. (1998) Accidente aéreo en Melilla 25 de Septiembre de 1998. Intervención Psicológica inmediata. Informe Protección Civil.
20. Ribas, J.; Mora, E.; Ugas, L.; Casaus, P.; Puigdevall, M.; Peña, J. y García, X. (2002) Intervención psicológica y psiquiátrica en emergencias. Propuesta de un modelo de actuación. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barona*, 29(4), 144-152.

21. Sánchez Barranco, A. y Sánchez Barranco, P. (1999) Un modelo psicológico de intervención en crisis. *Psiquis*, 20(2), 77-78.
22. Shuchter, S. y Zisook, S. (1987) Group crisis intervention following the PSA crash. *Psychiatric Medicine*, 4 (1), 93 -101. -
23. Yagüe Cabrerizo, M. (2002). El contexto de intervención en situaciones de emergencias o catástrofes. *Informació Psicológica*, 80, 19 - 24.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia