

UN ACERCAMIENTO HISTORICO A LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Héctor Buitrago A.

Universidad De La Sabana

Tabla De Contenido

	Pg.
Resumen	3
Hechos Históricos de la intervención en crisis o psicología de la emergencia.....	4
Las Crisis, Desastres y Catástrofes.....	8
Diferencias En La Percepción De las Crisis y Los Desastres.....	27
El Papel Del Psicólogo En Las Crisis.....	34
Estrategias y Métodos Utilizados En La Intervención En Crisis.....	46
Conclusiones.....	69
Referencias.....	71

Resumen

En la actualidad, la exigencia de ofrecer más y más servicios de salud mental en momentos de emergencia, ha llevado a los profesionales de la psicología, a plantear formas de intervención breves y rápidas con el propósito de atender una demanda poblacional que se incrementa día a día. Considerando la escasez de personal competente para responder de manera inmediata, se ha trabajado en la formación de profesionales que intervengan en momentos de crisis. Por consiguiente en el presente artículo se pretendió realizar una revisión bibliográfica sobre los avances de la intervención en crisis teniendo en cuenta algunos hechos históricos que describen sus inicios, los conceptos relacionados con las crisis, y las dificultades al momento de abordar estas situaciones. Igualmente se revisó el papel del psicólogo frente a las crisis y los programas o estrategias utilizadas en este tipo de intervención.

Palabras claves: Crisis, Catástrofe, Desastre, Emergencia, Debriefing

Abstract

Presently, the requirement of offering more and more mental health services in cases of emergency, has caused psychological professionals to create forms of brief and rapid intervention with the purpose to attend to a demand that is growing day by day. Considering that there is little personal competence to respond immediately, there has been a work in process to create a group of professionals to intervene in moments of crisis. As a result, this article attempts to present a biographic revision about the advances of the intervention in crisis, having in mind some historic situations that describe its' beginnings, the concepts related to crisis, and the difficulty of facing these situations. Additionally, this article reviews the position of the psychologist when facing a crisis, and the programs or strategies used in this kind of intervention.

Key Words: Crisis, Catastrophe, Disaster, Emergency, Debriefing

UN ACERCAMIENTO HISTORICO A LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Hechos Históricos De La Intervención En Crisis o Psicología De La Emergencia

En primer lugar es fundamental hablar acerca algunos hechos históricos que se relacionan con la aparición de lo que ha sido la intervención en crisis. Si bien es cierto que los primeros estudios son realizados por los médicos psiquiatras interesados por analizar como situaciones estresantes producto de conflictos bélicos y posteriormente de desastres, afectaban a los sobrevivientes, estas primigenias investigaciones se caracterizaban por ser eminentemente descriptivas y permitieron en primer lugar descubrir como las personas reaccionaban durante y después de los desastres y como se diferenciaban estas reacciones en función de la edad y el sexo y por último como se veían afectados también los equipos de primera por el especial trabajo que realizaban al interactuar con el sufrimiento humano y la manipulación de cadáveres con alto grado de destrucción. Así mismo esta línea de trabajo propuso y desarrollo modelos explicativos del estrés desde la perspectiva de las emergencias y desastres. Con orientación eminentemente clínica por sus orígenes a estos trabajos se les debe el concepto actual de Estrés Trauma, la comprensión de su sintomatología, los efectos que causa en la bioquímica cerebral, en el organismo y en la conducta de las víctimas, así como la aplicación de los modelos de intervención en crisis, los Primeros Auxilios Psicológicos, la terapia multimodal de crisis, etc.

Todos los autores foráneos y autóctonos (Slaikeu 1996, Rubin y Bloch 2001, Fernández y Rodríguez, 2002, De Nicolas et. al., 2000, Robles y Medina, 2002) coinciden en mencionar como referente fundamental a Caplan y su interpretación, en sintonía con la psicología del desarrollo de Erikson, de las crisis vitales circunstanciales como interrupción y carencia de aportes básicos, que pueden ser reinstaurados y que, por lo tanto, abren la puerta a la intervención y a la prevención tempranas. Slaikeu (1996), por otro lado, ha sido durante años una de las pocas referencias en castellano presentes en la intervención en crisis. Al margen de su innegable interés, este es uno de los motivos de que su acrónimo CASIC (Afectivo, Somático Interpersonal y Cognoscitivo), referido a los subsistemas de las modalidades de personalidad, sea utilizado por muchos de los psicólogos de

emergencias De especial interés son los trabajos de Lilibradge y Klukken, mencionados por Rubin y Bloch (2001), en los cuales aparece el concepto del contínuum dilatación-constricción, el cual proporciona una excelente pauta sobre cómo orientar la intervención. Llegados a este punto consideramos importante reivindicar la figura y obra de Emili Mira y López (1944), al cual se puede considerar sin lugar a dudas el antecedente más claro, en Cataluña y en el estado español, de la intervención psicológica en incidentes críticos. Es de destacar su insistencia en la proximidad temporal y espacial de la asistencia psicológica a las víctimas, así como sus descripciones de la sintomatología postraumática. Si bien en los EE.UU. el modelo hegemónico de intervención en crisis es la metodología de intervención del *Critical Incident Stress Management* (Flannery y Everly, 2000), en el Estado español existen diferentes maneras de entender la intervención, desde un enfoque clínico, social, desde la propia psicología de las emergencias o bien desde modelos de síntesis biopsicosociales.

Históricamente la teoría de crisis data del comienzo de la teoría psicoanalítica, cuando Freud señaló la relación existente entre situaciones vitales presentes y una enfermedad de origen emocional. En sus estudios de casos clínicos Freud mostró cómo el origen de síntomas físicos podía ligarse a una situación conflictiva familiar o de otra índole en la vida del individuo. De este modo se abrió la posibilidad de comprender el sentido biográfico de la enfermedad. Después de Freud, Eric Erickson describió las crisis evolutivas por las que pasa todo individuo a lo largo del ciclo vital. Thomas Holmes al cuantificar los cambios vitales en una escala de reajuste social demostró que aquellos individuos que experimentan más cambios vitales en un periodo dado corren más riesgo de enfermar. Sin embargo, la formulación de la teoría de las crisis en forma más específica pertenece a Lindemann (1944), quien estudió la reacción normal del duelo y sus etapas, distinguiéndolas de las respuestas mal adaptativas que se ven en los duelos patológicos. Observó que al cabo de seis semanas la pena inicial estaba siendo elaborada normalmente, o bien que aparecían síntomas psicológicos o psicósomáticos. Caplan (1964), definió crisis como el estado que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas

vitales que parece ser insuperable con los métodos usuales de resolución de problemas que la persona ha utilizado en el pasado. Sobreviene entonces un periodo de desorganización y de alteración durante el cual se intentan diferentes soluciones.

Los antecedentes se remontan a fines del Siglo XIX y comienzos del XX , en dos Continentes el Americano y el Europeo, quizá motivados por las guerras en los que estuvieron comprometidos, apareciendo términos como los de fatiga de batalla, neurosis de guerra, propios de los años 1887 a 1939. Sin embargo hay investigaciones que se remontan a 1909, año en el cual Eduard Stierlin en Zúrich trabajó con 21 sobrevivientes de un accidente en una mina en 1906 y con 135 personas dos meses después del terremoto de Italia en 1908. Durante la Segunda Guerra Mundial (1939 - 1945) se realizan estudios con poblaciones civiles sometidas a los intensos bombardeos en especial en Inglaterra, en Japón se realizan trabajos relacionadas con los sobrevivientes del ataque nuclear a Hiroshima y Nagasaki . Un estudio primigenio en este campo es el de Freud y Burlingham (1944) sobre las reacciones de los niños durante la II Guerra mundial en el cual entre otros comunican diversos niveles de ansiedad presentes entre padres y niños. Sin embargo el estudio que es considerado pionero es el de Lidemann (1944) el cual trabajó con los sobrevivientes y sus familiares víctimas del incendio del Club Nocturno Coconut Grove en Boston Massachusset (EU), en el cual describe que aquellos sujetos que usaran como mecanismo de defensa psicológica a la negación y fracasaron en ello sufrían una alta frecuencia de trastornos psicosomáticos, síntomas neuróticos, depresión y otros trastornos psiquiátricos, la importancia de este estudio orientado al estudio del manejo psicológico de la pérdida estriba en que sentó las bases para la teoría de la crisis de Helen Caplan, compañera de Lidemann en el Hospital de Boston Memorial. (Slaikeu, 1996).

Leopold Bellak y Helen Siegel (1983), publican el famoso Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia, como una respuesta a la demanda de atender de manera rápida a las víctimas de situaciones de crisis basada en una orientación psicoanalítica pero de corte comunitario. El tratamiento es un intento para ayudar a la persona a obtener mejores recursos para enfrentar la realidad con los

conflictos que existen entre éste y las fantasías y con introyecciones defectuosas. La esencia de la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia, se orienta y selecciona los síntomas principales más perturbadores y sus causas, dentro del mayor marco posible y después, proporciona la Conceptualización más clara probable de las intervenciones Psicoterapéuticas necesarias y suficientes, con una duración aproximada de cinco o seis sesiones.

El 13 de Noviembre de 1985 el Volcán del nevado del Ruiz en Armero Colombia hizo erupción sepultando al poblado de Armero, en Agosto de 1986 el Ministerio de Salud de Colombia con el asesoramiento de la OPS/OMS establecieron un programa de Atención primaria en salud mental para víctimas de desastres con la participación de la Dra. Raquel cohen de la Universidad de Miami, EEUU y el Dr. Bruno lima del Johns Hopkins University, de Baltimore USA.

En Noviembre de 1987 la División de Desastres, emergencias y Urgencias, del Ministerio de salud de Colombia, edita el Manual para la Capacitación del Trabajador de atención Primaria basado en la Atención Primaria en salud mental para víctimas de desastres, elaborado por Lima (1990). El manual trata de reunir los conocimientos y practicas de tres áreas distintas, pero complementarias como son la Atención primaria, la Salud mental y los Desastres e intenta fomentar intervenciones del trabajador de atención primaria en la asistencia en salud mental en situaciones de catástrofes, focalizando sus acciones a mediano y largo plazo, este manual no abarca los problemas de salud mental encontrados en el periodo de post - impacto inmediato.

Aptekar y Boore (1990), en un artículo denominado “ The Emotional Effects of Children : A Review of the Literature” concluye diciendo después de realizar una revisión de la literatura existente sobre los efectos emocionales de los niños frente a los desastres que estos van a depender de la naturaleza y extensión del desastre o del trauma sufrido, la influencia de la familia y de la comunidad, la resistencia o vulnerabilidad de los niños, los Síntomas emocionales su inicio y duración, el nivel de funcionamiento en el predesastre, las diferencias interculturales, el nivel de acercamiento psicoterapéutico y sus consideraciones metodológica. Concluyen diciendo que las variables a tenerse en cuenta en las investigaciones son: La

naturaleza y extensión del desastre o trauma, la influencia de la familia y la comunidad, la resistencia o vulnerabilidad del niño, los Síntomas su inicio y duración, el nivel de funcionamiento en el predesastre, las diferencias culturales, el acercamiento psicoterapéutico y las consideraciones metodológicas.

Udwin (1993), en su publicación: Annotation: Children Reactions to Traumatic Events. Reconoce que los niños que sufre o sobreviven a eventos traumáticos pueden sufrir Desordenes de Estrés Postraumático, según ya se le reconocida en el DSM-III-R (1987), el grado de exposición a el evento es una variable crítica, otra característica probablemente relevante, se incluye a los niños que fueron testigos d ella muerte o daños sufridos por otros, si son separados de sus familias o amigos, el grado de ayuda recibido, el rol activo o pasivo por parte de los sobrevivientes durante y después del evento traumático.

Inbar (1995), como consecuencia del atentado terrorista perpetrado en julio de 1994 a la comunidad judía en Argentina publica una serie de artículos relacionados a las Estrategias de intervención psicológica en situaciones de crisis masivas, manejo del duelo, y desarrollo de conceptos relacionados con la intervención en crisis. El autor indica que en base a sus experiencias obtenidas con afectados por desastres masivos y catástrofes naturales en algunos países latinoamericanos como Colombia y México, y con individuos y familias que vivieron actos de terrorismo en Israel , tienden a indicar que la adopción de algunos conceptos de la Fortaleza Psicológica integrados en un modelo psico-educativo y terapéutico pueden ser útiles como intervención preventiva y post-traumática (Inbar 1995). De acuerdo a dichos autores, el desarrollo de ciertas características de personalidad están correlacionadas e incluso podrían explicar la capacidad de ciertos individuos de afrontar eventos existenciales estresantes. Las características identificadas son : compromiso, involucración, control, desafío y podemos agregar, flexibilidad.

Las Crisis, Desastres y Catástrofes

Luego de este recorrido por los hechos que incidieron en la aparición y los avances de la intervención en crisis, es necesario hablar acerca de las definiciones de los diferentes tipos de emergencias, como lo son las catástrofes, los desastres, los traumas

y las crisis y las diferencias entre estos conceptos. Las situaciones de emergencia son desgraciadamente un fenómeno frecuente en el mundo. En algunos casos estas situaciones son fruto principalmente de fenómenos naturales como por ejemplo un terremoto, una inundación o una erupción volcánica, y el volumen de personas afectadas puede llegar a ser tan grande como las aproximadamente 300.000 muertes resultantes del tsunami de diciembre de 2004 en el Pacífico. Son catástrofes que a menudo vienen marcadas por determinadas situaciones geográficas que pueden incidir en que, desde algunos países, se contemplen como lejanas: es lo que algunos autores han denominado percepción de invulnerabilidad (Weinstein, 1989). En otras ocasiones, las situaciones de emergencia tienen una relación directa con los comportamientos humanos. Por ejemplo, un barco manipulado con el objetivo de poder incrementar el número de pasajeros se hunde al lago de Bañolas y causa muertos y heridos entre un grupo de turistas franceses en el año 1998. Otro ejemplo es el atentado terrorista en la estación de Atocha de Madrid con casi 200 muertes y numerosos afectados el año 2004. O bien, el derrumbamiento de pisos en barrio del Carmel de Barcelona como consecuencia de las obras de una nueva línea de metro el año 2005. Son situaciones que también afectan a un grupo pero que se dan a una mayor proximidad geográfica. En estos casos, la percepción de vulnerabilidad puede verse incrementada. (Lorente, Font y villar, 2005).

