

PSICOLOGÍA: DISCIPLINA NECESARIA EN EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

T. Pacheco Tabuenca, M.D. Condés Moreira, E. Pérez Villa-Landa,

J.N. Benegas Bautista y B. Ajates Gutiérrez

Subdirección General. SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid. Madrid. España.

RESUMEN

■ A partir de la necesidad de ofrecer una atención integral y multidisciplinar, SAMUR-Protección Civil, crea en 2003 un modelo de trabajo pionero, donde la intervención del psicólogo cobra una especial relevancia dando cobertura a la ciudad de Madrid, atendiendo las emergencias psicológicas que surgen en el día a día, así como catástrofes o accidentes de múltiples víctimas. El objetivo de esta intervención es, en primer lugar, prestar ayuda al individuo que se encuentra en una situación de crisis, detectar posibles factores de riesgo de trastornos mentales y realizar lo antes posible una orientación hacia la red asistencial sanitaria de atención primaria, contribuyendo con su labor a la prevención en salud pública. El presente artículo da a conocer el trabajo realizado en el período 2004-2007, y puede ser la base de la creación de futuros equipos de intervención de las mismas características.

Palabras clave: emergencia; psicología; crisis; prevención.

ABSTRACT

■ SAMUR-Protección Civil has developed, in 2003, a pioneer system to cover the necessity of offering an integrated and multidisciplinary assistance. In the new system, the psychologist intervention takes a very relevant place, giving coverage to the hole city of Madrid, attending daily psychological emergencies and supporting catastrophes and accidents with multiple victims. The main objectives of this intervention are: supporting people in crisis, detecting possible risk factors of mental illnesses and guiding people, as soon as possible, to the sanitary assistance network of the Primary Assistance, contributing in this way to the Public Health's aim of prevention. The following article shows the work developed by the team between year 2004 and 2007. This could be the beginning of the creation of new similar work teams.

Key words: emergency; psychology; crisis; prevention.

Dirección para correspondencia: T. Pacheco Tabuenca, SAMUR-Protección Civil (Despacho Psicólogo Guardia), Ronda de las Provincias, s/n, 28011 Madrid, España. Correo electrónico: <pachecott@munimadrid.es>.

INTRODUCCIÓN

El origen de la moderna intervención en crisis se remonta a los trabajos de Eric Lindemann y sus colaboradores, tras el incendio del centro nocturno *Coconut Grove* en Boston, el 28 de noviembre de 1942, en el que fue el incendio de un solo edificio más grande en la historia del país hasta entonces, 493 personas perecieron cuando las llamas cubrieron a la multitud concentrada en el *Coconut*. El informe clínico de Lindemann acerca de los síntomas psicológicos de los sobrevivientes fue la piedra angular para teorizaciones subsecuentes acerca del proceso de duelo, una serie de etapas mediante las que el doliente progresaba en el camino de aceptar y resolver la pérdida¹.

Desde sus inicios, a finales de la década de los cuarenta, la intervención en crisis ha tenido un enfoque preventivo. A partir de los principios dados por Lindemann, Caplan² desarrolló su propuesta bajo el título *psiquiatría preventiva*. Según Caplan² y Bloom³, en el entorno de la salud pública, la prevención puede tomar 3 formas: prevención primaria, que se encamina a reducir la incidencia de trastornos; prevención secundaria, que busca reducir los efectos dañinos de los sucesos ocurridos, y prevención terciaria, encaminada a reparar el daño hecho mucho tiempo después del suceso original.

En este contexto, la intervención en crisis es preventión secundaria, puesto que tiene lugar después de que los sucesos críticos de la vida han ocurrido, es la estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave, resultado de una crisis. Así, ésta se presenta en el momento en el que el trastorno ha ocurrido y la reorganización se presentará, para bien o para mal. El cómo las personas conceptúan los sucesos, esto es, los interpretan a la luz de sus expectativas de vida y metas a largo plazo, es determinante para el desarrollo futuro. La intervención pretende reducir la probabilidad de efectos debilitantes y aumentar la probabilidad de crecimiento o destreza para el individuo. Proporcionar asistencia durante la proximidad de la crisis eleva al máximo las oportunidades del paciente para crecer mediante el dominio de la situación, y a moverse hacia la reorganización de una vida desorganizada.

Una extensión de esa idea es la ley de Hansel: la efectividad de un servicio de intervención en crisis aumenta de modo directo en función de su proximidad tanto al tiempo como al lugar del incidente de crisis⁴. Si un paciente tiene que esperar horas, días o semanas para recibir ayuda, el factor de peligro en la crisis puede aumentar y redundar en la pérdida de una vida (por suicidio u homicidio). Otro peligro es que los hábitos disfuncionales y los patrones de pensamiento pueden impregnarse de un modo tan fuerte en la vida del paciente que se vuelva muy difícil cambiarlos después.

