

INTERVENCION PSICOLOGICA INMEDIATA EN CATASTROFES

Ángel Antonio Marcuello García

1. INTRODUCCIÓN.

La sociedad actual se encuentra muy sensibilizada por el impacto de las catástrofes. La seguridad de los países más desarrollados se ha visto reiteradamente cuestionada por trágicos acontecimientos, especialmente por la violencia terrorista. Acontecimientos tales como el atentado del 11 de septiembre del año 2001 sobre las Torres Gemelas de Nueva York, del 11 de marzo de 2004 en Madrid, o del 7 de Julio de 2005 en Londres han conmocionado la opinión mundial. Por otro lado, en España, cabe también mencionar otro tipo de desastres, los accidentes aéreos del YAK-42 en mayo de 2003, en el que murieron 62 militares y el accidente de helicóptero de las Fuerzas Armadas del pasado agosto de 2005 con 17 militares fallecidos.

Ante situaciones de este tipo, no podemos eliminar el dolor que un familiar siente por un ser querido que ha fallecido, pero podemos acompañarlo y ayudarlo a atravesar esos momentos amargos, podemos hacerle comprender lo que le está ocurriendo y, sobre todo, escucharlo. No podemos evitar las escenas de dolor, ni las manifestaciones de rabia o indignación, pero podemos canalizarlas y amortiguarlas. El objetivo de este artículo es informar sobre las actividades de intervención psicológica en situaciones de catástrofe.

2. CRISIS, EMERGENCIA, DESASTRE Y CATÁSTROFE.

Son conceptos que se utilizan de forma indistinta (así ocurre en este artículo) y que comparten ciertas similitudes. Entre ellas el que implican la pérdida o amenaza de la vida o de la propiedad, además de perturbar el sentido de la comunidad y provocar consecuencias adversas para los supervivientes. Por otro lado, precisan de una intervención sin demora (son urgencias). También comparten el que frente a ellas aparecen reacciones psicológicas similares, el que son imprevisibles y accidentales y, por ello, causan sorpresa, indefensión y desestabilización. A pesar de todas estas similitudes, también existen diferencias de tipo cuantitativo:

- **Emergencia** sería la situación que se resuelve con los recursos médicos y asistenciales locales. Ejemplos de emergencias las encontramos en las continuas intervenciones de los servicios sanitarios que cubren accidentes de tráfico.

- Más grave es la situación de **desastre** (sin entrar en los tipos que existen) para los que se necesita una mayor infraestructura y en el que se dan un mayor número de heridos, damnificados y conlleva un mayor coste económico, suponiendo una alarma para la población.

- Finalmente se habla de **catástrofe** refiriéndose a un desastre masivo, con consecuencias destructivas que abarca una mayor extensión, supone un gran esfuerzo

humano, material y de coordinación. Las catástrofes, con sus secuelas de horror y sufrimiento, provocan alarma social y suscitan la necesidad de una intervención para remediar, en lo posible, los daños producidos. La intervención, en una situación de catástrofe, requiere un detenido proceso de preparación. Son necesarios equipos (de carácter multidisciplinar), convenientemente formados y entrenados para intervenir en cualquier situación.

Sin embargo, estas diferencias son muy arbitrarias y atienden sobre todo a aspectos económicos y organizativos.

3. PLANIFICACIÓN GENERAL DE LA INTERVENCIÓN.

En primer lugar, se debe planificar el marco general del contexto en el que se realiza la intervención. La planificación deberá reunir una serie de requisitos:

- a) Ser flexible para poder adaptarse diferencialmente a cada situación. No hay dos catástrofes idénticas.
- b) Incluir una perspectiva evolutiva o temporal. La situación de catástrofe es un proceso dinámico que evoluciona en el tiempo, a veces de forma muy rápida e imprevista. Las medidas de intervención que pueden servir para los primeros momentos pueden no ser útiles, e incluso perjudiciales, en fases posteriores.