Igualmente, Lorente, Font y villar (2005), hablan de un tercer tipo de situación de emergencia: aquel que implica a un número reducido de personas en comparación con las anteriores pero que proporcionalmente se da con mayor frecuencia. Algunos ejemplos serían: sufrir un accidente de tránsito, perder a alguien significativo, ser víctima de una agresión o de un robo, los ataques de pánico, entre otros. Por otro lado Flannery (2003), menciona que la existencia humana esta marcada por toda clase de eventos, algunos de los cuales son tristes, violentos o peligrosos. Ninguna nación, ningún pueblo está protegido de catástrofes naturales o de actos violentos producidos por el hombre. Actualmente, se está viviendo un momento de profunda crisis social en distintos órdenes. Se ven surgir diversas formas de violencia, que golpean de manera directa a un número cada vez mayor de personas, ataques con misiles,

bombas en edificios, guerras étnicas o religiosas, autobombas, son todas manifestaciones de la agresión (Benyakar, 2003). Los comienzos de este nuevo milenio, enfrentan a los profesionales de la salud mental con una multiplicidad de situaciones de urgencia a las que se debe asistir. Se debe enfatizar el desarrollo de programas de salud mental flexibles, y con la capacidad de ser adaptados a cada situación.

Según Flannery (2003). Estas situaciones ocasionan consecuencias de todo tipo como la muerte, secuelas físicas y un gran sufrimiento psíquico en los afectados. Algunas personas llegan a superarlo rápidamente; otras tienen más dificultades y quedarán marcadas por el traumatismo durante toda su vida. Janoff (1985) ha demostrado que algunas creencias básicas se ponen en juego con la experiencia de violencia. El mundo ya no parece seguro ni controlable. El potencial patogénico de estas situaciones es enorme en tanto no se actúe adecuadamente antes, durante y después de los acontecimientos. Según Benyakar (2003), las diversas reacciones psicológicas desencadenadas ante acontecimientos catastróficos han sido descriptas desde la antigüedad y, sin embargo, su análisis científico es muy reciente.

Las situaciones de catástrofe, por la naturaleza extremadamente amenazante para la vida de los individuos, hacen casi imposible distinguir hasta qué punto las reacciones que ocasionan son normales o son patológicas. Frente a un evento externo, como una catástrofe natural, guerra o un atentado terrorista, el psiquismo reacciona de distintas maneras. El trauma es sólo una forma de respuesta. Por tanto, no siempre una situación amenazante produce un trauma. El síndrome de estrés postraumático no describe lo que les ocurre a todas las personas que enfrentaron una situación de esta naturaleza. Un mismo hecho puede traumatizar a uno y a otro no. Calhoun y Tedeschi (1998), consideran el crecimiento postraumático como una respuesta bastante común a la pérdida. Desde esta perspectiva, se enfatizan los recursos y capacidades que disponen las personas para afrontar estas situaciones extremas. Entre ellos se encuentran los conceptos de resiliencia, hardiness, sentido de coherencia, etc. Un modelo salutogénico considera los beneficios y cambios positivos luego de una

situación extrema. Desde este punto de vista, se considera la capacidad del individuo para incrementar su fuerza interna y resignificar la situación (Violanti, 2003).

Según Benyakar (2003), una de las problemáticas con la cual se enfrentan los profesionales, es la diferenciación entre los términos catástrofe y desastre. Los términos en sí reflejan claramente su significado, pero a pesar de ello es muy difícil encontrar una definición para cada uno de ellos. Por ello, es que existe una discusión en torno de cuáles son los fenómenos a los que se debe denominar catástrofe y cuáles los que deben llamarse desastre. Según el autor, desastre remite a las características del evento, mientras que catástrofe se refiere a la acción desestructurante del evento en cualquier orden: individual, colectivo y material. Es de destacar que estos términos se suelen utilizar como sinónimos en la literatura profesional. Sin embargo, los autores utilizan con más preponderancia uno u otro término, de acuerdo a los países o culturas a que pertenecen, utilizando el otro como sinónimo del término preponderante. Así, en Estados Unidos es más frecuente la palabra desastre mientras que en Francia se usa como término principal el de catástrofe (Sasson, 2004). En este contexto, el autor aclara que utilizará indistintamente los términos Desastre y Catástrofe. Kalayjian (1995), acordando con la Pan American Health Organization (PAHO) departamento regional de la World Health Organization (WHO), define los desastres como “eventos que ocurren repentinamente, en la mayoría de los casos, causando severos disturbios en la comunidad”. Dichos disturbios pueden ser en forma de pérdida: de vidas, de salud o recursos; y en forma de desorganización: de la vida, de la calidad del medio ambiente, así como también desgarros socio-económicos requiriendo de asistencia inmediata y amplia; y una gran variedad de intervenciones (Sasson, 2004).

Según Benyakar (2003), una característica casi universal de las catástrofes es que cuando ocurren requieren acciones inmediatas y bien planificadas, que generalmente exceden la capacidad de respuesta tanto en términos de factores humanos como por la insuficiencia de recursos tecnológicos, económicos, de organización de la comunidad afectada. La imagen de desborde, asociada casi automáticamente a la idea de catástrofe, da la medida de la dificultad que existe para establecer criterios precisos y

abarcadores que permitan una categorización útil de los fenómenos para organizar de antemano los recursos y orientar las decisiones en el momento mismo de la ocurrencia de los sucesos infaustos. No obstante, existen una cantidad de intentos clasificatorios, ninguno exhaustivo pero útiles todos. Casi todos ponen el acento en alguno de los siguientes factores: las características propias del evento; el impacto sobre la población o el medio físico; las interacciones entre tales características y el impacto en la población, y el grado de urgencia o premura que debe dársele a las actividades asistenciales (Baum et al., 1993). Según el autor, las características tanto de los desastres como de las catástrofes, han sido definidas en base a diferentes parámetros.

El primer parámetro se refiere a las definiciones centradas en las características del evento. Según Sasson (2004), los desastres son eventos extraordinarios que originan destrucción considerable de bienes materiales y pueden dar por resultado muerte, lesiones físicas y sufrimiento humano. Estos sucesos pueden ser causados por el hombre o ser naturales. En la primera categoría se incluyen los incendios, los conflictos bélicos, los desordenes civiles, los actos terroristas, y la contaminación química. Como ejemplo de sucesos naturales se puede citar las inundaciones, los terremotos, los tifones, los tornados, los huracanes, etc. Según Sasson (2004), las catástrofes son, usualmente, hechos inesperados y a la vez inevitables, que tienen diversas características. Algunas surgen con lentitud mientras otras lo hacen de manera repentina y sin preaviso. Algunas afectan un área amplia, mientras que otras ejercen sus efectos en un sitio específico. También varía su duración: están las que persisten durante horas mientras otras sólo duran segundos o minutos; por último, cada desastre produce daños materiales y pérdidas humanas en grado variable.

Para Sasson (2004), los desastres son eventos rápidos y dramáticos que dan por resultado daños materiales y humanos considerables. Subraya la importancia de la vida comunitaria, y plantea que los desastres deben ser considerados de acuerdo a su potencial de perturbar las actividades de una comunidad y causar daños a los miembros de la misma. Kastenbaum (1974), describe los desastres según la gravedad relativa de los mismos, en comparación con otros eventos importantes. Para definir a

un evento como un desastre se requieren antecedentes de estabilidad y normalidad con los que se compara la calamidad. Según Benyakar (2003), el concepto de urgencia empleado por el Disaster Research Center para determinar la gravedad de una catástrofe, ofrece los criterios a emplear cuando debe tomarse la decisión acerca del momento u oportunidad en que es conveniente llevar a cabo las intervenciones asistenciales. Sasson (2004), refiere que, desde este enfoque se utilizan los siguientes parámetros para categorizar la urgencia: número y tipo de comunidades afectadas (urbana o rural, industrializada o no); Número de víctimas; importancia de los daños, y si el desastre sobreviene o no de manera intempestiva y permite o no algún tipo de prevención. Por tanto, es posible apreciar que el Disaster Research Center contempla el interjuego existente entre las características del evento y las de los daños.

El segundo parámetro se refiere a las definiciones que entremezclan las características del evento con las de la reacción Schulberg (1974) analiza el vínculo entre los eventos riesgosos y las reacciones personales utilizando el concepto de crisis. Cinco son las características que diferencian las crisis y revisten importancia central para la mayor parte de los puntos de vista de las teorías de las crisis: una secuencia cronológica que se desarrolla con rapidez; cambios importantes en la conducta; sensación personal de impotencia; tensión en el sistema social y personal del sujeto; percepción de una amenaza para la persona. Frederick (1977), refiriéndose a los desastres como crisis, diferencia los términos crisis y emergencia. “Una crisis es un período de tiempo crucial, que puede durar minutos o meses, durante el cual una situación afecta el equilibrio social o emocional de la persona. Conforme evoluciona, puede transformarse en una emergencia, o sea una situación con necesidades urgentes y que requiere una acción rápida”. (p. 42).

El tercer parámetro se refiere las definiciones centradas en las características de la reacción de la población. Anderson (1968) asume un enfoque diferente, definiendo los desastres en base a la reacción de la población afectada, a la amenaza que representa el desastre mismo antes de que ocurra. Según el autor, desde el punto de vista conceptual es conveniente diferenciar el desastre como un evento de crisis aguda que perturba físicamente la vida cotidiana, por demás normal, que origina

pérdidas palpables, respecto de la amenaza que significa una situación de crisis crónica, en que se anticipa la alteración de la rutina esperada. Este autor afirma que una crisis aguda surge cuando la comunidad carece de patrones culturales relacionados a los desastres, que le permitirían enfrentar las consecuencias inesperadas del mismo. La comunidad se ve tomada completamente por sorpresa. En una crisis crónica se reconoce la posible amenaza antes de que el individuo la experimente. Barton (1969) clasifica los desastres como parte de un grupo más amplio de situaciones de estrés colectivo que surgen cuando muchos miembros de un sistema social no reciben las condiciones de vida que esperan de dicho sistema. Agrega que el estrés colectivo puede provenir de fuentes externas al sistema o de este mismo. Afirma que los factores siguientes deben considerarse en la evaluación de estas situaciones de estrés: el alcance de la situación; la velocidad del inicio; la duración del factor estresante; la preparación social.

Existen otras definiciones que se refieren a la situación de catástrofe y sus consecuencias, por ejemplo, Erikson et al (1976), señala que dos tipos diferentes de traumas psíquicos, individual y colectivo, son evidentes en la conducta de las personas afectadas por un desastre. Define el trauma individual como un golpe a la psiquis que rompe las defensas de las personas de manera tan repentina y tan fuerte que no es posible responder a él de manera eficaz, y el trauma colectivo como un golpe a la trama de la vida social que lesiona los vínculos que unen a la gente y daña el sentido prevaleciente de comunidad. Crocq (1997), define la Catástrofe como “un evento nefasto, súbito y brutal, que causa de destrucción material importante; un gran número de víctimas, y una desorganización social notable, o las tres cosas a la vez” (p.43). Para el autor, uno de los criterios que cobra mayor importancia es el grado de desorganización social que resulta de la catástrofe, dado que estaría afectando ciertos sistemas funcionales, como el de información, de circulación de personas y bienes, de distribución de alimentos y agua, de servicios médicos, de mantenimiento del orden y la seguridad, etc., necesarios para mantener el funcionamiento armonioso de una sociedad. Toda catástrofe, incluso las limitadas, se expresa por una alteración de los sistemas funcionales, por un cierto grado de aislamiento social de las víctimas de la

población vecina y a veces puede ser de todo el país, aunque este aislamiento sea efímero (Sasson, 2004).

Según Kalayjian (1995), los Desastres se pueden clasificar como: Desastres Naturales, dentro de los cuales se encontrarían los terremotos, huracanes, tornados, ciclones tropicales, erupciones volcánicas, inundaciones, pestes, sequías, avalanchas, etc. Desastres Hechos por el Hombre (man made disasters), los cuales, a su vez, se pueden subdividir en: Planificados o deliberados, dentro de cuales se podrían encontrar las deforestaciones, incendios, masacres, genocidios, holocaustos, guerras, terrorismo, motines. Accidentales, Técnicos y Defectos químicos, dentro de cuales se agruparían los accidentes automovilísticos, aéreos y ferroviarios, explosiones, incendios, derrumbes, derrames de aceites u otras sustancias contaminantes. Por otro lado Benyakar (2003), considera la existencia de dos grandes tipos de catástrofes: las provocadas por la acción u omisión del hombre; y las que son producto de los fenómenos naturales que escapan a su control. En el campo de la salud mental, es importante dilucidar las especificidades de cada una de ellas, ya que la causalidad del evento será uno de los determinantes de la forma en que se tramitará el dolor. A su vez, cada una de ellas tiene rasgos singulares que importa considerar: previsibles o no previsibles; fugaces o prolongadas; transitorias o permanentes, selectivas o masivas; individuales o colectivas.

Los desastres afectan no sólo al individuo sino, fundamentalmente, a su entorno básico, o sea, las estructuras físicas y sociales que actúan de sostén. Y aunque puedan ser pronosticadas, incluso sean cíclicas o puedan ser explicadas científicamente o porqué se le adjudique su causa a algún acto humano, el sentimiento de sin sentido nunca desaparece (Sasson, 2004). Más allá de estos rasgos universales, las características específicas de las catástrofes condicionan tanto el modo como la intensidad del impacto que puedan tener sobre el psiquismo. De igual manera, explica el autor, influyen en las formas de tramitar el dolor y los montos de culpa que sufran los sujetos afectados así como aquellos sobre quienes se puede hacer recaer la responsabilidad directa o indirecta. Actualmente, distinguir entre las catástrofes naturales y las producidas por el hombre requiere de mucha cautela. Cuando el agente

etiológico de un desastre es un fenómeno natural, como la lluvia o un terremoto, hubo previamente decisiones y acciones humanas que influyeron sobre el resultado. Ejemplos de esto son, las inundaciones que resultan de lluvias torrenciales provocadas, a su vez, por la construcción de diques o espejos de agua, por la tala indiscriminada de árboles y otras acciones humanas sobre el medio ambiente. Además, Sasson (2004), considera que, en los desastres naturales sean o no previsibles (tornados), fugaces (terremotos), o que permanezcan durante un tiempo (inundaciones), siempre es posible actuar preventivamente. En zona de huracanes, erupciones de volcanes, inundaciones, la preparación física y psíquica de la población puede ser distinta que en los casos de terremotos o incendios masivos producto del recalentamiento de diferentes zonas geográficas. A pesar que algunos desastres pueden ser prevenidos, no siempre la población está informada o preparada para afrontar estas situaciones, en general por el hecho de que la mayoría de estas situaciones ocurren en lugares con poblaciones de bajos recursos económicos. Existe un gran avance en cuanto a la preparación física de la población para afrontar estas situaciones, pero todavía se está lejos de un adecuada preparación psicológica (Simon, 1997).