En España, es el desastre ocurrido el verano de 1996 en el camping de las Nieves en Biescas (Huesca) el que marca un antes y un después en este tipo de intervenciones. Se da, por primera vez en nuestro país, una demanda social de ayuda psicológica de características nuevas y, posteriormente, una valoración positiva de la intervención de los psicólogos/as por parte de las víctimas y de los medios de comunicación⁵. La presencia de psicólogos ya se considera como un recurso humano más en una gestión eficaz de la catástrofe. La psicología de emergencias va teniendo un reconocimiento dentro del campo de la intervención psicológica pues, en palabras de Luis de Nicolás: «Podemos contemplar ya cómo la psicología de las emergencias está despegándose como una nueva disciplina y empieza a formar parte de los comunes instrumentos de intervención en los casos de desventuras, desgracias y calamidades»⁶.

En concreto, la intervención psicológica que se desarrolla en el servicio de emergencia extrahospitalaria SAMUR-Protección Civil en la ciudad de Madrid, cuya descripción es el objetivo de estudio del presente artículo, está basada en el marco teórico del enfoque preventivo de la intervención en crisis, donde destaca un modelo de trabajo multidisciplinar, en el que la asistencia médica y psicológica transcurren de forma paralela.

MÉTODO

El presente estudio es descriptivo y retrospectivo, y se encuadra en el servicio de emergencia extrahospitalaria de la ciudad de Madrid SAMUR-Protección Civil. La población estudiada es la totalidad de casos atendidos por el equipo de psicólogos durante un período de 4 años (2004-2007).

La recogida de datos se ha realizado a través de la revisión de la base de datos de atenciones psicológicas e informes de asistencia psicológica realizados durante el período de estudio, y tiene como variables de estudio la tipología de casos atendidos e intervenciones realizadas que posteriormente se han analizado a través del programa informático Excel. Todos los datos se han tratado de acuerdo con la ley de protección de datos vigente.

RESULTADOS

Intervención psicosocial en emergencia diaria

El equipo de psicólogos de SAMUR-Protección Civil (SAMUR-PC) actúa en los primeros instantes, cuando ocurre un suceso traumático, inesperado y dramático, donde lo frecuente es que la persona se vea desbordada y necesite una atención especializada que le ayude a afrontar el suceso. La permanencia continua en la emergencia las 24 h del día, permite responder no sólo a sucesos de gran magnitud o acontecimientos puntuales sino a la intervención psicológica extrahospitalaria diaria, actuando tanto con víctimas directas como indirectas: familiares, amigos, allegados y testigos, que se ven involucrados en sucesos traumáticos e inesperados.

Los principios de esta intervención psicosocial inmediata se basan en: *a) proximidad*: actuar lo más cerca posible, desde el punto de vista físico, al lugar del evento para no estigmatizar a los afectados con su traslado a un centro de salud mental u hospital; *b) inmediata*: intervenir lo más pronto posible, para evitar la aparición de síntomas o la cronificación de otros; *c) expectativas*: transmitir información positiva acerca de su capacidad de afrontamiento, potenciando así su autoestima; *d) simplicidad*: utilización de métodos breves y sencillos adaptados a la situación emocional de los afectados, y *e) unidad*: basada en la necesidad de reestructurar la experiencia vivida para facilitar el control cognitivo⁷.

El modelo de trabajo tiene principalmente el objetivo de proporcionar los primeros auxilios psicológicos a través de una intervención de primer orden, o lo que Slaikeu denomina primera ayuda psicológica¹, inmediatamente después del suceso traumático, antes de que su resolución final sea positiva o negativa. Con la finalidad de minimizar el impacto psicológico a corto plazo, facilitar un adecuado enfrentamiento a la situación crítica evitando desorganización y generando estrategias de afrontamiento ante situaciones potencialmente generadoras de estrés por su alto contenido emocional, y disminuir la probabilidad de aparición de un trastorno psicopatológico. La intervención psicológica finalizará cuando las personas cuenten con apoyo social, estén estables emocionalmente y dispongan de información acerca de los pasos que hay que seguir y los recursos a los que acudir en caso necesario.

La labor de «pioneros» en el campo de la intervención psicológica en la emergencia extrahospitalaria ha puesto de manifiesto la necesidad de crear una herramienta que proporcione unos criterios uniformes en el trabajo del psicólogo. Por ello se han diseñado unos procedimientos de intervención que dan respuesta a todas las situaciones que se pueden presentar en el día a día de la emergencia, partiendo de lo ya establecido en la actuación en el ámbito sanitario donde se desenvuelve el equipo y adaptándolo a las propias necesida-

des de intervención. Igualmente, en la práctica diaria, se ha visto la necesidad de diseñar un vehículo adaptado al tipo de intervenciones que se realizan, cuya puesta en marcha ha tenido una gran acogida.