Sobre estos principios básicos, el proceso de planificación debe intentar responder a una serie de cuestiones generales como las que se exponen a continuación:

- a) ¿A quién debe ir dirigida la intervención?. Es decir, la población necesitada de atención psicológica.
- b) ¿Quién debe realizar las diferentes intervenciones?. Profesionales y equipos que deben realizar las diferentes intervenciones.
- c) ¿Cuándo y dónde se debe intervenir?. Lugar y momento más adecuado para cada tipo de intervención.
- d) ¿Objetivos de la intervención?. Deben señalarse objetivos, a corto, medio y largo plazo, que deben ser cubiertos por las distintas intervenciones.
- e) ¿Qué principios debe seguir la intervención?. Es decir, que requisitos debe cumplir.
- f) ¿Con qué medios se cuenta?. La planificación del proceso de intervención debe adaptarse a los medios o recursos (personales y materiales) con que se cuenta, así como a las posibilidades de actuación.

4. LA POBLACIÓN NECESITADA DE ATENCIÓN.

En principio, cualquier persona involucrada en una catástrofe, incluidos los equipos de socorro y los dirigentes, puede resultar psicológicamente afectada. Nadie es totalmente

inmune, por principio, a los efectos de la catástrofe. La mayoría de los involucrados experimentan, en mayor o menor medida, emociones penosas (miedo, temor, inseguridad, incertidumbre, preocupación, pena, dolor, etc.), que son reacciones normalmente esperables en una situación anormal (excepcional) como la catástrofe. Van a precisar una intervención psicológica más específica:

a) Personas que han sufrido lesiones físicas de consideración o que sin haber sufrido lesiones físicas de importancia hayan resultado psicológicamente muy afectadas por el acontecimiento catastrófico. Precisarán un tratamiento para el alivio de sus síntomas actuales y la prevención de secuelas posteriores.

b) Sujetos que necesitan ayuda psicológica para afrontar las dolorosas pérdidas sufridas: personas, (compañeros, familiares, amigos...), materiales (domicilio, enseres), sociales (trabajo, rol social).

c) Intervenientes en los equipos de salvamento (sanitarios, bomberos, psicólogos, cuerpos de seguridad...). Todo el personal que interviene en una catástrofe, desde los servicios de rescate, los voluntarios y los propios miembros del equipo psicosocial se ve sometido a un fuerte impacto psicológico, por lo cual es importante que estas personas reciban también el apoyo psicológico que necesiten a través de técnicas grupales que favorezcan la ventilación emocional y faciliten estrategias de afrontamiento de situaciones críticas (debriefing).

5. EQUIPOS DE INTERVENCIÓN.

Ante un desastre, como intervención psicosocial, dada la diversidad de necesidades que surgen y que pueden tener un efecto importante en el malestar psicológico (necesidades básicas, de seguridad, de información, de apoyo psicológico...) se plantea una actuación multidisciplinar, es decir, configurar un equipo formado por psicólogos, trabajadores sociales, personal sanitario y otros que pudieran ser necesarios más puntualmente, como por ejemplo, representantes religiosos, traductores, etc. La actuación en este campo requiere un equipo de profesionales diversificado según los distintos niveles de intervención.

a) Tras el impacto, en el lugar de la catástrofe, los equipos de socorro pueden realizar una importante labor psicológica proporcionando seguridad física, un reconocimiento que permite descartar lesiones físicas graves, abrigo, alimentación, información (de su situación y la de los suyos), orientación, y apoyo.

b) En una etapa posterior, ya en condiciones de seguridad, lejos de la amenaza real de la catástrofe, una proporción variable de afectados presenta alteraciones psíquicas o el riesgo de desarrollarlas posteriormente. Este grupo es tributario de una intervención salud mental más especializada que debe realizar un equipo de profesionales, preferiblemente interdisciplinario, incluyendo los diferentes especialistas en el campo de la salud mental (médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales...), convenientemente formados, entrenados y que formen un equipo consistente con amplia disponibilidad para actuar en diferentes situaciones de emergencia.