El buen entrenamiento, el hecho que cada uno sepa qué es lo que debe hacer en este tipo de situaciones, cuáles son las instituciones responsables para afrontar dichos eventos, los lugares a los cuales se puede recurrir, etc., tienen un carácter preventivo importante de mencionar. El entrenamiento en estos casos es el poder preparar a la población a descubrir sus propios recursos y características para afrontar estas situaciones y, así, no sentirse tan desvalidas en el momento en que la situación irrumpe en sus vidas. A pesar de lo inadecuado de la diferenciación entre catástrofes de origen humano y de origen natural, sin embargo, ella es útil. El autor explica que, en las sociedades occidentales, las consecuencias psicológicas de un desastre tienen mucho que ver con la posibilidad de adjudicar a alguien la responsabilidad por lo ocurrido. Y esto es más fácil de hacer si el desastre es asignado a la acción humana. El hecho de poder o no encontrar explicaciones y endilgar responsabilidades permite procesamientos individuales y sociales de diverso orden como litigar, victimizar,

estigmatizar y generar chivos expiatorios. Los desastres provocados por la acción humana pueden ser intencionales (debidos a una decisión) o no (debidos al error o la negligencia de los hombres).

A su vez, continua explicando el autor, que los desastres debidos a una decisión, voluntad o intención conscientes de unos hombres de dañar a otros, pueden distinguirse según la forma en que se manifieste esa voluntad: abierta o solapadamente. Así, en el primer caso, cuando la expresión sea abierta, la motivación que anima al daño es la agresión. Por ejemplo, la guerra convencional dado que existe un agresor que declara su intención de hacer daño a otros, razón por la cual puede ponerse en estado de alerta. O sea, que en éste tipo de catástrofe, el enemigo permite a los damnificados (los combatientes y también la comunidad) implementar estrategias para defenderse, ya sean de contraataque o de huida. Y en el segundo caso, cuando el responsable del daño permanece oculto, impredecible, no identificable, actuando sobre blancos no definibles a priori, y así impidiendo que los damnificados desarrollen algún tipo de defensa, la motivación que respalda las acciones es la violencia. Ejemplo de esto es, el terrorismo, cuya meta es infligir dolor o daño sobre seres a los que se les impide desarrollar algún tipo de prevención o defensa (Curran, 1988). Todas estas características de las catástrofes, recientemente mencionadas, afectan el modo en que podrán ser procesadas por los damnificados.

Existe una diferenciación entre los desastres, las catástrofes y los eventos traumáticos. Según Benveniste (2000), un evento traumático es aquel en el que una persona está agobiada por la intensidad de la situación, la cual sobrepasa su nivel de tolerancia, siendo sus mecanismos defensivos insuficientes para lidiar con dicha situación. El efecto traumático es provocado por una excitación de tal intensidad que queda impedida elaboración alguna. Se produce un vacío que pone en peligro la supervivencia psíquica del sujeto. Para que la situación de catástrofe devenga en traumática deberá encontrar determinadas condiciones. El sentido que el estímulo adquiere y la posibilidad de enlazar representantes psíquicos con los que se ligará el suceso, mantendrán la continuidad del aparato. Cuando ésta se pierde, la invasión de la excitación lleva a intentos fallidos de descargar el remanente de angustia en forma

compulsiva: pesadillas, actos automáticos por repetición de la vivencia traumática, etc. Lo verdaderamente traumático es aquello que no encuentra palabras para hacer relato; siendo impensable queda así en el orden del no ser, de la no representación (Macotinsky, Pachuk y Singer, 1997). Para que haya catástrofe, según Sotolano (2002), el episodio debe ocurrir en la zona de incumbencia psíquica de quien la padecerá. Lo catastrófico social, se registra en lo subjetivo de un modo individual. El familiar muerto en AMIA es la catástrofe de uno, la pérdida de los ahorros para un tratamiento médico, es la catástrofe de otro. No hay manera de juzgar la dimensión catastrófica de un hecho sino por sus consecuencias psíquicas en la subjetividad de sus actores. Según Puget (1992), las situaciones del orden de lo traumático que vehiculizan terror son del orden de la ruptura brusca de un estado de cosas, ponen el sistema en crisis y generan emociones tanto invalidantes como capaces de exacerbar conductas heroicas pero irracionales debido a una disposición a la hiperlucidez propias a las situaciones traumáticas. Las situaciones extremas según Puget (1992), nos enfrentan ante dificultades específicas, las cuales serán de distinto orden cuando las situaciones se engendran en el contexto social, familiar o personal. Extrema, se refiere a los límites más allá de los cuales algunas acciones se tornan imposible. Cuando lo posible o imposible se asocia a peligro, el eje vida o muerte deviene primordial y como consecuencia la vida de un sujeto, de un grupo y de un conjunto corre un riesgo: el de perder la vida en el sentido literal de la palabra o la vida psíquica o la organización del grupo o algunos de sus miembros. Por lo tanto, se puede pensar en extremo respecto de marcar un límite desde el punto de vista de un actuar posible.

Según García y Gil (2004), a lo largo de la historia, para hacer referencia a acontecimientos destructivos, tanto para el individuo como para la comunidad, se han utilizado indistintamente los conceptos de desastres, catástrofes, emergencias o accidentes. Como comenta Tierney (1989), la literatura de desastres nos proporciona poco consenso en la comunidad científica en la definición de los diferentes términos. El hecho que investigadores y científicos utilicen el mismo término para hacer referencia a estas situaciones es debido a que todas ellas podrían ser englobadas

dentro de un mismo ámbito conceptual, ya que todos estos conceptos, aunque en diferentes grados, hacen referencia a acontecimientos estresantes más o menos imprevisibles que ponen en peligro inmediato la integridad física y el equilibrio personal. Además, todas ellas requieren de una acción inmediata no demorable en el tiempo (García y Gil, 2004). Fouce, Hernández-Coronado, Martínez, Losada y Lillo (1998) explican cuatro características comunes que comparten los desastres, los accidentes y emergencias: primero que todo, precisan de una intervención ante una demanda no demorable en una situación emergente. Segundo, en función de la magnitud del evento y las repercusiones en el sujeto, se encuentran reacciones psicológicas similares en función de las consecuencias. Tercero, pueden ser imprevisibles y accidentales y por tanto causar sorpresa, indefensión y desestabilización. Y por último, pueden constituir una situación de peligro inmediata para la vida o la integridad física. Además de las características presentadas por estos autores, se puede decir, que todas ellas son una fuente de destrucción, provocando daños materiales y humanos, aunque en diferente grado (García y Gil, 2004).

A pesar de compartir estas características comunes, García y Gil (2004) sugieren que es importante reconocer que existen importantes elementos diferenciadores entre las diversas situaciones y se hace necesario identificarlos para poder delimitar los conceptos claramente. Así como plantean De Nicolás, Artetxe, Jauregi y López (2000), cabe preguntarse; ¿por qué es importante distinguir los desastres de otro tipo de eventos? García y Gil (2004) exponen tres aspectos a tener en cuenta a la hora de responder a la pregunta planteada: primero, declarar un suceso como desastre va a influir en la cantidad de ayuda a ofrecer. El hecho que las autoridades competentes declaren un suceso como desastre o catástrofe ya implica de por sí una mayor movilización de recursos humanos y materiales. Segundo, el concepto de desastre también tiene pesos emocionales, políticos y económicos que influirán en las propias víctimas y en el público en general. Y por último, la pura magnitud del desastre, en contraste con otros sucesos serios y traumáticos, crean unas necesidades que dejan atrás los recursos disponibles.

A diferencia de los accidentes y las emergencias, donde los recursos habituales son suficientes para dar respuesta a las demandas en una situación de desastre estas nuevas demandas no pueden ser cubiertas por los recursos habituales por lo que se requerirá ayuda adicional (García y Gil, 2004). Una distinción desde las Ciencias Sociales se encuentra en Britton (1986). Este autor considera que los desastres, emergencias y accidentes se pueden considerar globalmente como periodos de crisis sociales generadores de estrés colectivo. La diferencia entre cada uno de estos conceptos lo sitúa en tres criterios: uno, el número de personas implicadas. Dos, el grado de implicación de las personas dentro del área o sistema social impactado. Y tres, la cantidad de ruptura o destrucción causada en el sistema social por el agente inductor del estrés colectivo.

Teniendo en cuenta las aportaciones de los diferentes autores, desde el punto de vista de García y Gil (2004), todas las situaciones mencionadas anteriormente, accidente, desastre, catástrofe, podrían ser englobadas bajo situaciones de emergencia y urgencia, ya que producen una situación de estrés a todas las personas implicadas así como a la comunidad afectada, desembocando en una alteración, en la mayoría de los casos temporal, en el equilibrio psicológico debido a una serie de cambios producidos en su ambiente, en su mayoría inesperados, por lo que requieren una intervención inmediata. La diferenciación entre cada uno de ellos según el mismo autor, gira en torno a tres criterios: el número de personas implicadas, la capacidad de respuesta del sistema y ruptura y los daños en los sistemas sociales. Teniendo en cuenta estos tres criterios, se puede considerar un accidente aquel suceso en el que el número de personas implicadas se limita a un pequeño sector de la población, los recursos de la comunidad son suficientes para dar respuesta y no produce interferencias ni daños en las estructuras sociales de la comunidad (ej. accidentes de tráfico, incendios en los edificios (García y Gil 2004). Por otro lado, en los desastres el número de personas implicadas suele ser mucho mayor, aunque a veces los daños se sitúan en los destrozos que ha causado en las diferentes estructuras sociales por lo que los recursos comunitarios habituales no son suficientes para dar respuesta a las demandas que han emergido (ej. serian un escape radioactivo, un huracán, un

terremoto). Por último, una catástrofe sería aquel evento que ocasionaría los mayores daños en una comunidad, donde prácticamente todas las estructuras sociales estarían destruidas por lo que se requiere ayuda externa para la recuperación de la comunidad (ej un huracán que destruya una comunidad entera).

Aunque en la literatura los términos de desastre, catástrofe, emergencia, crisis se emplean con frecuencia de forma indistinta, la palabra que prevalece es la de desastre. Como sugieren Quarantelli (1985) y Tierney (1986), ya en los años 80 uno de los debates se centró en decidir que eventos se encuentran bajo este concepto y en aquella década desde diferentes ciencias; Medicina, Psicología y Sociología, ya se propusieron más de 40 definiciones de desastre. Por último, y en líneas más actuales de entender el concepto, Cortés (2000-01), plantea que un desastre está muy ligado a los conceptos de riesgo, amenaza y vulnerabilidad. Según este autor un desastre es una situación extraordinaria causada por un fenómeno de origen natural, socio-natural o antrópico (la amenaza expresada en un evento real), que significa alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el medio ambiente, excediendo la capacidad de respuesta. Desde esta óptica se entiende que el desastre es el producto de la convergencia de dos factores en un momento y lugar determinado: riesgo que es la probabilidad de que un peligro impacte sobre un sistema socioeconómico con cierto nivel de vulnerabilidad. En otras palabras, significa la probabilidad de sufrir pérdidas o daños más allá de lo aceptable, en caso de que la amenaza se materialice en un evento real (Cortés, 2000-01) y vulnerabilidad es el factor de riesgo interno de un sujeto o un sistema expuesto a una amenaza específica, correspondiente a su predisposición intrínseca a ser afectado o de ser susceptible a sufrir una pérdida. Es el grado estimado de daño o pérdida en un elemento o grupo de elementos expuestos como resultado de la ocurrencia de un fenómeno de una magnitud o intensidad dada, donde el factor de vulnerabilidad asociado con la amenaza da como resultado un riesgo determinado que si no es manejado de forma adecuada puede llegar a convertirse en un desastre (Cortés, 2000-01). En esta línea, se considera que un evento en sí (huracán, terremoto, una inundación) no tienen porque provocar un desastre en una comunidad. Todas las comunidades están expuestas a una serie de

amenazas específicas que si no se gestionan de una manera adecuada pueden llegar a convertirse en riesgos y producirse un desastre. Un mismo evento en dos comunidades distintas puede ocasionar diferentes consecuencias. El caso más reciente se puede evidenciar en los terremotos que ocurrieron en Argelia y Japón. Mientras que los científicos informaron que ambos tenían la misma intensidad en la escala Richet ¿por qué en Argelia ocasionó un verdadero desastre mientras que en Japón las consecuencias y los daños fueron mínimos? La respuesta a la pregunta planteada está muy ligada a los conceptos de riesgo, amenaza y vulnerabilidad (García y Gil, 2004). Es importante hacer notar como estas últimas definiciones ya no se centran en el concepto de desastre como en un evento o suceso (inundación, terremoto.), sino más bien el énfasis de un desastre se centraría en la situación de estrés que generaría el impacto de un evento o fuerza externa en la comunidad o grupo de personas, considerándose como un producto social. Teniendo en cuenta los aspectos comentados, García y Gil (2004), dicen que un desastre sería una situación traumática que genera un alto grado de estrés a los individuos de una sociedad o una parte de ella debido a la acción de un agente en una comunidad vulnerable (natural, humano o una combinación de ambos), produciéndose una alteración en el funcionamiento, tanto a nivel comunitario como individual, así como una serie de reacciones y consecuencias psicológicas para las personas implicadas.