Para llevar a cabo la intervención, se siguen las directrices marcadas en los procedimientos de actuación de SAMUR-PC. La actividad del equipo de psicólogos de guardia dentro del área de la emergencia cotidiana se realiza siguiendo un procedimiento de activación/actuación en una diversidad de situaciones: paradas cardiorrespiratorias; precipitados; crisis de ansiedad; intentos autolíticos; arrollamiento de tren; agresión sexual; accidentes de tráfico (coche, moto, atropello, etc.); violencia doméstica; maltrato a menores; atentados terroristas; accidentes de tren/avión; intervenciones conjuntas con bomberos y cuerpos de seguridad, entre otros. En este sentido, es importante mencionar la colaboración del equipo de psicólogos con la unidad de coordinación de trasplantes del Hospital Clínico de Madrid en el programa de donantes a corazón parado (código 9). Según el procedimiento de asistencia psicológica a familiares, la intervención se realiza *in situ*, desde el momento de la llegada de los servicios de emergencia al lugar del suceso, hasta la finalización del proceso de donación. El acompañamiento activo a familiares desde el momento en que ocurre el suceso, permite establecer una relación de ayuda para amortiguar el impacto psicológico de la noticia y aceptar la realidad. El apoyo psicológico evita la desorganización emocional y cognitiva, y facilita la expresión adecuada de duelo, creando un clima que favorece la toma de decisiones en cuanto a la donación de órganos⁸. Desde la incorporación de la figura del psicólogo dentro del servicio, se puede observar una evolución progresiva en la actividad diaria, tomando como punto de inicio enero de 2004 (figs. 1 y 2). Durante el año 2004 se realizaron 293 intervenciones, con un total de 569 personas atendidas; en el segundo año de actividad, 2005, se va produciendo un aumento de intervenciones, llegando a 398, y el número de personas atendidas fue 688; posteriormente, en 2006, el aumento de actividad es notable (1.262 personas atendidas de un total de 1.134 intervenciones), y por último, los datos del año 2007 reflejan una progresión importante en cuanto a demandas de intervención (1.542 personas atendidas y 1.511 intervenciones).

El aumento en los 2 últimos años en el número de casos en los que interviene el psicólogo de guardia viene determinado, en parte, por la modificación a finales del año 2005 del procedimiento de activación, ante la necesidad de ampliar la participación del psicólogo de guardia en un mayor número de códigos.

Los casos de accidentes de tráfico ocupan el cuarto lugar de nuestras intervenciones. La asistencia en este tipo de situaciones se refiere en un 59,49% a casos de atropellos.

Aunque (exceptuando las crisis de ansiedad no originadas por incidente traumático) las asistencias giran en

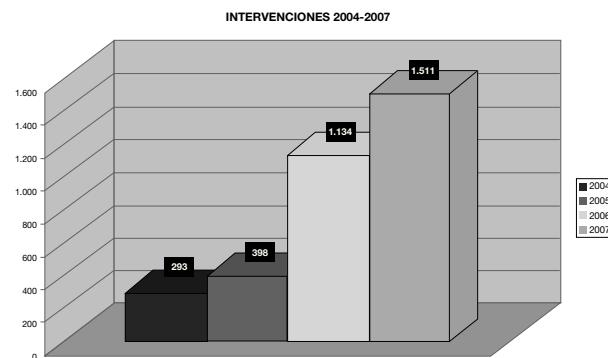


FIGURA 1. Número de intervenciones durante el período 2004-2007.

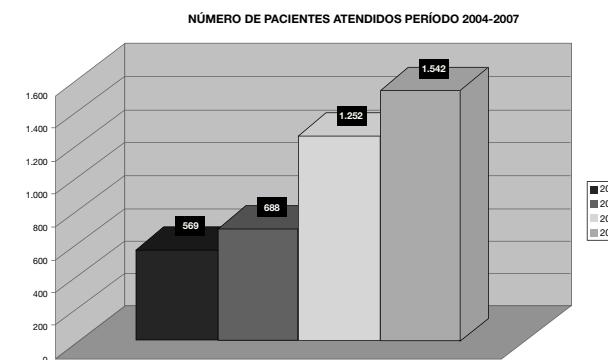


FIGURA 2. Número de pacientes atendidos en el período 2004-2007.

torno a víctimas secundarias de situaciones potencialmente traumáticas, sin embargo, aparece un apartado en el que se reagrupa la atención prestada a 219 familiares y testigos (en un porcentaje del 96,35%), este apartado hace referencia a intervenciones, la mayor parte de las veces a posteriori, relacionadas con comunicación de malas noticias en domicilio, en caso de fallecimiento en accidente de tráfico, en colaboración con la policía municipal, en virtud de un acuerdo de colaboración con esta institución (fig. 3).

Conviene destacar el número de asistencias en caso de agresiones sexuales, maltrato infantil y código 9 durante los 2 últimos años (2006 y 2007), como ejemplo de códigos en los que se ha solicitado una intervención directa del psicólogo (figs. 4 a 6).

Como dato final, reflejar que el número de situaciones en las que se ha prestado asistencia psicológica en la emergencia diaria a lo largo de estos 4 años asciende a 3.337, en las cuales se ha atendido a 4.051 personas.