6. LUGAR Y TIEMPO DE LA INTERVENCIÓN.

Las primeras medidas deben realizarse lo más precozmente posible y en el lugar seguro más próximo a la zona de la catástrofe. Se pretende recuperar el mayor número posible de afectados en el menor tiempo posible. La situación excepcional creada tras la catástrofe exige medidas también excepcionales. Se debe intentar lograr que estos sujetos, potencialmente recuperables, se reintegren y ocupen lo antes posible. Se emplean medidas elementales y sencillas como:

- Asegurarles unas condiciones mínimas de reposo.
- Ofrecerles hidratación y alimentación.
- Proporcionarles la información adecuada sobre lo que deben y no deben hacer.
- Tranquilizarles, permitirles la liberación de sus emociones.
- Concienciarlos para que se mantengan activos y ocupados.

Todo ello debe hacerse fomentando las expectativas de la recuperación del sujeto, asegurándole que el dolor que experimenta es una reacción normal transitoria y recuperable ante la grave situación vivida. Se deben evitar las etiquetas psiquiátricas utilizando un lenguaje adecuado a la capacidad de comprensión del sujeto.

En una etapa posterior, los equipos, de apoyo psicológico prestarán atención a los individuos evacuados por severas alteraciones psicopatológicas y a las poblaciones de alto riesgo, para prevé la aparición de secuelas postraumáticas ulteriores.

7. OBJETIVOS.

La planificación de una intervención asistencial se debe marcar unos objetivos a corto, medio y largo plazo, estos últimos asimilables por otros equipos asistenciales.

- A corto plazo: próximo en el tiempo y lugar al acontecimiento catastrófico, se pretende aliviar el sufrimiento de sujeto y acelerar el proceso natural de recuperación tras e impacto doloroso de un evento traumático.
- A medio plazo: el interés primordial se centra en la prevención de secuelas psíquicas retardadas y de la evolución hacia un trastorno de estrés postraumático.

En síntesis, la intervención psicológica en las catástrofes está orientada a mitigar o aliviar el sufrimiento psicológico de los afectados y a prevenir el agravamiento de los síntomas, desarrollando acciones que eviten su complejización.

8. PRINCIPIOS DE LA INTERVENCIÓN.

La intervención debería cumplir los requisitos de inmediatez, proximidad, simplicidad y expectativa de una pronta recuperación. La experiencia de las organizaciones militares ha destacado la importancia de estas medidas, que constituyen la versión abreviada del tratamiento de Salomón de la "reacción al estrés del combate" (Salomón, 1944) denominadas:

1. Proximidad: la atención psicológica debe realizarse en los escenarios próximos a la catástrofe (tanatorio, hospitales etc.), para evitar patologizar la situación, trasladando a

los afectados a un hospital, centro de salud mental, etc.

2. Inmediatez: cuanto antes se intervenga menor posibilidades hay de que se desarrollen psicopatologías futuras, como el Trastorno por Estrés Postraumático.

3. Expectativas: Es importante transmitir información positiva al afectado sobre su capacidad de afrontar la situación, e insistir en la idea de que está sufriendo reacciones normales ante situaciones anormales (Acontecimiento Traumático).

4. Es indispensable también transmitir expectativas positivas sobre un rápido retorno a su rol o función anterior al evento, potenciando así su autoestima y sus estrategias de afrontamiento.

5. Simplicidad. Utilización de técnicas sencillas y breves. El tratamiento deberá, generalmente, ser breve en el tiempo y no durar más de cuatro a siete días. La utilización de un ambiente estructurado y medidas simples como alojamiento seguro, ropas limpias, bebida, comida, descanso, ocupaciones sencillas supervisadas, junto a la posibilidad de hablar de su experiencia en un grupo que le comprenda es suficiente para acelerar la recuperación del sujeto afectado.

8. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA. FUNCIONES Y TAREAS.

En función del tipo de población afectada podemos hablar de:

- Intervención psicológica con afectados y familiares: apoyo psicológico, potenciar el apoyo social y la capacidad de afrontamiento.
- Intervención psicológica con los grupos de intervención: asesoramiento sobre medidas de autoprotección (turnos, descansos, ventilación emocional).

8.1. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON AFECTADOS/FAMILIARES.