De la misma manera, García y Gil (2004), realizan una diferenciación entre los tipos de desastres con el de dar un marco conceptual para una mejor comprensión del fenómeno. según estos autores, diferentes clasificaciones y categorías de desastres se han derivado de su etiología, sus cualidades y su curso. La clasificación que más comúnmente se ha utilizado por diferentes organismos es la diferenciación entre los diversos tipos de desastres desde un punto de vista del origen del mismo. En función de ello, los desastres se clasificarían en aquellos causados por la naturaleza y los causados por el hombre (García y Gil, 2004).

Por un lado, siguiendo la clasificación propuesta por García y Gil, (2004), los desastres causados por la naturaleza son todas aquellas situaciones que tienen que ver con la dinámica de la tierra y su presencia puede desencadenar la ocurrencia de otros

eventos. Se encuentra entonces que se producen dos tipos de desastres naturales, los de origen meteorológico como inundaciones, huracanes, tormentas tropicales, tornados, granizadas, tormentas de nieve, trombas, oleajes, todas las que tienen que ver con el agua y el viento y las de origen geológico, relacionadas con el movimiento de la corteza terrestre y su dinámica con las partes internas de la tierra, como los terremotos, los desplazamientos o fenómenos de remoción de masa y erupciones volcánicas. También se puede encontrar con desastres naturales de origen combinado cuando sus causas son diversas, como por ejemplo maremotos. Por otro lado, los desastres causados por el hombre (antrópicos) se pueden clasificar en tres tipos: uno, desastres contaminantes, que son eventos que tienen que ver con la contaminación ambiental presentada por derrames, dispersión o emisión de sustancias tóxicas en el suelo, agua o aire. Dos, desastres tecnológicos, en ellos se encontrarían los accidentes tecnológicos, como por ejemplo un choque de trenes, un accidente aéreo. Y tres, desastres socio naturales, que es la combinación de los fenómenos de la naturaleza pero con la participación de la acción humana. Dentro de la categoría de los desastres causados por el hombre (sociales, de guerra y tecnológicos), Montero (1997), distingue dos grupos. Por un lado, aquellos que pueden ser causados indirectamente, como por ejemplo un accidente aéreo debido a los fallos mecánicos, y por el otro aquellos que la acción del hombre puede ser directa o intencionadamente la causa del suceso, como por ejemplo un accidente aéreo debido a un secuestro, un sabotaje. Este autor considera que si el inicio del evento tiene un motivo intencionado va a propiciar la vigencia de los efectos negativos o incluso incrementarlos, redundando en la producción de unas secuelas cada vez más negativas y perdurables, en las posibles víctimas (primarias y secundarias) y en los detractores del suceso.

Berren, Santiago, Beigel y Timmons, (1989), proponen otra clasificación para distinguir los desastres provocados por el hombre; los actos de omisión y los actos de comisión. Por un lado, los actos de omisión son aquellos que surgen de una pobre planificación, un intento de ahorro de dinero, de recursos y de tiempo por parte de las empresas implicadas. Dentro de este tipo estarían los desastres relacionados con las centrales nucleares, residuos tóxicos. Por otro lado, bajo los actos de comisión se

incluirían lo que Montero (1997) denominó actos intencionados, como son los actos de violencia, secuestros, terrorismo. Siguiendo a Berren y cols (1989), a pesar de las diferenciaciones que se han hecho entre los desastres naturales y desastres causados por el hombre esta distinción no siempre está tan clara. Como se ha visto, en muchas ocasiones los desastres surgen de la combinación de un suceso natural y los errores humanos.

García y Gil (2004), concluyen en su artículo diciendo que no todos los desastres poseen las mismas características ni producen las mismas consecuencias en las comunidades y víctimas. La clasificación más comúnmente utilizada es la que diferencia aquellos desastres de origen natural de aquellos desastres causados por los humanos, aunque en muchas ocasiones no está del todo claro si algunos desastres son obra de la naturaleza o del ser humano. Ellos están de acuerdo con lo planteado por Berren y cols (1989), pues su clasificación, se puede considerar la más adecuada y completa a las exigencias de los desastres ocurridos en las sociedades actuales. En ella se propone clasificar los diferentes desastres en función de cinco criterios: tipo de desastre, momento crítico, alcance del impacto, tamaño del desastre y grado de impacto personal. Combinando estos cinco criterios se puede clasificar toda la variedad de desastres que ocurren en la sociedad.

En cuanto al concepto de crisis, según Benveniste (2000), frente a un evento traumático la crisis psicológica ocurre cuando se desborda excesivamente la capacidad de una persona de manejarse de modo usual. Estos eventos incluyen ataques físicos, tortura, violaciones, accidentes, intensas pérdidas personales y las catástrofes naturales como terremotos, incendios e inundaciones. Slaikeu (1995) define una crisis como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente, por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Crisis significa al mismo tiempo peligro y oportunidad. Según el autor, esta breve definición capta los principales aspectos de la crisis, tal como los describieron diversos teóricos.

Slaikeu (1995), plantea que son cinco las características que definen adecuadamente un estado de crisis: es temporal, es decir, el equilibrio se recupera de cuatro a seis semanas aproximadamente; casi siempre hay un suceso que lo precipita; tiene un curso secuencial más o menos predecible; tiene un potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o más bajos; y su resolución depende entre otras cosas de la gravedad del suceso precipitante y de los recursos materiales, personales y sociales del individuo. El autor identifica dos tipos de crisis: Crisis de desarrollo, son aquellas relacionadas con el pasaje de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la vejez, y que, por lo tanto, son más predecibles. Crisis circunstanciales, es aquella en la cual el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o con la etapa de su desarrollo, lo que significa que tales crisis pueden afectar a cualquier persona en cualquier momento. Son accidentales e inesperadas, y su rasgo sobresaliente es que se apoyan en algún factor ambiental: incendios, inundaciones, violaciones, desempleo, secuestro, terremoto, guerras, etc. Según el autor, la crisis circunstancial tiene cinco características: Es repentina: aparece de golpe. Es inesperada: no puede ser anticipada. Es urgente, ya que amenazan el bienestar físico o psicológico. Masiva: muchas crisis circunstanciales afectan a muchas personas al mismo tiempo (por ejemplo, desastres naturales, guerras). Peligro y oportunidad: la crisis puede desembocar en un mejoramiento o empeoramiento de la situación de la persona.

Según Benyakar (2003), el concepto de crisis, desde este enfoque, denota el pasaje de una situación a otra. Las crisis se extienden en períodos y los cambios que se producen son la característica más notable. La crisis es un proceso que resuelve un estado de cosas existente al mismo tiempo que significa el ingreso a uno nuevo con los problemas que éste acarree. Esencialmente, explica el autor, crisis hace referencia a un período signado por cambios cuyo desenlace desconocemos pero durante los cuales los criterios que nos permiten discriminar la realidad, persisten como tales aunque la confusión reinante debida a la multiplicidad y vertiginosidad de los cambios puede tornarlos confusos, inciertos, inestables. Es en este sentido, el autor aclara, que las crisis se diferencian de las catástrofes ya que en éstas el factor tiempo

tiene una participación no tan decisiva y, en cambio, sucumben los criterios relacionales. Y a su vez, dentro de la tradición francesa el concepto de crisis fue referido indiscriminadamente a situaciones de catástrofe y a las consecuencias sobre los individuos y comunidades. Se deben tomar en cuenta los siguientes elementos: rapidez con la que se desarrolla el evento; importancia de los cambios que sobrevienen en las conductas; sensaciones personales de impotencia; tensión entre los sistemas social y personal del sujeto, y el sentimiento de las personas de sentirse amenazadas.

Según Cortés (2003), las crisis cumplen con 4 condiciones: uno, es una situación extraordinaria (por fuera de lo que una persona común vive habitualmente; no se sufren accidentes, agresiones, incendios o terremotos todos los días). Dos, desestabiliza el equilibrio físico, psicológico, social, económico o ambiental del individuo o el grupo (por cuanto es una situación usualmente imprevista para que por lo mismo no están preparados). Tres, para superarla, se carece de los recursos propios suficientes o adecuados (justamente por la misma imprevisión e impreparación), y cuatro, necesita ayuda externa (que aporte los conocimientos y recursos que no se tienen). Pese a que en la vida cotidiana existen diferentes tipos de crisis (de salud, económicas, del desarrollo, afectivas, laborales, políticas, ambientales, institucionales, accidentales, etc.), para el sistema nervioso central todas tienen las mismas vías, estructuras y formas de manejo, especialmente en lo concerniente a su percepción inicial, las reacciones básicas neurofisiológicas y sus primeros procesos de pensamiento asociados (Van der Kolk y Saporta, 1993).

Por otro lado, Cortés (2003), retoma lo dicho por Cardona (2002), quien define crisis como el proceso de liberación de los elementos sumergidos o reprimidos de un sistema como resultado de una perturbación exógena o endógena que conduce a la parálisis de los elementos protectores o moderadores, a la extensión de los desórdenes, al surgimiento de incertidumbres de todo tipo y de reacciones en cadena que eventualmente conducen a la mutación o desaparición del sistema en crisis. Las crisis pueden ser el resultado de una calamidad pública o desastre, o constituir ellas mismas el desastre o la calamidad.

Otro termino que se relaciona con las crisis y los desastres, es el de riesgo. En cuanto a este, Cortés (2004), dice que es la medida de la probabilidad de que ocurra un daño o pérdida. Avanzando por esa línea, (Cortés, 2000), dice que es la probabilidad de exceder un valor específico de consecuencias económicas, sociales o ambientales en un sitio particular y durante un tiempo de exposición determinado. En otras palabras, significa la probabilidad de sufrir pérdidas o daños más allá de lo aceptable, en caso de que la amenaza se materialice en un evento real. Así mismo, Berganza (2000), lanza cuatro de las características del riesgo: primero, tiene carácter subjetivo, primero debe percibirse y luego abordar su reducción. Segundo, es también una expresión de racionalidad. Cada día la humanidad asigna menos eventos a dioses que castigan a la comunidad. Tercero, tiene una dimensión temporal, dado que su percepción cambia con el paso del tiempo. Y cuarto, es un proceso dinámico, cambia en el tiempo o en la perspectiva de observación, razón por la cual la percepción y los imaginarios variarán en el tiempo, o de un lugar a otro, con respecto al mismo evento.

Según Cortés (2003), La noción que tienen las personas acerca del riesgo también depende de diferentes factores como: la percepción del tiempo, la edad, el sexo, el estado civil, los valores, el nivel socioeconómico, la información y otros múltiples factores que pueden hacer el contexto de la tragedia y la percepción de la misma. Según Cortés (2003), es importante contextualizar el concepto de riesgo, dado que se manejan diferentes concepciones, que lógicamente influyen en la manera de percibirlo, asumirlo y enfrentarlo.

El desastre ya es la precipitación de pérdidas y daños más allá de lo aceptable, cuando la amenaza se convierte en un hecho real. Mientras el riesgo es potencial, el desastre es un hecho cumplido. Mientras que la situación de riesgo aún permite reducir o eliminar las pérdidas antes de que se presenten, en el desastre ya se sufren, ya se paga un costo, y cualquier cosa que se haga difícilmente lo va a reponer. Pero el desastre no es más que un síntoma, un indicador, un punto de quiebre que evidencia un proceso de descomposición ambiental, social, económica, en fin, que viene incubándose de tiempo atrás a partir de la exposición a la amenaza y la vulnerabilidad ante ésta, que producen el riesgo. Y como el riesgo no es un diagnóstico estático sino

que evoluciona con el tiempo, la flecha hacia el desastre indica esa evolución (Cortés, 2003).

Diferencias En La Percepción De las Crisis y Los Desastres

Retomando lo dicho anteriormente por García y Gil (2003), es fundamental el diferenciar entre los términos de desastre y catástrofe, pues esto va a facilitar a los propios gestores de la emergencia y a los profesionales de la psicología tener un conocimiento más exacto del tipo de reacciones, comportamiento y consecuencias que pueden llegar a presentar las víctimas en función del tipo de desastre y ofrecer así la ayuda más adecuada. Por lo tanto, Después de haber revisado los principales conceptos relacionados con la intervención en crisis o la psicología de la emergencia y sus principales diferencias, es fundamental conocer cuales son las diferencias en cuanto a la percepción individual o colectiva de las personas frente a las crisis.

Uno de los principales factores que determinan la percepción de la crisis, es la cultura, según con lo postulado por Páez, Fernández y Beristain, (2001), las diferencias culturales pueden explicar una mayor o menor preponderancia de las conductas colectivas. Así, por ejemplo la epidemia de peste, pese a ser tan mortífera en África del Norte como en Europa, no provocó comportamientos colectivos de pánico, ni conductas violentas. La enfermedad no se percibió como contagiosa, se representó como una enfermedad que castigaba a los no creyentes o, en el caso de los musulmanes, como un martirio enviado por Dios. Se presupone que estas diferencias ideológicas o culturales impidieron el miedo colectivo al contagio y las conductas colectivas de pánico y violentas asociadas a él. En este sentido, el estudio cultural de White (1959), proporciona dos modelos de adaptación humana tras las conductas de huida. El modelo de sociedades sedentarias o enraizadas, en donde la huida es vivenciada como una amenaza y, por otro lado, el modelo de adaptación nómada que define a los grupos a través de la permanencia de alguna forma de linaje más que a través de una localización espacial (White, 1959).

Algunas culturas muestran en menor medida un sesgo de optimismo ilusorio o de ilusión de invulnerabilidad que otras como por ejemplo las individualistas, EE.UU (Markus, Kitayama y Heiman, 1996). Se puede suponer que las culturas colectivistas

responderán con mayor aceptación a las catástrofes y a los hechos negativos. Aunque esto sea parcialmente cierto, los estudios sobre los supervivientes de Hiroshima y Nagasaki, de cultura oriental y más colectivista, no han puesto de relieve grandes diferencias conductuales, comparados con poblaciones occidentales y más individualistas. Actitudes de pasividad ante la muerte provocada por epidemias, mencionadas en el África actual ante enfermedades letales se han informado en experiencias occidentales de siglos anteriores o en experiencias extremas (campos de concentración) y pueden ser explicadas por extenuación física (San Juan, 2002).