Intervención psicosocial en accidentes con múltiples víctimas y desastres

Los efectos de los desastres sobre la salud se manifiestan en lo físico, lo mental y lo social. Tradicionalmente, se ha brindado una atención más detallada sólo a los aspectos físicos y sociales. Los programas de salud en

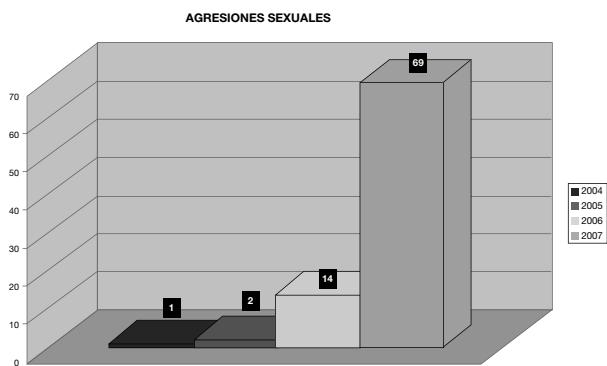


FIGURA 4. Casos de agresión sexual atendidos.

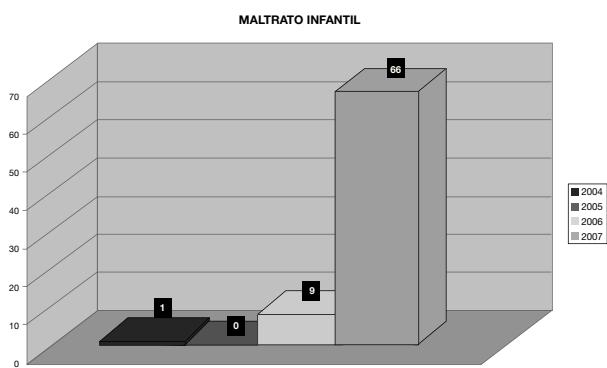


FIGURA 5. Casos de maltrato infantil atendidos.

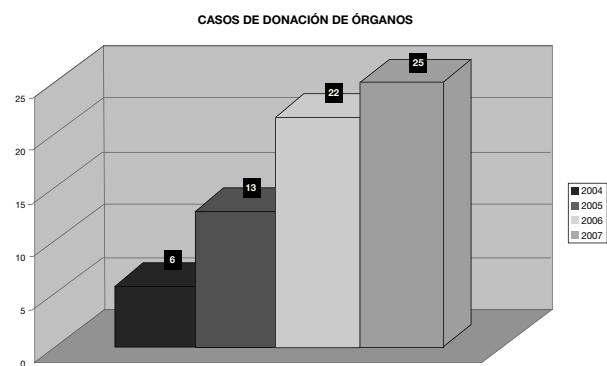


FIGURA 6. Casos de donación de órganos.

las emergencias se han dirigido básicamente a la atención médica inmediata, al problema de las enfermedades transmisibles, al agua y saneamiento ambiental, así como a los daños a la infraestructura sanitaria. Afortunadamente, en los últimos años, y en concreto en el período de estudio de este artículo (2004-2007) se ha comenzado a prestar más atención al componente psicosocial, que siempre está presente en estas tragedias humanas, pero dimensionando lo psicosocial en un sentido amplio que abarca no sólo la enfermedad psíquica, sino también otra gama de problemas como la aflicción, el duelo, las conductas violentas y el consumo excesivo de sustancias adictivas⁹.

Además de los desastres provocados por amenazas naturales, también los efectos generados por la violencia social masiva y el terrorismo han provocado un

gran impacto sobre la salud mental de las personas que han sufrido heridas y mutilaciones, la muerte de seres queridos, y graves pérdidas económicas y materiales. En estas circunstancias las necesidades de atención psicosocial son especialmente altas debido al estrés al que la población está sometida y a los traumas específicos de grupos con mayor vulnerabilidad⁹. Por ello, a través de la bibliografía disponible y la experiencia, se puede afirmar que el abordaje temprano de los problemas de salud mental en estos casos, es la mejor preventión de trastornos más graves que aparecen a mediano y/o largo plazo.

En el presente apartado se realiza una breve revisión de todos los sucesos críticos con características como las anteriormente descritas y a los que el equipo de psicólogos ha dado respuesta en el período 2004-2007:

- **11 M.** Cabe destacar la labor realizada tras el atentado del 11 de marzo de 2004, donde SAMUR-Protección Civil fue el responsable de la coordinación de la intervención psicológica realizada en el Recinto Ferial de Madrid (IFEMA), centrada principalmente en las siguientes tareas: recepción, organización e identificación de los profesionales voluntarios del SAMUR-PC y de otras instituciones (COP, Cruz Roja, SSM, etc.); recepción y acompañamiento de las familias que iban llegando al recinto; organización de mesas de filiación de familiares y profesionales, salas de familiares y de duelo; asignación a cada familia de 2 profesionales para hacer una primera contención y recogida de datos del familiar desaparecido (rasgos físicos, ropa, objetos personales, etc.); acompañamiento a las familias cuando tenían que facilitar a la policía científica los datos del familiar desaparecido; organización y coordinación de relevos de profesionales; comunicación a las familias del fallecimiento del familiar y acompañamiento a la identificación de cadáveres; intervención psicológica con intervenientes; acompañamiento a las familias a lo largo del proceso de reconocimiento de objetos personales; realizar diferentes entrevistas para medios de comunicación nacionales e internacionales, y labores de coordinación con todas las instituciones que estaban interviniendo. A lo largo de toda la intervención se atendieron más de 200 familias (5.000 personas, actividad realizada junto con las instituciones anteriormente citadas)¹⁰.
- **Accidentes de tráfico.** Se ha realizado intervención psicológica en 3 accidentes de autobús en el período estudiado, con un total de 2 víctimas mortales. En todos ellos, se atendió principalmente a personas con crisis de ansiedad y a familiares directos de las personas fallecidas, a quienes se realizó la comunicación de malas noticias y se apoyó en el proceso de inicio de duelo. Destacar la intervención realizada por el equipo de psicólogos en 2006 tras un accidente de tráfico de un camión de bomberos con 2 víctimas mortales, donde se activó el procedimiento de acci-

dentes con múltiples víctimas (AMV) y donde fue necesario activar 2 psicólogos, cuyo trabajo fundamentalmente consistió en la amortiguación del impacto psicológico tras el suceso crítico con los intervinientes, comunicación de malas noticias y apoyo del proceso de inicio de duelo a una de las familias, apoyo a la familia de uno de los fallecidos en el proceso de decisión de donación, así como la facilitación de información a todos los familiares que se pusieron en contacto con el parque de bomberos. Se atendió a un total de 30 personas.

- *Incendio de Guadalajara.* En julio de 2005 se produce un incendio forestal en el término municipal de Riba de Saélices (Guadalajara) con 11 víctimas mortales. SAMUR-Protección Civil se dirige al lugar del suceso con un equipo de 10 psicólogos y 21 técnicos. La intervención psicosocial se llevó a cabo en un hotel y, posteriormente, en el tanatorio de Guadalajara, donde las tareas realizadas por el equipo de psicólogos con los familiares fueron: filiación de la persona desaparecida y de sus familiares directos; asignación del profesional de referencia; gestión de la información; preparación psicológica para tareas con policía científica, trámites legales y funerarios; manejo de activación psicofisiológica y potenciación de habilidades de afrontamiento; facilitar pautas de comunicación de la noticia a otros familiares; facilitar la adecuada elaboración del duelo; orientar y normalizar posibles reacciones psicológicas futuras y orientar acerca de atención especializada en caso de ser necesario¹¹, así como las labores de coordinación que se realizaron con las instituciones que estaban en el lugar del suceso y la atención a los medios de comunicación que lo requirieron.
- *Atentado en el aeropuerto de Barajas (terminal 4).* El 30 de diciembre de 2006 la intervención psicosocial llevada a cabo se desarrolló en distintos escenarios: a) aeropuerto de Barajas, donde se instalaron 3 puestos médicos avanzados destinados a labores asistenciales y psicosociales, independientemente. Se atendieron un total de 27 personas, que habían sido desalojadas de la T-4, con heridas y patologías leves, y 6 personas se trasladaron a centros hospitalarios. De todos ellas, 16 personas con patología psicosomática fueron atendidas por el equipo de psicólogos; b) hotel, mientras se realizaban tareas de desescombro y búsqueda por parte de los bomberos, en este escenario se realizó una intervención psicológica directa con más de 20 personas, alojadas y visitantes, donde la intervención de apoyo psicosocial se centró en cubrir necesidades básicas de comida y descanso; transmitir la información de la que se disponía acerca de las labores de rescate; evaluar el estado emocional e intervenir ante crisis agudas de ansiedad; facilitar expresión de vivencias y emociones con respecto a la situación crítica; facilitar la disminución de estrés proveniente de las amenazas psicológicas y las dis-

torsiones cognitivas producidas por la situación de incertidumbre sostenida en el tiempo; activar la capacidad de afrontamiento a corto o medio plazo para la resolución de la situación presente, con respecto a la búsqueda y la aparición de los cuerpos de sus familiares; comunicación de malas noticias y apoyo en el proceso de inicio de duelo; c) Instituto Anatómico Forense, se atendió a 120 personas, entre los familiares directos, indirectos y amigos de los 2 fallecidos. Principalmente se realizó un apoyo emocional a los familiares más cercanos, apoyo en proceso de duelo y reducción de contagio emocional; d) repatriación de cadáveres a Ecuador y ritos funerarios, las funciones principales durante el viaje al lugar de destino fueron favorecer la expresión verbal y emocional respecto a su vivencia; reforzar la puesta en marcha de todas las habilidades de afrontamiento que se habían entrenado anteriormente, reforzar el proceso de inicio de duelo y asunción de la realidad; reducir la sintomatología ansiosa provocada por el reencuentro con sus familiares y coordinar junto con otras instituciones todos los aspectos relacionados con los ritos funerarios y regreso a su país de origen. La repatriación de los cadáveres se realizó con un total de 39 familiares¹².