Son actuaciones que van orientadas a los siguientes objetivos:

a) Tranquilizar al sujeto. Explicándole el significado y alcance de sus síntomas, sobre todo haciéndole ver que se trata de una reacción transitoria a la situación vivida. Asimismo, debemos hacerle ver que todas estas reacciones son normales e inevitables en una situación como esta y que no debe intentar buscar explicaciones lógicas a lo ocurrido. Puede ayudar alguna técnica sencilla de relajación. Si la ansiedad es intolerable para el paciente o crea una situación de riesgo (personal o para el grupo) puede recurrirse a la administración de un fármaco tranquilizante, como se comenta más adelante. En el caso de tratarse de un superviviente de una catástrofe, se debe tranquilizar, proporcionando a los sujetos la seguridad de que se encuentran a salvo y físicamente indemnes.

b) Favorecer la liberación de la tensión emocional provocada por la catástrofe. Se debe favorecer esta liberación, permitiendo que el sujeto hable y exprese sus emociones (crisis de llanto, descargas de agresividad verbal). Es necesaria una escucha empática, sin pronunciar juicios de valor, ayudando a ventilar y desahogar las emociones contenidas. Ello puede contribuir a disminuir el riesgo de aparición de secuelas postraumáticas.

c) Activar recursos externos al sujeto (apoyo social, laboral y familiar). El apoyo social es un factor importante para reducir el impacto de un acontecimiento traumático. El apoyo social puede ser prestado tanto por los compañeros, otros afectados o bien por

los familiares. Las personas del entorno que han sido afectadas por la misma situación traumática se encuentran en la mejor situación para comprender a los afectados, a veces su apoyo y consejo resulta determinante para la resolución de la crisis. En general las actitudes que se recomiendan a los familiares o amigos del sujeto afectado consisten en medidas sencillas como:

- Evitar que se sienta solo: acompañarle, pasar tiempo con él, prestarle atención.
- Escucharle y tranquilizarle sobre sus miedos irracionales, asegurándole que se encuentra a salvo y sobre todo permitirle el desahogo emocional, como la liberación del llanto o de la rabia contenidos.
- Es necesario también facilitarle el descanso, ayudándole en las tareas y responsabilidades diarias.
- Respetar su silencio e intimidad. Cada persona tiende a elaborar las situaciones según su personal forma de ser y puede necesitar intimidad y silencio. Estas actitudes deben ser comprendidas y aceptadas por el entorno.

e) Activar los recursos internos del sujeto (estrategias de afrontamiento). El sujeto afectado debe volver a su rutina cotidiana e intentar organizar sus actividades para los días posteriores al atentado o accidente. Para ello debe seguir estas indicaciones:

- Ponerse pequeñas metas. Tomar pequeñas decisiones cotidianas.
- Enfrentarse lo antes posible a lugares y situaciones que le recuerden lo que ha pasado.
- Es posible que existan dificultades para concentrarse en el trabajo. Es aconsejable hablar con jefes y compañeros sobre lo ocurrido para que lo puedan entender.
- Intentar descansar y dormir lo suficiente (en situaciones como esta es necesario dormir más de lo habitual).

8.2. APOYO PSICOLÓGICO A LOS TÉCNICOS EN SALVAMENTO (SANITARIOS, BOMBEROS, SOLDADOS, PSICÓLOGOS, TRABAJADORES SOCIALES, CUERPOS DE SEGURIDAD...).

Durante la labor de rescate de los técnicos habrá que estar atentos a las manifestaciones de estrés. Cuando detectemos a algún profesional que está sufriendo esta reacción, debemos seguir la siguiente secuencia:

- 1) Apartar al técnico afectado del lugar de trabajo hasta un lugar sin estímulos agresivos.
- 2) Preguntarle por su estado.
- 3) Realizar una escucha activa.
- 4) Asegurarse que su estado es normal para la situación por la que pasa.
- 5) Proporcionarle apoyo, elogiar su esfuerzo.
- 6) Proporcionarle un descanso (1/2 hora) o cambiarle de tarea si se estima aconsejable.

Una vez acabado el turno o finalizado el salvamento o rescate, debemos propiciar un encuentro distendido del grupo de trabajo (técnica de desahogo psicológico o debriefing) en el que se aliente a los participantes a:

- Narrar los hechos vividos.
- Hablar sobre los sentimientos experimentados.
- Informarle sobre los síntomas que puede estar experimentando o que puede llegar a

sufrir en los próximos días.

- Darles indicaciones de cómo actuar sobre estos síntomas.