Finalmente, las personas religiosas y que creen que la causa de lo ocurrido es externa, en la fase previa de las catástrofes reaccionan de forma más expresiva y menos instrumental, que los individuos que tienen un centro de control interno. Es decir, llevan a cabo menos conductas de prevención, aunque estos resultados se han constatado en EE.UU. y no en Méjico ni en Japón (Ross y Nisbett, 1991). Conviene resaltar que no existen dos desastres iguales en lo que se refiere, tanto a la naturaleza y magnitud de la situación de catástrofe, como a los recursos humanos y técnicos para afrontarla; por lo que la planificación de una intervención básica estará sujeta a la flexibilidad de estas circunstancias. En todo caso, y partiendo de esta consideración, Dynes (1994) plantea una serie de supuestos generales que sintetiza en los siguientes aspectos: uno, aunque las emergencias pueden generar diversos grados de confusión y desorganización de las rutinas organizativas cotidianas, no devienen necesariamente en un caos social. Dos, las emergencias no reducen la capacidad de enfrentamiento de individuos y estructuras comunitarias. En todo caso, el reto que pueden plantear es el de resolución de problemas nuevos e inesperados. Tres, la forma más efectiva de resolver esos problemas se encuentra en la estructura social de la comunidad. La creación de estructuras de autoridad artificiales para la gestión de la emergencia constituye un planteamiento muy poco efectivo. Cuatro, las unidades sociales deben ser consideradas como recursos para la resolución de problemas, y no como un problema en sí mismas. La planificación de la emergencia debe descansar en la asunción de su capacidad para tomar decisiones racionales. Cinco, puesto que la naturaleza de las situaciones de desastre demanda la toma de decisiones

descentralizadas y plurales, la autonomía para la decisión prima sobre la centralización de la autoridad. Seis, las metas de la intervención deben orientarse hacia la coordinación para la resolución de problemas, en lugar de obsesionarse por la evitación de un caos que normalmente no llega a producirse, salvo por agentes externos como es la presencia desproporcionada de medios de comunicación.

Según San Juan (2002), se debe reconocer que, a pesar de los avances científicos y tecnológicos, cabe decir que no se ha progresado mucho en la comprensión de los aspectos comportamentales implicados en una situación catastrófica. Y es que la intervención en situaciones de emergencia es siempre una tarea compleja, debido a que los problemas derivados de este tipo de situaciones varían enormemente en función de su naturaleza, magnitud y gravedad; pero también, como ya se a señalado, en función de los recursos con los que cuenta la población afectada para afrontar las consecuencias, no sólo en términos de reconstrucción física, sino también en lo que respecta a la reconstrucción psicológica y social (San Juan, 2003).

Frecuentemente tiende a creerse que en los momentos de emergencia predominan las necesidades materiales, y que los aspectos psicológicos pueden considerarse, en todo caso, en la situación posterior a la emergencia. Sin embargo, como señala Beristain y Doná (1997) en su Enfoque Psicosocial de la Ayuda Humanitaria, tener en cuenta desde el inicio los aspectos psicosociales puede ayudar a: entender los comportamientos y reacciones de la población, desarrollar planes de acción y prevención de problemas, comprender los mecanismos y acciones de apoyo mutuo de la gente en las situaciones de emergencia, y tener una comprensión holística de la acción humanitaria teniendo en cuenta las exigencias físicas, psicológicas y sociales de la población. En el caso de los desastres naturales se pueden encontrar casos en los que han supuesto un efecto constructivo sobre el sistema social. La necesidad de desarrollar competencias para superar el desastre puede facilitar los lazos sociales y favorecer la cohesión comunitaria. De todas formas, se debe señalar que existen autores que describen las limitaciones de este concepto en el campo de las intervenciones transculturales (San Juan, 2002). Según Beristain y Dona (1997), en el pensamiento occidental, el concepto de individuo moldea el discurso político, cultural

y médico, por lo que se pone el énfasis en lo intrapsíquico, en la causa interna de la enfermedad y en la terapia individual cliente terapeuta. Sin embargo, en las culturas menos centradas en el individuo la dimensión intrapsíquica no está aislada sino que se encuentra vinculada a los mundos espirituales y sociales. La causa de los problemas mentales se atribuye a fuerzas sobrenaturales o agentes sociales, y el tratamiento podría tener que llevarse a cabo por autoridades religiosas o, incluso, curanderos.

Otro de los factores que determinan la percepción de las crisis son las diferencias individuales. Aunque en general la mayoría de las personas tienen las mismas respuestas ante las situaciones que son percibidas como críticas o amenazantes pueden existir ciertas diferencias. Pero para conocer más acerca de estas diferencias es necesario conocer sobre algunos aspectos fisiológicos y neuropsicológicos que se presentan por lo general en las situaciones de crisis. En cuanto a las reacciones fisiológicas en una situación que es percibida como crítica, el proceso que sigue el organismo según Cortés (2003), es que en primer lugar, el corazón y la respiración se acelerarán y cuando se comienza a cobrar conciencia de lo que sucede se comenzará a sentir un sudor frío. El pulso y la respiración se aceleran porque para luchar, escapar, saltar, alzar un peso o cualquiera de estas manifestaciones físicas extremas propias del síndrome de lucha o escape el organismo necesita disponer de más oxígeno en el sistema músculo-esquelético, responsable de las funciones motrices; por eso acelera el metabolismo respirando más rápido y haciendo que el sistema circulatorio lleve ese oxígeno adicional también más afanosamente a donde será requerido. Como el organismo está funcionando de manera acelerada para superar la crisis, puede compararse con el motor de un automóvil que va a superar un obstáculo o subir una pendiente: es puesto en la primera marcha, que le da la fuerza adicional para superar el obstáculo, pero ese aumento de revoluciones lo recalienta. En el organismo, también aumenta la temperatura corporal, por lo que se comienza a sudar para refrigerarse, y esa es la sensación fría que se percibe (Cortés, 2003). En el mismo momento ocurre otra reacción fisiológica no vital pero de alguna manera significativa: como el grueso del riego sanguíneo y de la energía corporal se destina súbita y masivamente para el funcionamiento extraordinario de las funciones

motrices, las necesarias para sobrevivir en ese instante, otras funciones como la digestiva dejan de ser necesarias durante la crisis para garantizar la supervivencia del individuo, canalizando la mayor parte de sus recursos energéticos y nerviosos hacia donde están siendo urgentemente solicitados. Por eso otras estructuras no participantes directamente en la respuesta física extrema se relajan, tanto que incluso se pueden relajar los esfínteres del sujeto y éste quizá orine o defeque hasta sin darse cuenta ni poder controlarlo. No es un acto de desaseo sino una simple reacción fisiológica extrema, a veces incontrolable, de mayor probabilidad de ocurrencia cuando la crisis vivida es de mayor intensidad. Esta tormenta de sensaciones y reacciones físicas inmediatas y extremas durante tan breve lapso, es activada y coordinada desde el sistema límbico en el sistema nervioso central a través de la descarga catecolaminérgica (Cortés, 2003).

El sistema límbico, llamado por algunos autores el cerebro primario, instintivo, animal, hasta reptil, que maneja las emociones, las respuestas inmediatas, autonómicas inmediatas y no premeditadas ante las crisis, y las conductas repetitivas, y de paso tiene una gran responsabilidad en la activación endocrina que desencadena el síndrome de escape o lucha. Hernández (2002), ilustra que existen diversas situaciones excepcionales en las que se producen graves amenazas para la integridad del sujeto que las padece, estímulos o agentes estresantes muy intensos que pueden afectar de forma considerable la salud del individuo. Ante estos acontecimientos el ser humano moviliza sus recursos con el fin de responder a estas situaciones; lo que se denomina como reacción o respuesta al estrés. En estas situaciones de grave amenaza intervienen una serie de variables como la vulnerabilidad biológica y los estilos de afrontamiento del sujeto que pueden determinar, de algún modo el tipo de respuesta que emita ante estas situaciones. La eminente presencia de un evento amenazante genera la respuesta neurofisiológica del individuo en donde intervienen la activación nerviosa central, el sistema autonómico y el sistema neuroendocrino. Sessions (1991), describe que aumentan las tasas cardíaca y respiratoria, al igual que la presión arterial. Esto tiene relación con la secreción de adrenalina de los nervios

simpáticos y es llamado la respuesta adrenérgica del sistema nervioso autónomo. El aumento de estas funciones corporales

permite al individuo reaccionar rápidamente, el síndrome de lucha o escape. En conexión, aumentan la motilidad y las secreciones gastrointestinales y la temperatura corporal, y disminuye la salida urinaria a cambio del incremento en la sudoración. También se presenta un alza en la glucogénesis, aportando energía adicional a las células. Se encienden las glándulas endocrinas y aportan esteroides, aldosterona, insulina y andrógenos adicionales. El cuerpo está preparado para reaccionar.

En cuanto a los aspectos neuropsicológicos Cortés (2003), dice que se ha descrito un desorden cognoscitivo post-impacto. Se considera que en el plano biológico, en esta fase de choque, algo pasa con los neurotransmisores cerebrales. La estimulación sensorial fuera de serie para un organismo vivo es una experiencia que puede determinar un desorden neuroquímico cerebral (entendiendo de ésta manera la génesis de la alteración cognoscitiva que se presenta en los primeros días postimpacto. El impacto sensorial llega en milésimas de segundos a los lóbulos frontales (de la corteza cerebral), los que hacen una evaluación perceptual del mismo, modulando la respuesta a través del eje hipotalámico-hipofisiario y mediante el sistema autonómico a todo el cuerpo. El impacto sensorial de carácter catastrófico tiene unas implicaciones demasiado intensas. En ese momento (un incendio, un terremoto, un atraco o cualquier situación súbita o especialmente extraordinaria y crítica para nuestra supervivencia y bienestar), se recibe mucha información rápidamente y en breve lapso, y esa información suele desbordar el rango de lo habitual, y ser muy pesada (Cortés, 2003).

Es probable que los lóbulos frontales de la corteza cerebral simplemente se bloqueen (como de hecho les pasa a muchas personas durante la crisis), igual que un computador con muchas ventanas abiertas, que también puede bloquearse o correr sus programas más lentamente. Así se perderá temporalmente la capacidad de respuesta racional eficiente ante las crisis. Si las personas se quedaran así morirían en el impacto, porque se paralizarían y no responderían para ponerse a salvo. Pero hay un mecanismo de seguridad: cuando el eje hipotalámico-hipofisiario percibe que los

lóbulos frontales se bloquean, enciende el piloto automático para que responda (Sessions, 1991). El ya conocido sistema límbico, que como ya se conoce es llamado por algunos autores el cerebro primario, instintivo, animal, hasta reptil, que reúne todas las estructuras que participan en la modulación de la vida emocional y afectiva. Según Cortés (2003), la palabra límbico fue acuñada por Paul Broca a partir del término latino limbo, que significa límite, para hacer referencia a las estructuras que se localizan en el límite anatómico entre las que regulan la función estrictamente vegetativa, y las que, como la corteza cerebral, regulan las funciones mentales superiores (Cortés, 2003). El sistema límbico juega un importante rol en la orientación de las emociones que estimulan el comportamiento necesario para la supervivencia de las especies (Van der Kolk y Saporta, 1993), y en esa función controla también las respuestas inmediatas, autonómicas y no premeditadas ante las crisis, y las conductas aprendidas repetitivamente, así como la activación endocrina que desencadena el síndrome de escape o lucha. De éste forma parte en particular la amígdala, un núcleo nervioso del tamaño de un guisante localizado en el lóbulo temporal, un poco lateral al hipocampo. Parece ser la estructura del sistema límbico que participa en el mayor número de procesos biológicos (Cortés, 2003), y que es básicamente idéntica en todos los animales (lo que no deja de inquietar por la similitud de las respuestas de todos los animales, incluido el hombre, ante las amenazas extremas). En síntesis el sistema límbico asume entonces la mayor parte del control de la conducta del sujeto cuando la crisis bloqueó su capacidad racional de pensamiento. Por eso la mayoría de personas no entrenadas responden emocional o instintivamente ante las crisis: gritando, corriendo, peleando, llorando y en general con mayor carga emocional, instintiva, que racional (Cortés 2003). No en vano, según Cortés (2003), la Organización Mundial de la Salud, advierte que las reacciones emocionales intensas frente a las crisis son esperadas y normales.

El Papel Del Psicólogo En Las Crisis

Después de haber revisado lo que son las situaciones en las que se presentan crisis, como lo son las catástrofes y desastres, y ver las reacciones del ser humano frente a estas, es importante el entrar a revisar cual es el papel del psicólogo en este tipo de

situaciones, cuales son las funciones y las tareas que este puede hacer frente a eventos críticos y que requieren una atención de emergencia. Según Lorente (2005), El ámbito y los límites de la psicología de las emergencias se encuentra todavía en proceso de definición, y sus contornos resultan dibujados por las diferentes disciplinas, especialidades y subespecialidades que le son fronterizas. Indiscutiblemente, la definición de su espacio pasa por el trabajo científico, basado en la evidencia siempre que esto sea posible. Sin embargo, en el quehacer cotidiano sólo una elevada calidad en las intervenciones le permitirá desarrollarse y, por tanto, profundizar en la definición de sus límites (Lorente, 2005). Del mismo modo, una formación adecuada como la que se propone es un buen punto de partida para asegurar una intervención de calidad. Según Lorente (2003), se ha definido el objeto de estudio de la psicología de las emergencias como el campo psicológico que abarca el conjunto de la emergencia, delimitada entorno a unas circunstancias, un curso temporal y unos actores sujetos cada cual a unos roles muy determinados. Igualmente, Lorente (2002), ha definido en trabajos previos la finalidad de la psicología de las emergencias como la adaptación y aplicación del conocimiento psicológico existente a las situaciones y los servicios de emergencias. La interpretación de las definiciones antedichas proporciona un amplio espacio para el desarrollo y aplicación práctica de las premisas establecidas (Lorente, 2005). No se puede, sin embargo, pensar que dicho espacio pueda colmarse mediante una única institución ni desde un único servicio, ya que no solo incluye ámbitos muy diversos desde el punto de vista de la organización social, sino que también sus fronteras son tenues e imprecisas y se prestan, por tanto, a múltiples solapamientos funcionales. Se trata también de un campo abonado a todo tipo de intrusismos, adornados frecuentemente con la mejor de las voluntades (Lorente, 2005).

En cuanto al ámbito y los límites de la psicología de las emergencias y las intervenciones, Lorente (2005), menciona que a pesar de que se podrían encontrar otro tipo de clasificaciones, por ejemplo basadas en el tipo de víctima o el tipo de siniestro, parece más adecuado recurrir a los ámbitos ya existentes, delimitados por la

ley y contrastados por la realidad de las intervenciones, los cuales se describirán a continuación.