- *Terremoto de Perú.* Tras el terremoto vivido en Perú el 15 de agosto de 2007, un equipo de ayuda humanitaria de SAMUR-PC se dirigió al lugar del suceso, realizando su trabajo en las localidades de Humay, Santa Rosa y Payasca, donde se realizaron 1.102 intervenciones, de las cuales un 18% (196 sujetos) recibieron atención psicológica. La intervención psicológica se realizó por 2 psicólogos, cuyos objetivos de trabajo fueron principalmente: evaluar el estado psicológico poscatástrofe, restablecer el equilibrio psicológico de las personas que habían sufrido directamente el terremoto, integrar el incidente a la estructura de la vida, facilitar el aprendizaje de nuevas formas de afrontamiento de situaciones críticas y prevenir la aparición de reacciones postraumáticas. Se realizaron tanto intervenciones individuales como grupales, estas últimas con población infantil y adulta de referencia. Cabe destacar también la tarea de coordinación con otras instituciones del país y la atención a los medios de comunicación desde el lugar de la catástrofe¹³.

Intervención con intervinientes

Un concepto popular referido al personal de emergencias es el de su invulnerabilidad hacia el sufrimiento, resistencia al estrés, alta capacidad de adaptación y estar en posesión de una personalidad inmutable. Este estereotipo obliga al interviniente a dar una imagen de «superhombre», ocultando y reprimiendo cualquier síntoma que pudiera ser entendido como debilidad. El personal de emergencias está sometido a dosis elevadas de estrés y, aunque pueda poseer estrategias de adapta-

ción más elaboradas y prácticas que la población general, llevándole a procesar y elaborar más eficazmente los traumas y los factores distresantes¹⁴, puede, en un momento dado, ser desbordado por alguna situación y convertirse en una víctima más, con riesgo de presentar trastornos psicopatológicos severos (estrés postraumático, depresión mayor, etc.) y/o alteraciones en las diversas áreas de su vida (familiar, laboral, etc.).

Una de las funciones de los psicólogos de SAMUR-PC es la de ofrecer apoyo psicológico al interviniente. Esta ayuda se ha brindado en los 3 niveles de prevención:

A. Prevención primaria (antes de la emergencia). Se ha hecho énfasis en la formación para la prevención, para lo cual se han impartido 8 cursos, con un total de 1.560 h para los trabajadores de SAMUR-PC, centrados en el afrontamiento del estrés laboral y estrés postraumático, ofreciendo información acerca de la sintomatología del estrés, enseñando habilidades de comunicación, técnicas de solución de problemas, de autocontrol emocional y afrontamiento, búsqueda de la cohesión de grupo y apoyo intragrupal. Además, dirigido a 31 médicos de SAMUR-PC, se ha llevado a cabo un curso de comunicación de malas noticias y duelo, así como cursos que se han impartido a diversas instituciones (universidades, colegios de profesionales, fuerzas armadas, etc.), a formadores de SAMUR-PC y a voluntarios del mismo cuerpo, donde se han incluido módulos enfocados hacia la autoprotección emocional y prevención del estrés.

Otro apartado en el que se ha utilizado la prevención primaria ha sido en la selección de psicólogos voluntarios, tras pasarles una entrevista individual en profundidad, se seleccionaron los individuos con mejores aptitudes. Tras el proceso de selección se impartió un curso de formación específica acerca de procedimientos de intervención psicológica en emergencia extrahospitalaria y habilidades del psicólogo.

B. Prevención secundaria (durante la emergencia). En ciertos escenarios potencialmente generadores de impacto emocional, el equipo de psicólogos de SAMUR-PC proporcionó apoyo psicológico en el momento de la emergencia. Se ofreció la ayuda en los ámbitos individual y grupal con los objetivos de cubrir y/o mediar en las necesidades básicas que se puedan derivar de la emergencia (información, descanso y alimentación); informar y normalizar los síntomas físicos y emocionales que puedan estar apareciendo, y sobre los que pudieran aparecer en un futuro, junto con pautas y técnicas concretas de carácter preventivo; identificar y solucionar conflictos derivados de la situación, fomentar la cohesión y comunicación en el equipo interviniente; planificar turnos de trabajo y de descanso y rotaciones por diferentes puestos; propor-

cionar un espacio «libre de estrés», alejado emocionalmente del suceso, y reconocer el esfuerzo y labor desarrollada, enfatizar los aspectos positivos de la intervención, amortiguar el impacto de los negativos, en caso de haberlos. Un ejemplo de todo esto fue la labor realizada en los atentados del 11 de marzo de 2004, tanto en los relevos en la base principal de SAMUR-PC de Legazpi como en el IFEMA.