La primera clasificación habla de las emergencias sanitarias. Aunque no se conoce ningún centro que incorpore el servicio que se propone, existen aproximaciones prehospitalarias que en múltiples ocasiones acaban interviniendo en la línea que aquí se propone (Lorente, 2005). La asistencia se ubica en un espacio privilegiado, las salas de espera y los boxes de urgencias de los hospitales. Se dice que es privilegiado porque el grueso de las personas victimizadas de uno u otro modo acaba pasando por dicho lugar. Sus funciones deben consistir no solo la atención a las víctimas directas o indirectas, en plena fase aguda de la crisis, necesitadas de asistencia psicológica, sino también en el desarrollo y mantenimiento de Programas de Gestión del Estrés destinados al personal sanitario del departamento (Lorente, 2005). Del mismo modo que en el ámbito médico nadie discute que en las urgencias hospitalarias no se contemplen tratamientos a largo plazo, ello también debe ser válido cuando nos referimos al psicólogo que se propone. Su función no es en ningún modo clínica, ya que no trata psicopatologías: atiende personas en situación de incidente crítico a las cuales no se les presupone ningún trastorno. Este matiz es sumamente importante, mas si se considera la comprometida situación actual de la psicología clínica a partir de la promulgación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (Lorente, 2005). En esa misma línea cabe recordar que el espacio físico de intervención de un psicólogo emergencista no se encuentra tras una mesa, actuando a demanda. Comportarse de ese modo mata la esencia del propio concepto de emergencista, ya que éste debe ser capaz de moverse y actuar entre los bancos de la sala de espera, de pie en los pasillos o sentado junto a la camilla de un recién ingresado, todo lo cual no excluye que en determinadas ocasiones deba y pueda intervenir a demanda y que la necesidad de intimidad exija un espacio reservado y exclusivo para este tipo de intervenciones (Lorente, 2005). En este espacio sanitario puede ubicarse o no la intervención en incidentes críticos. Existen servicios de emergencias pre-hospitalarias que contemplan ese tipo de intervención que en ningún caso se debe confundir con las propuestas corporativistas desafortunadas de un psicólogo en cada ambulancia. Pero

en la mayor parte de demarcaciones se opta por otras formas organizativas, cuando de intervenir sobre el terreno propiamente dicho es decir, en el ámbito pre-hospitalario se trata (Lorente, 2005). Según el autor, este modelo sería adecuado en grandes concentraciones urbanas; por el contrario, no sería sostenible en zonas de mayor dispersión demográfica. Esto siempre desde una visión global comprensiva en la cual se contemplan los servicios públicos como un todo ya que, en definitiva, los financiadores y receptores de servicios son las mismas personas.

La segunda clasificación que se hace es la de las emergencias comunitarias y técnicas. Según Lorente (2005), en cuanto a estas, se define claramente que en el servicio de emergencias y seguridad civil (Bomberos) es el gestor institucional de las emergencias; dicho de otro modo: en el orden práctico, quien coordina los diferentes grupos implicados en una emergencia (de orden, sanitario, especialistas, voluntarios) son los bomberos. Si bien cada territorio cuenta con leyes propias sobre el particular, las funciones de estos no difieren substancialmente. Parece razonable pensar que deban disponer de especialistas en gran parte de las tareas que puedan convertirse en interlocutores cualificados de los grupos participantes, mas si estos últimos son voluntarios. Su marco de intervención ocupa, por una parte, los Programas de Gestión del Estrés destinados al propio personal, amparados en la Ley de Riesgos Laborales (Lorente, 2005).

Existe en algunas jefaturas una corriente extraordinariamente miope que remite estas necesidades a la asistencia por parte de mutuas patronales, alegando que los bomberos prefieren ser atendidos por un desconocido que por un servicio interno. Evidentemente, esto siempre dependerá de las características específicas de dicho servicio, pero donde se han forzado programas de ese tipo (frecuentemente de modo voluntarista y alternativo, por parte de los propios bomberos licenciados en psicología, y quizás debido a ello), la acogida por parte del personal ha resultado excelente, demostrándose así que el desconocimiento de la psicología y de la realidad de este colectivo por parte de algunos equipos de alta dirección raya lo injustificable (Lorente, 2005). La asistencia e intervención con víctimas debe quedar circunscrita a los casos en que se vea implicado el servicio, generalmente de larga duración,

rescates, búsquedas, intentos autolíticos, etc. Centrándose de modo frecuente más en los familiares de las víctimas que en las propias víctimas directas. Resultan excluidos los accidentes de tráfico, pues la breve duración de las intervenciones aconseja que la asistencia se produzca en las urgencias de los hospitales, a fin de permitir un adecuado triaje que evite la psicologización sistemática e innecesaria de las víctimas (Lorente, 2005).

Dos tareas adquieren una gran importancia para los bomberos psicólogos: una, la formación de los bomberos en tareas de primeros auxilios psicológicos y de gestión del propio estrés (Rotger D., 1999). Otra, referida a la interlocución y coordinación de los equipos psico-sociales y de psicólogos voluntarios en situaciones de emergencias desbordadas y catástrofes, así como el asesoramiento al mando en situaciones de crisis colectiva. Estas tareas componen lo que en la empresa privada se ha dado en llamar Psicólogo Consultor de Emergencias.

La siguiente clasificación es la que se refiere a las emergencias policiales. Según Lorente (2005), en un plano paralelo al anterior se encuentran las tareas de asistencia en crisis en temas que de un modo u otro tienen implicaciones legales. Sin embargo, el ámbito donde los psicólogos emergencistas policiales despliegan una mayor actividad es en los Programas de Gestión del Estrés dirigidos a los propios agentes, mas si se tiene en cuenta no solo la abundancia de estresores profesionales sino también la gravedad de las consecuencias que en una situación de crisis personal (por ejemplo, depresiva) representa el arma reglamentaria que acompaña a cada agente.

A parte de la clasificación anteriormente propuesta, existen unos ámbitos fronterizos, en los cuales Lorente (2005), empieza por mencionar a la psicología militar. Diciendo que aunque en la vida militar abundan los incidentes críticos, su campo de intervención es muy amplio y cuenta con unas características bien definidas que sobrepasan el ámbito de las emergencias, por lo cual se debe considerar que tiene especificidad propia. El segundo ámbito al cual hace referencia es el de las emergencias empresariales, las cuales según el autor, existen en diversas empresas que prestan desde formación hasta asistencia de incidente crítico e intervención en crisis a todo tipo de clientes. Muchas de estas asistencias pueden considerarse, según

las circunstancias superpuestas, comunes o alternativas a las de los servicios de emergencias anteriormente citados, evidentemente de modo perfectamente legítimo. Sin embargo, Según Lorente (2005), lo que marca realmente la especificidad de estas empresas es la ampliación del campo de intervención algo más allá de los límites concretos de la emergencia, en un campo más propio de la psicología de las organizaciones. Fuera ya de la zona fronteriza se sitúan las crisis de adaptación a los cambios organizativos tan en boga en el mundo empresarial, así como los temas de salud laboral ante incidentes críticos, todo ello dirigido hacia los empleados, generalmente pertenecientes a grandes corporaciones, que tienen contratados sus servicios.

El siguiente ámbito que menciona Lorente (2005), es el de las emergencias jurídicas. En el ámbito jurídico existe una tradición consolidada de asistencia a las víctimas del delito. En algunas ciudades, esta función está asignada al Servicio de atención a las víctimas (SATAV), a quien corresponde la evaluación y peritaje psicológico de las víctimas y que practica la intervención en crisis si la situación así lo requiere.

Un último ámbito al cual Lorente (2005) hace referencia es en el que existen profesiones cuyas competencias en ocasiones rozan e incluso invaden el espacio de la asistencia psicológica. Tal es el caso de las profesiones sanitarias, trabajadores sociales e incluso clérigos de diferentes confesiones religiosas. Es importante que unos y otros conozcan muy claramente sus propios límites y que cada uno opere en el espacio donde más eficaz resulte su trabajo. Por este motivo, a ser posible aparece como necesario un conocimiento previo entre estos profesionales, que se ha revelado más eficaz que una protocolización excesiva.

Debido a las capacidades que requiere un profesional para intervenir en momentos de crisis, Existe la necesidad de garantizar la calidad de la intervención. Según Gir Lorente (2005), Cuando se desvela una nueva área de intervención, aparecen de modo perfectamente legítimo múltiples expectativas. En ocasiones, éstas no están dimensionadas al potencial real del campo emergente. De modo frecuente también, la falta de estándares y la ausencia de modelos que permitan efectuar comparación

propicia la aparición de aventureros de la psicología o intrusos profesionales de todo tipo. Se refiere a personas que, sin la necesaria formación (sean o no licenciados en psicología), aparecen en las emergencias. La mayor parte de las ocasiones se trata de personas de buena voluntad y con ganas de colaborar; en otras, una falta total de escrúpulos o la confianza en poco más que su intuición y una gracia especial para asistir a las indefensas víctimas (Lorente, 2005). Los Colegios de Psicólogos de las diferentes comunidades deben convertirse en garantes de la profesionalidad en las intervenciones, asegurando mediante acuerdos con las instituciones una formación y selección adecuadas, siendo ésta la condición indispensable para permitir la intervención en emergencias de cualquier tipo. Con tal finalidad sería deseable la existencia de algún tipo de documentación acreditativa, de acceso estricto, que garantizase como mínimo una formación adecuada y la superación de unas pruebas teórico-prácticas.

Para garantizar que exista una buena calidad en la intervención, es necesario que la formación del psicólogo sea excelente y bien fundamentada. Deben existir unos estándares formativos que homogenicen las bases y los métodos de trabajo, a fin de permitir que equipos de diferentes zonas puedan trabajar juntos de modo eficaz. Por descontado, las áreas de conocimiento y las especificidades que a continuación se exponen son unos mínimos que no deben reducir los programas de formación, los cuales se verán desbordados frecuentemente por la realidad dinámica de los acontecimientos.

En cuanto a la introducción teórica, Lorente (2005), resalta que los métodos de la asistencia psico-social de urgencia están científicamente fundados y se orientan en las concepciones de los primeros auxilios psicológicos, la intervención en crisis, la psico-educación y la psicología de urgencia. Se impone, pues, una amplia introducción referida a los fundamentos teóricos, la historia y evolución de éstos, así como los desarrollos multimodales actuales. A pesar de que hoy por hoy existen muchas lagunas de conocimiento en el tema que los ocupa, debe darse absoluta prioridad a los desarrollos basados en la evidencia. Dicha introducción no excluye que al entrar en los temas concretos se recapacite de nuevo y se profundice sobre la introducción

expuesta. En cuanto al marco legal, el trabajo de un psicólogo de emergencias le hace entrar en contacto frecuentemente con víctimas de delitos (agresiones, maltratos, violaciones, abusos). Por tal motivo, le interesa conocer el marco legal en el que se mueve y aspectos propios de la psicología forense destinados a no interferir en el proceso legal (Lorente, 2005). Lo mismo ocurre con las catástrofes: su marco legal es diferente del cotidiano (ley de protección civil), o en el extranjero (estatus legal del cooperante). En lo que se refiere al marco operativo, el psicólogo de emergencias siempre depende de una u otra institución y debe conocer el funcionamiento y la organización del marco operativo de las emergencias en su comunidad, así como dónde se ubica su actividad y el papel que le corresponde en el conjunto (Lorente, 2005). En el marco colateral, del mismo modo, debe conocer el marco colateral a su intervención; es decir, aquellos servicios como la red de salud mental o los servicios de bienestar social con los que frecuentemente entrará en contacto o a los que derivará a sus asistidos. Conocimientos propios de la psicología social y de la antropología, como son la conceptualización y la construcción social de la catástrofe, le permitirán situarse cognitivamente en las complejidades a menudo abrumadoras para el neófito del mundo de la emergencia (Lorente, 2005).

En cuanto a los aspectos sanitarios, como todo trabajador del mundo de las emergencias, el psicólogo emergencista debe tener un buen nivel en lo que a primeros auxilios sanitarios se refiere. Puede pensarse en un nivel de conocimiento equivalente al de un técnico de transporte sanitario. En su caso, se debe poner especial interés en el diagnóstico diferencial entre los correlatos neurovegetativos de estados psicológicos y sintomatologías similares, correlato a su vez de disfunciones o lesiones físicas. También reviste gran importancia conocer los efectos psicoactivos de los fármacos más frecuentes en urgencias y prehospitalaria (Lorente, 2005). En cuanto a la intervención en crisis y a medio plazo, existen situaciones que por su elevada frecuencia y tipicidad permiten afinar el enfoque genérico al máximo y, por tanto, una formación específica. Tal sería el caso de las llamadas telefónicas con demandas a centrales de emergencias, o de personas con alteraciones del comportamiento o crisis depresivas. También los intentos autolíticos, las crisis histriónicas, los casos de

agitación psico-motriz, abuso de sustancias, comunicación de malas noticias y asistencia a personas víctimas de violencia o abusos. Igualmente, en cuanto a las técnicas de intervención, tanto las genéricas propias de la intervención en crisis, multimodales y eclécticas, como las más específicas dirigidas a la intervención con colectivos y situaciones concretas. Existen técnicas emergentes de gran eficacia, como es el caso del EMDR; otras más conocidas, como la hipnosis, y unas terceras inespecíficas como, por ejemplo, el masaje terapéutico. Todas ellas proporcionan recursos adicionales de los que se agradece disponer ante situaciones complejas. (Lorente, 2005). Así mismo deben tener conocimientos en Psicopatología. Existen patologías orgánicas que aparecen de modo frecuente en las intervenciones de emergencias, como son los síndromes orgánicos cerebrales, o patologías orgánicas asociadas frecuentemente a urgencias psicológicas (HIV). En la misma línea, todos los estados y trastornos en el arco que va de la ansiedad a la depresión. Es decir, la ansiedad, el estrés, las fobias el burn-out, las diferentes formas del estrés postraumático, la fatiga de compasión, las depresiones reactivas y las depresiones endógenas. No es exigible un nivel clínico ya que no es ésta la función del emergencista, puesto que en principio las víctimas no padecen ningún trastorno, pero sí un conocimiento general que no debe limitarse a la repetición compulsiva de los diagnósticos DSM.

En cuanto a los aspectos operativos Lorente (2005), menciona que si bien cada profesional tiene en este campo su propia forma de hacer, desarrollada progresivamente en base a su bagaje experiencial, es deseable el conocimiento de varios modelos de intervención y protocolos específicos comunes a los psicólogos operantes en una misma zona geográfica. Si se trata de un grupo que trabaje de modo altruista o voluntario, puede tener relevancia dispensar formación de tipo organizativo. Del mismo modo, si se trata de personas ajenas al mundo de la emergencia, debería ser materia prácticamente obligada la seguridad en la intervención, ya que moverse en la zona de operaciones de una catástrofe tiene muchos más riesgos de los que la gente profesionalmente ajena pueda imaginar. En zonas turísticas, fronterizas o de paso para contingentes extranjeros, puede llegar a ser

indispensable para el psicólogo emergencista conocer idiomas o, como mínimo, ser competente en la formación de traductores para intervención en crisis, ya que es de sobras conocida la fragilidad de las poblaciones turísticas e inmigradas (Lorente, 2002). En cuanto a la intervención social, En otros trabajos se ha referido a la dificultad de encuadre o, mejor dicho, a la pluralidad de encuadres en los que se puede instalar la psicología de las emergencias. Es en este sentido se puede aplicar conocimientos propios de la psicología social, especialmente los referidos a la intervención con colectivos más o menos amplios desde una perspectiva psico-social a corto, medio y largo plazo. En la misma línea, tendrán gran importancia los conocimientos relativos a psicología ambiental aplicados a la organización de los escenarios de acogida e intervención (Lorente, 2005). Algo importante es la atención al personal operativo, que hasta hace pocos años era ésta la cenicienta de la intervención. En la actualidad va tomando progresivo auge. A modo de entender, debe plantearse entorno a los siguientes temas: Prevención y formación. Programas de gestión del estrés. Intervención postraumática y Burn-out (Lorente, 2005). Ligado a esta se encuentra la última que es la comunicación con la población. A pesar de que no es frecuente que los representantes de las instituciones o de los medios pidan en una situación de emergencia asesoramiento a los psicólogos sobre cómo debe transmitirse tal o cual información, es importante que los psicólogos emergencistas tengan conocimientos de comunicación grupal y de cómo transmitir mensajes de forma eficaz en situaciones de crisis.

Por otro lado, con respecto a la formación de los voluntarios que manejen situaciones de emergencia, Duch, Fortuño y Lacambra (1997) plantean incluir un módulo de psicología en los cursos de emergencias con el objetivo de dotar a este colectivo de “recursos y técnicas para afrontar situaciones estresantes y detectar posibles síntomas que puedan llevar a una actuación ineficaz o desencadenar una patología” (p. 32). Estos autores proponen un programa formativo complementario a la formación sanitaria, estratégica, o de otro tipo, que habitualmente ya tienen los voluntarios. Concretamente, plantean la necesidad de una formación común a todas las personas que intervienen en este tipo de situaciones (Protección civil, bomberos,

Cruz Roja, etc.), dirigida a lograr dos objetivos básicos, actuar con más seguridad y eficacia y prevenir la aparición de consecuencias psicológicas negativas para el interviniente: Adquirir habilidades sociales básicas de comunicación; Adquirir estrategias para una intervención efectiva con las víctimas y familiares; conocer e identificar las diferentes manifestaciones del estrés; Adquirir técnicas que permitan identificar en el interviniente los síntomas del estrés.

En la misma línea, Perez (2001) propone una formación mínima de los voluntarios en habilidades para la relación de ayuda y apoyo, escucha y orientación de la persona afectada, de acuerdo con las siguientes pautas de actuación: Presencia y acompañamiento a afectados directos y familiares; transmitir al afectado la disponibilidad a ayudarlo; posibilitar el relato de acontecimientos, pensamientos y sentimientos; proporcionar un lugar tranquilo y seguro; escucha activa; ayudar a normalizar determinadas reacciones; facilitar información útil; identificar necesidades; orientación ante la confusión y el aturdimiento. Un formato más breve es el propuesto por Lorente (2002) para el entrenamiento urgente de intérpretes que se ven implicados en una situación de emergencia. Esta no es una situación infrecuente teniendo en cuenta que turistas e inmigrantes “debido a su desconocimiento del entorno geográfico y social, resultan fácilmente víctimas de todo tipo de emergencias. Además, su grado de indefensión y desamparo es elevado, dado que sus redes de apoyo social se encuentran en el país de procedencia” (p. 4). En esta situación la utilización de intérpretes a veces es imprescindible y se hace necesaria una formación urgente de este colectivo. Lorente (2002), propone un programa breve (30 a 60 minutos) que incluye los siguientes puntos: primero, introducción, se explican los motivos del entrenamiento; segundo clarificación de su rol y de qué se espera de ellos, el tipo de traducción que se espera, cuál tiene que ser su actitud, el tipo de comunicación con las víctimas; tercero, objetivos del psicólogo, se explica al intérprete la tarea de apoyo psicológico; cuarto, reacciones. La ansiedad, se trata de exponer de manera breve y didáctica qué tipo de síntomas probablemente experimentarán y la forma de gestionarlos; quinto, estrategias de afrontamiento, focalización en la tarea; sexto, respiración abdominal, séptimo, autoinstrucciones;

octavo, visualización (sobre todo flash de imágenes evocadoras de relax o agradables) noveno, debriefing, se informa al intérprete de la necesidad de un proceso de desactivación cuando se acabe la intervención (Lorente, 2002).

Lorente y cols (2005) plantean la siguiente pregunta. ¿Cuáles son las circunstancias en las que un licenciado en psicología puede encontrarse enfrentado a la necesidad de utilizar conocimientos específicos de primeros auxilios psicológicos? Expresado de forma breve, se podría decir que siempre que se encuentre frente de una persona victimizada o implicada, de una u otra manera, en un incidente crítico. Es preciso diferenciar los conceptos de crisis personal e incidente crítico; así, una crisis es una respuesta disruptiva de la homeostasis psicológica del individuo, en la que fallan los mecanismos de afrontamiento habituales tendentes a restaurar el equilibrio. Esto va acompañado de una serie de consecuencias conductuales, emocionales, cognitivas y somáticas para la persona. En cambio, el concepto de incidente crítico es el de un acontecimiento estresor que puede, o no, provocar una respuesta de crisis en algunos individuos (Flanery y Everly, 2000). Obsérvese la diferencia, puesto que intervenir sobre la situación de incidente crítico implica una acción eminentemente preventiva no dirigida exclusivamente a los traumatizados, lo cual tiene múltiples consecuencias en la intervención. En este contexto se pone de manifiesto que el psicólogo interviniente necesita: primero, una idea clara del estado psicológico de la víctima. Segundo, saber como abordar la situación. Tercero, conocer las técnicas propiamente dichas de primeros auxilios. Cuarto, conocer las características particulares de situaciones concretas o casos especiales. Quinto, saber gestionar el propio estrés. Sexto, precisa también conocimientos propios de la psicología social relacionados con. Séptimo, conocimientos éticos y legales.

Este programa refleja lo que, en términos generales, ya se está haciendo en la formación de los para profesionales del mundo de las emergencias (bomberos, policías y sanitarios) en Cataluña, y responde a una intervención de tipo secundario (Lorente, Subirà y Vacas, 1998). Es decir, hay una intervención primaria dirigida al salvamento físico de la víctima este es el objetivo central del interviniente y, sólo de forma paralela y en segundo término, este se plantea proteger el equilibrio

psicológico de la víctima. Se piensa que a un titulado de grado en psicología se le podría pedir un nivel más de intervención, dado que su tarea puede superar los primeros auxilios, entrando en un campo más propio de la intervención en crisis, que tiene como objetivos (Flannery y Everly, 2000): Evaluación psicológica del estado de la víctima y de la respuesta de la víctima ante el incidente. El estudiante tendría que conocer, entre otros, cómo utilizar el Protocolo de Evaluación Inicial de Víctimas Directas (Lorente, 2003). La estabilización, es decir, parar la escalada del distrés. Mitigar los síntomas y signos agudos del distrés. Restaurar el funcionamiento adaptativo independiente y, si esto no es posible, facilitar el acceso a otro nivel de asistencia. Dicho de otro modo, la intervención en crisis estaría centrada en apoyar, potenciar y asesorar a la víctima en sus esfuerzos de adecuación psicológica y afrontamiento de las nuevas situaciones y demandas que van surgiendo a raíz de los cambios producidos por el

De gran interés en este contexto es el concepto de resiliencia, entendida ésta como la capacidad del individuo para afrontar y remontar las situaciones potencialmente traumáticas (Inbar, 2001). Una parte importante de los conocimientos necesarios ya los recibe el estudiante de psicología a lo largo de su currículum académico, como por ejemplo el estudio del estrés y sus mecanismos, el duelo o la relajación, lo cual no excluye un breve repaso de estos temas enmarcándolos en el nuevo programa de aprendizaje específico de las emergencias. Otros conocimientos precisarán ser incluidos en la programación, como por ejemplo los diferentes enfoques de la intervención en crisis, centrados en la fase aguda de la misma y que den una breve aproximación teórica al tema (Lorente y cols, 2005).

Estrategias y Métodos Utilizados En La Intervención En Crisis

Por ultimo es fundamental el revisar los diferentes tipos de intervención que se utilizan y han sido utilizados en la intervención en crisis, primero se revisaran algunos protocolos o programas que se han empleado en situaciones de crisis y luego se tratara el diebrifing como estrategia, los aportes y las dificultades en la intervención.

El primer programa que se revisara será el utilizado tras los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid. Uno de los dispositivos de intervención en crisis más numeroso, desarrollado tras los atentados, fue el formado por el colectivo de psicólogos. Éstos, profesionales y voluntarios, fueron convocados por diferentes entidades, a saber: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Instituto Madrileño de Salud, Ayuntamiento de Madrid, SAMUR-Protección Civil, Cruz Roja, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, ONGs y Asociaciones, entre otras. A continuación se pretende mostrar el trabajo desarrollado durante el mes siguiente a los atentados del 11 de marzo por el SUMMA 112 de Madrid, desde el punto de vista de la atención psicológica en una situación crítica sin precedentes en la comunidad, descrito por Hilliers y Rey (2005). El Servicio de Emergencias Médicas de Madrid (SUMMA 112) se concibió como un centro coordinador de otras centrales de los sectores sanitario, policial y de bomberos, entre otras. El sistema de emergencias en la Comunidad de Madrid posee una doble vía de entrada; es decir, la recepción de alertas puede producirse tanto desde una central sanitaria (teléfono 061) como desde una central integrada (como el 112). Si la emergencia requiere de la intervención de profesionales sanitarios, se necesita la organización de un Centro de Coordinación de Urgencias (CCU) sanitario al que el usuario accede vía telefónica para solicitar atención. Los CCU están capacitados para coordinar tanto situaciones ordinarias de demanda sanitaria como demandas extraordinarias: como accidentes con múltiples víctimas, catástrofes, servicios preventivos para situaciones de riesgo, entre otras situaciones críticas. En situaciones ordinarias, la respuesta del CCU se realiza, bien por vía de consulta telefónica, información o derivación del paciente por sus propios medios, o bien se movilizan recursos: emergencias que consiste en la asistencia inmediata y visita domiciliaria. La asignación de respuestas puede ser automática, ejecutada por el operador telefónico, o no automática, en cuyo caso la realiza el médico coordinador a partir de las llamadas que el operador le traspasa, tomando las decisiones pertinentes (Hillers y Rey, 2005). Este sería igualmente el protocolo de actuación a seguir por parte de los psicólogos, que se describirá más adelante.

En caso de producirse una demanda sanitaria extraordinaria, como ha ocurrido en los atentados de Madrid que aquí se expone, se pone a prueba el dispositivo, reforzándolo para la atención de un mayor número de llamadas. Los atentados del 11-M constituyeron, desde el punto de vista de la Psicología, una situación crítica, entendida como “un campo de actuación en un área de conflicto, que requiere una intervención inmediata por parte de un equipo especializado, y en el que las estrategias psico-sociales de adaptación del sujeto o del grupo a la normalidad están desbordadas, bloqueadas, desviadas, por un elemento precipitante” (de Miguel Lillo y Muñoz Prieto, 1998, p. 178). Del mismo modo, y siguiendo a los mismos autores, se considera como intervención crítica “el procedimiento de evaluación y actuación, desarrollado por los profesionales en salud mental de atención a la emergencia, que surge ante una demanda de atención no demorable y puntual en el tiempo, y que cumple los requisitos de situación crítica” (de Miguel Lillo y Muñoz Prieto, 1978). Es necesario añadir, que se trata de una intervención inmediata, dirigida a paliar y prevenir los efectos no deseados que produce una situación crítica, y próxima a los afectados

La primera semana inmediatamente posterior a los atentados se realizó una labor principalmente de contención, con las características de las intervenciones en crisis. Tras el impacto inicial se requirió una atención inmediata y eficaz, de manera que el día 11 de marzo por la noche, el Dispositivo Especial de Atención Psicológica en el SUMMA 112 se encontraba ya operativo, gracias al esfuerzo desinteresado de psicólogos profesionales voluntarios. Desde ese momento, más de 150 psicólogos con experiencia en el ámbito clínico, psicopatológico y de intervención en crisis, coordinados por expertos en Psicología de Urgencias y Emergencias del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, atendieron las 24 horas del día las numerosas llamadas referidas a los atentados recibidas en el Centro Coordinador de Urgencias del SUMMA, tanto desde el teléfono de emergencia 112, como desde el 061. Para ello se establecieron tres turnos (mañana, tarde y noche), formados por al menos 6 psicólogos cada uno (Hillers y Rey, 2005). El trabajo voluntario de profesionales finalizó cuando la Consejería de Sanidad y Consumo de Comunidad de Madrid puso

en marcha el Plan de Atención de Salud Mental para los Damnificados por el Atentado del 11-M, reforzando los servicios sanitarios con la contratación de 35 psiquiatras y 17 psicólogos. Uno de los primeros dispositivos en beneficiarse de esta medida fue el SUMMA 112, con la incorporación de dos psicólogas clínicas, que cubrían el turno de mañana, con horario de 8:00 a 15:00 horas. Asimismo, con el fin de prestar atención las 24 horas del día, el dispositivo contó además con la presencia conjunta en cada uno de los turnos de un psicólogo clínico y un psiquiatra, siendo ambos profesionales de la red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Se establecieron turnos de guardia de 17 horas (de 15:00 a 8:00 horas), así como turnos de 24 horas los fines de semana. El objetivo de la creación del Dispositivo Especial de Atención Psicológica del SUMMA 112 es la intervención con los afectados por los atentados, además de constituirse como nexo de unión con los dispositivos ordinarios de salud mental de la Comunidad de Madrid. En este dispositivo se han realizado dos tipos de intervenciones: la atención telefónica de urgencias psicológicas relacionadas con la situación crítica, y las intervenciones en el domicilio. Los contenidos de las llamadas atendidas eran principalmente motivadas por la aparición por parte de víctimas y familiares de reacciones esperables ante una situación crítica, como tristeza, llanto, alteraciones de funciones básicas (sueño, apetito), anestesia emocional, etc. En algunos casos la sintomatología era compatible con el Trastorno por Estrés Agudo, en otros con un proceso normal de duelo (Hillers y Rey, 2005).