C. Prevención terciaria (posterior a la emergencia). Una vez finalizada la emergencia, en los intervinientes pueden surgir reacciones, síntomas y emociones, que si en un primer momento son normales, de mantenerse en intensidad y frecuencia en el tiempo pueden derivar en psicopatologías más o menos graves. Desde el equipo de psicólogos de SAMUR-PC se intervino para prevenir la aparición de dichas psicopatologías de la siguiente manera:

- A corto plazo. Analizar y valorar el grado de afectación de los intervinientes, proporcionando orientación psicológica individual y/o grupal y, si fuese preciso, derivar a la red de asistencia especializada. Para llevar a cabo esta tarea se han utilizado:
 - Entrevista semiestructurada: para recoger información acerca del tiempo de exposición, experiencia, respuestas y estrategias de afrontamiento.
 - Pruebas psicológicas: cuestionario PTSS-10 (Holen et al, 1983. Versión española, Medina Amor); escala de estrés agudo; STAI: cuestionario de ansiedad estado/rasgo (Spielberger et al, 1970); BDI-IA: inventario para la depresión de Beck (Beck et al, 1979); escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Echeburúa et al, 1997), y cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28).
 - Grupos de *defusing* y *debriefing*.
- A medio y largo plazo. Se realizaron seguimientos telefónicos al mes, a los 3 y a los 6 meses tras la emergencia para valorar, orientar y derivar si presentase el interviniente algún tipo de sintomatología derivada del suceso inicial que provoque disfunción en el normal discurrir de la vida cotidiana.

Siguiendo este modelo de trabajo, tras los atentados del 11 de marzo, se atendió de manera individual y/o grupal a 75 sanitarios de SAMUR-PC, 141 bomberos y 4 policías municipales¹⁵. Así, también se valoró a 64 intervinientes que participaron en las misiones de ayuda humanitaria tras las catástrofes de Indonesia y el terremoto en Pakistán, donde se corroboró la hipótesis de que los intervinientes con alto nivel de experiencia, de cohesión grupal y aptitudes, poseen mejores estrategias de afrontamiento, por lo que el riesgo de presentar un trauma es menor que en la población normal¹⁶. Ningún interviniente presentó patología o sintomatología relacionada con el suceso¹⁷.

DISCUSIÓN

Tras los resultados expuestos, se puede decir que se ha cumplido el objetivo de dar a conocer el trabajo realizado por un equipo de psicólogos en el área prehospitalaria destacando, en primer lugar, la evolución progresiva que se ha vivido a lo largo del período estudiado, tanto en número de intervenciones como de pacientes atendidos dentro de la emergencia diaria y catástrofes o AMV.

También cabe destacar el modelo de trabajo multidisciplinar llevado a cabo, en el que las asistencias médica y psicológica han transcurrido paralelamente en los distintos sucesos acaecidos.

En cuanto a la casuística de personas atendidas, se puede constatar que, a lo largo de este tiempo, la mayor demanda de asistencia se centra en personas con crisis de ansiedad como patología de base y en situaciones en las que en el lugar del suceso hay presencia de testigos o familiares en caso de paradas cardiorrespiratorias o intentos autolíticos, en su mayor parte por precipitación. También es significativo el aumento de asistencias en caso de agresiones sexuales, maltrato infantil y código 9, donde se ha considerado necesaria la valoración e intervención psicológica.

No se puede dejar de lado el trabajo realizado en sucesos de gran magnitud como el 11M, el atentado en la T4 del aeropuerto de Barajas o la primera intervención realizada por psicólogos de emergencia prehospitalaria fuera del territorio español tras el terremoto de Perú.

Basándose en todas las teorías de intervención psicosocial en crisis y el número de intervenciones realizadas, el enfoque preventivo queda avalado y abre un camino amplio para que otras instituciones se planteen crear equipos multidisciplinares paralelos con el fin de poder ir ampliando el círculo y seguir contribuyendo de manera cada vez más eficaz con la labor preventiva.

Actualmente hay estudios desde el enfoque de la psicología positiva acerca de la experiencia traumática, que resaltan la capacidad del ser humano para resistir y rehacerse ante la adversidades de la vida, planteándose cuál debe ser el papel del psicólogo, concluyendo que deben desarrollarse nuevas formas de intervención basadas en modelos positivos, centrados en la salud y la prevención que faciliten la recuperación y el crecimiento personal. Nuestra labor debe servir para reorientar a las personas a encontrar la manera de aprender de la experiencia traumática y progresar a partir de ella¹⁴. Desde este enfoque se puede afirmar que con nuestra intervención en primera instancia somos pioneros en poder aplicar estas intervenciones reclamadas desde este enfoque psicológico.

Traumatización vicaria, desgaste por empatía o estrés traumático secundario son algunos de los términos utilizados para denominar los efectos de situaciones altamente estresantes o traumatizantes a las que tiene que asistir el personal sanitario, policías, psicólogos y

otros profesionales involucrados en emergencias, desastres o en la atención general a cualquier tipo de víctimas¹⁸. La elaboración del cuerpo teórico acerca de los efectos del estrés en los profesionales y voluntarios de la ayuda de emergencias es muy reciente y puede centrarse en los últimos años¹⁹. Debería ampliarse la investigación empírica tanto en el ámbito evaluativo como en lo referente a la intervención y la prevención. Bajo esta perspectiva, desde nuestra ubicación privilegiada para estudiar estas situaciones, estamos contribuyendo a ello, valorando la afectación de los intervenientes en distintos sucesos nacionales e internacionales y con la labor preventiva, formando tanto al cuerpo de voluntarios como al personal sanitario.

En cuanto a las limitaciones con que nos encontramos, podemos citar que no hay coordinación con el sistema de sanidad pública y con salud mental al derivar pacientes para recoger información y comprobar su evolución. Cuando realizamos nuestra intervención y en el posterior seguimiento se detecta la necesidad de derivar al sistema de sanidad público, a través de atención primaria, y de ser necesario a salud mental, a partir de este momento desconocemos la evolución del paciente. Sería conveniente establecer un medio de comunicación por el cual recibir esta información.

Otra limitación es la ausencia de valoración previa del estado psicológico de los pacientes. Hay variables incontrolables, podemos conocer los hechos más relevantes que el propio paciente nos relate, pero desconocemos su modo de afrontamiento, locus de control interno, externo, etc., con lo cual, por observación directa, realizamos una intervención que, en algunos casos sería de mucha ayuda si conociéramos el estado psicológico previo.

Finalmente, y desde nuestra experiencia positiva, planteamos la importancia de ampliar equipos dedicados a esta labor que con toda seguridad cumple con el objetivo marcado de llevar a cabo una psicología preventiva, en definitiva, evitando psicopatologías posteriores y, por tanto, sufrimiento innecesario.

Bibliografía

- Slakie A. Intervención en crisis: manual para la práctica y la investigación. México: Manual Moderno; 1989.
- Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books; 1964.
- Bloom BL. Community mental health: a general introduction. Monterey, Calif. Brooks/Cole Publishing Co.; 1977.
- McGee RK. Perspectives on suicide. Speech delivered at national Conference on Preventing the Youthful Suicide. Dallas, Texas: Southern Methodist University; October, 1976.
- Cobo JA. Operativo en la tragedia del 7 de agosto de 1996 en Biescas, referido a los fallecidos y a familiares y allegados. Primeras Jornadas Nacionales Sobre Apoyo Psicológico. Huesca: Cruz Roja Española; 1997.
- De Nicolás L, Artexe AI, Jáuregui A, López S. Intervención psicológica en situaciones de emergencia y desastres. Gobierno Vasco: Eusko Jaurlaritza; 2000.

7. Marcuello García AA. Intervención psicológica inmediata en catástrofes. *Revista Psicología Online*. 2006. Disponible en: http://www.psicologiaonline.com/articulos/2006/psicologica_catastrofes.shtml.
8. Condés Moreira MD, López Valtierra ME, Benegas Bautista JN, Ajates Gutiérrez B, Pérez Villa-Landa E, Pacheco Tabuena T. Asistencia psicológica a familiares de donantes a corazón parado desde SAMUR-Protección Civil. *Emergencias*. 2007;19:242.
9. Protección de la salud mental en desastres y emergencias. Manuales y guías sobre desastres. Washington DC: OMS; 2002;1.
10. Pacheco T. Un modello di procedura di intervento psicologico in casi di emergenza extraospedaliera: l'esempio di Madrid. PdE. *Rivista di psicologia applicata all'emergenza, alla sicurezza e all'ambiente*. 2006;5:5-8.
11. Puertas E, Vega I. Dispositivo de intervención psicosocial en el incendio forestal de la provincia de Guadalajara (España). *Psicología sin Fronteras. Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*. 2006;1:41-51.
12. Benegas Bautista JN, Pacheco Tabuena T, Condés Moreira MD, López Valtierra ME, Ajates Gutiérrez B, Pérez Villa-Landa E. Dispositivo de atención psicológica tras el atentado de la Terminal 4 en el Aeropuerto de Barajas. *Revista electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*. 2007;2:13- 24.
13. Pacheco Tabuena T, Lasterra Sánchez S. Respuesta psicosocial de emergencia tras el terremoto de Perú. *Cuadernos de Crisis*. 2008;1.
14. Vera Poseck B, Carbelo Baquero B, Vecina Jiménez ML. La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*. 2006;27:40-9.
15. Rolle Fernández D. 155 narraciones teñidas de valentía y sensibilidad, de coraje y humanidad, de... *Cuadernos de Crisis*. 2004;2:55-9.
16. Robles Sánchez JL, Medina Amor JL. *Intervención psicológica en Catástrofes*. Madrid: Editorial Síntesis; 2002.
17. Pacheco Tabuena T, López Valtierra ME, Pérez Villa-Landa E, Benegas Bautista JN, Condés Moreira MD, Ajates Gutiérrez B. Estado de salud general y psicosocial de intervinientes tras las catástrofes naturales de Indonesia y Pakistán. *Cuadernos de Crisis*. 2006;2:43-61.
18. Moreno-Jiménez B, Morante M, Garrosa E, Rodríguez R. Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*. 2004;12:215-31.
19. Stamm BH. *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Maryland: The Sidran Press; 1999.