Las funciones a realizar por parte de los psicólogos voluntarios en estos casos fueron la evaluación inicial del paciente, la valoración del pronóstico o evolución, así como la contención inicial y el manejo psicológico. Asimismo se informó a los pacientes de los dispositivos de la red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, a los que podían acceder tanto en casos de crisis, como aquellos susceptibles además de tratamiento psicológico continuado. El número de llamadas recibidas durante las dos primeras semanas tras los atentados fue de 13.540, con duración variable en función, entre otros factores, de la sintomatología presentada y de la afectación personal por parte de cada paciente. Por otra parte, la atención psicológica en crisis en domicilio vino motivada por otro tipo de demandas. Se habilitó el desplazamiento de psicólogos

al domicilio del paciente en vehículos del 061, acompañados por conductor y personal de enfermería en los casos en que la sintomatología lo requería, el paciente se encontraba especialmente alterado o confuso, o a la hora de comunicar el fallecimiento de víctimas en los atentados a sus familiares. Una vez allí se evaluaba el estado del paciente, se intervenía psicológicamente en crisis y, en caso necesario, se realizaba contención farmacológica, siempre bajo prescripción de facultativos del SUMMA 112 contactados telefónicamente. La intervención domiciliaria se produjo principalmente los días inmediatamente posteriores al atentado (183 salidas realizadas), momento de especial incidencia de crisis de angustia y ataques de pánico (Hillers y Rey, 2005)

Cada paciente que contacta con el Dispositivo de atención psicológica del SUMMA 112, es valorado inicialmente en función de los síntomas que presenta. Para cada paciente se cumple un protocolo realizado por el Servicio Regional de Salud Mental, donde se reflejan los datos de filiación y los relativos al estado psicológico y el pronóstico probable. El objetivo, aparte del meramente administrativo y de control, es el de realizar un seguimiento de aquellos casos derivados a los dispositivos de Salud Mental, principalmente para confirmar la consecución, por parte de los pacientes, de una primera cita en un plazo temporal adecuado y, en caso contrario, agilizar y resolver por parte del SUMMA 112 cualquier incidencia, contactando con el coordinador del centro en cuestión (Hillers y Rey, 2005). Posiblemente hasta el 11 de marzo de 2004 se ha dado poca relevancia y escasa difusión a la atención psicológica a víctimas y allegados por situaciones críticas o desastres. Ha habido antecedentes en los que, a pesar de la novedad y la falta de coordinación de las acciones, la intervención de los psicólogos fue valorada positivamente por las personas afectadas y por los medios de comunicación.

El Dispositivo Especial de Atención Psicológica del SUMMA 112 ha tenido en cuenta los cinco componentes de los primeros auxilios psicológicos que mencionamos anteriormente que fueron enunciados por Slaikeu (1984): primero, realizar el contacto psicológico. En este caso se produce, en un primer momento, por vía telefónica. Se trata de invitar al paciente a hablar y expresar sus emociones

respecto a la situación crítica, mostrar empatía y comunicar interés, incluso, en los casos que sea posible, contactar físicamente. Todo ello sirve para que la persona se sienta escuchada, comprendida y apoyada, así como reducir el malestar de encontrarse solo y legitimar sus sentimientos, por lo general contradictorios y ambivalentes. Segundo, examinar las dimensiones del problema. Se intenta examinar tanto pasado, presente y futuro inmediato de la persona, como discriminar aquellos problemas que deben tratarse de inmediato de aquellos que se pueden posponer. Para el SUMMA, consistió principalmente en valorar el estado psicológico y riesgo autolítico en el momento de la petición de ayuda. Tercero, analizar posibles soluciones. Se explora las medidas tomadas hasta el momento, se ayuda al paciente en la producción de alternativas, sus ventajas e inconvenientes, e identificar las soluciones a necesidades inmediatas y posteriores. Cuarto, asistir en la ejecución de la acción concreta. Consiste fundamentalmente en acompañar a la persona a tomar alguna acción concreta para enfrentar la crisis.

La actitud del interviniente será facilitadora o directiva, en función del riesgo para el paciente. Y quinto, realizar seguimiento. Concretar actividades para planificar el seguimiento del paciente. En el SUMMA 112, el seguimiento se ha realizado tanto por parte del equipo de psicólogos como por parte de los dispositivos de salud mental. Teniendo en cuenta los principios de primeros auxilios psicológicos, ya comentados, la labor de los profesionales que han realizado la atención en el SUMMA 112 ha incluido según Hilers y Rey (2005), hasta el momento las siguientes funciones: uno, establecer un espacio de escucha comprensiva, relación de empatía y apoyo hacia la persona afectada. Dos, ayudar en la identificación de las reacciones esperables y cómo afrontarlas. Describir las consecuencias físicas, emocionales y cognitivas que se pueden presentar tras una experiencia traumática. En definitiva, normalizar situaciones percibidas como incontrolables o anómalas. Tres, detectar aquellos casos de pronóstico desfavorable que puedan necesitar atención especializada a medio o largo plazo. Para ello se informa de los dispositivos especiales de Salud Mental habilitados al efecto en toda la Comunidad de Madrid y se deriva a cada paciente en función de su zona de residencia para favorecer la atención más cercana a su

domicilio y en el plazo más breve posible. Cuatro, realizar atención psicológica en procesos de duelo, tanto para duelos complicados como no complicados. Facilitar la elaboración de la pérdida, mediante la expresión de emociones y pensamientos contradictorios asociados al ser querido, afrontamiento de la nueva situación vital y posibilitar el restablecimiento de la normalidad lo antes posible. Quinto, realizar intervenciones en crisis propiamente dichas, tanto vía telefónica como domiciliaria, utilizando técnicas psicológicas apropiadas para cada paciente y situación. Sexto, dotar a familiares y amigos de pautas de relación y conductas adecuadas para la interacción con las víctimas o personas afectadas. Séptimo, instruir a los padres y personal que trabaja con niños en las conductas que deben observar y favorecer en ellos, con el fin de que puedan expresar sus emociones y pensamientos respecto al atentado, y derivarles a un servicio de atención especializada en caso necesario. Asimismo, asesorar a los adultos en cómo tranquilizar y proporcionar a los niños seguridad para retomar su rutina vital lo antes posible. Octavo, detectar, tras una evaluación inicial, casos críticos que requieran derivación a dispositivos de urgencia, tanto por movilización de recursos de la red sanitaria, como por cuenta del propio paciente. Noveno, intervención psicológica para los intervinientes o rescatadores. Se incluye tanto a profesionales miembros de los equipos de rescate (bomberos, protección civil), personal sanitario y cuerpos de seguridad del estado (policía nacional y municipal, guardia civil), como a personal voluntario. Décimo, informar y asesorar sobre la obtención de los certificados de atención psicológica necesarios para la regularización y nacionalización de los extranjeros víctimas de los atentados del 11-M (Hillers y Rey, 2005)

Tras el desbordamiento inicial, el número de llamadas en el dispositivo de atención psicológica comienza a decaer transcurridas unas tres semanas de los atentados, si bien la demanda no cesa. Las nuevas llamadas recogen principalmente casos de aparición tardía de reacciones esperables. Otras consultas son realizadas por pacientes y allegados, cuyos síntomas aparecieron en los primeros momentos si bien no habían solicitado aún ayuda psicológica (Hillers y Rey, 2005). Otra situación frecuente es la de personas de otras nacionalidades que, encontrándose en alguno de

los dos casos anteriores, no habían solicitado atención por temor a las autoridades, dada su situación irregular. Por último, hay personas que consultan sobre cómo afrontar la ausencia de reacciones esperables aún estando implicados en los atentados, lo cual les provoca cierta incertidumbre. En caso de que los síntomas hayan estado presentes más de un mes tras la situación crítica, y siempre que éstos interfirieran de modo significativo en las actividades cotidianas del individuo, el cuadro pasaría a denominarse Trastorno por Estrés Postraumático.

El Dispositivo de atención psicológica del SUMMA 112 ha planificado, asimismo, la realización de un seguimiento a medio y a largo plazo de los casos atendidos. Con este fin se diseñó un protocolo para la recogida de información de cada paciente, que incluye los datos de filiación, datos relativos a los atentados, antecedentes personales y la atención psicológica o psiquiátrica recibida, entre otras informaciones: el protocolo, que incluye tanto información cuantitativa como cualitativa, permite observar la evolución de los síntomas a lo largo del tiempo. Asimismo, se exploran aspectos como la calidad y frecuencia del tratamiento psicológico o psiquiátrico recibido, el apoyo socio-familiar o posibles variaciones en su estilo de vida, entre otros. La intención de esto según Hillers y Rey (2005), es realizar nuevos seguimientos transcurridos 6 y 12 meses de los atentados. El objetivo de la fase de seguimiento posee una doble vertiente: por una parte, detectar la presencia de los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (TETP) entre la población, así como observar la relevancia de éstos. Del mismo modo, el seguimiento permitiría detectar y prevenir la aparición de posibles secuelas psicológicas a largo plazo. Por otra parte, el seguimiento tiene como segundo objetivo favorecer el acceso de los pacientes a los dispositivos de la red de salud mental, reforzados con profesionales (psicólogos y psiquiatras) con motivo de los atentados. Asimismo, se trataría de detectar posibles incidencias que se hayan podido producir respecto a la atención psicológica o psiquiátrica recibida. No obstante, se cree necesario destacar que esta labor de seguimiento se compatibiliza con la intervención psicológica en crisis propiamente dicha, tanto de los pacientes directamente afectados como de sus allegados que demandan atención por vez primera (Hillers y Rey, 2005).

El siguiente modelo de intervención es propuesto por Rolle (2004). Según el, el personal de emergencias, acostumbrado a desarrollar su tarea bajo situaciones de estrés y presión, presenta una respuesta adaptativa que le permite, generalmente, resolver con éxito la situación. Durante el trabajo se produce una anestesia emocional y una focalización de la atención que facilita la tarea, así como un aumento de la fuerza física y una disminución de la sensibilidad al dolor, que hace, por ejemplo, que no se percaten de un daño sufrido durante el rescate (Rolle, 2004). En ocasiones, esa tarea estresante tiene unas características que la convierten en excepcionalmente estresante, es lo que se ha denominado incidente crítico estresante (CIS), el 11-M supuso un CIS de primer orden para el personal de emergencias: contacto con heridas, que algunos han denominado heridas de guerra, un gran número de víctimas en cada foco, supuso para los primeros equipos en llegar, una tarea angustiante. El número de cadáveres y personas agonizando, el silencio de la muerte sólo roto por el martillar de los teléfonos móviles de las víctimas, seguramente llamadas de familiares angustiados, el acompañamiento de las familias en su dolor extremo, todo ello hace del 11-M un estresor de primera magnitud pues golpea las resistencias de cualquier ser humano (Rolle, 2004). Los CIS producen, en la mayoría de los casos síntomas de estrés agudo, y le exigen al interviniente un esfuerzo de contención muy importante, emoción contenida que habrá que expresar después.

Desde el servicio de SAMUR-PC, se organizó una atención psicológica temprana, que forma parte de un programa más amplio de apoyo al interviniente. Una vez los equipos iban regresando a la base central, se les daba una atención psicológica inmediata, en una clima informal se animaba para hablar de lo que había vivido. En otra sala, se pedía a otro grupo que escribieran cómo se sentían. La emoción se sentía en el ambiente, sólo con mirar a los compañeros a los ojos sabías de su dolor y la necesidad de sustituir la palabra por el abrazo se generalizaba. Enseguida muchos se empezaron a marchar a casa, querían estar con los suyos, abrazarlos, saber que estaban bien, que el horror que habían visto y por el cual estaban afectados, no alcanzaba a los que más querían. En la base permanecían en espera de ser activados otros tantos. Con posterioridad y después de 48 horas se empezó con los grupos de

debriefing. Se contactaron telefónicamente con todos los compañeros (enfermeros, técnicos, médicos, directivos, bomberos) para formar los grupos que constaban entre 8-12 personas, que de manera voluntaria querían asistir. A los grupos acudieron un total de 152 personas (Rolle, 2004). El debriefing es una técnica grupal realizada en torno a un incidente crítico y basada en principios de la intervención en crisis, con el objetivo de mitigar el impacto psicológico negativo y asistir al personal en la recuperación del estrés asociado.

El modelo que se ha utilizado es una variante del americano, y ha sido creado por el Instituto Suizo de Psicotrauma (Rolle, 2004). Las etapas por las que va transcurriendo la técnica son las siguientes: Primero, presentación de los objetivos y normas de la sesión: evitar la cronificación de los síntomas y acelerar los procesos espontáneos de recuperación, también se llenaba un cuestionario sobre síntomas de estrés agudo. Segundo, fase de hechos: había que empezar a narrar los recuerdos. En esta fase es importante evitar la retraumatización y utilizar contención si la emoción que aparece es muy desbordante. Hay que tomar conciencia de los hechos. La memoria traumática de un suceso que ha impactado emocionalmente es nítida en la imagen central, memoria flash, sin embargo, se pierde, está fragmentada en la sucesión de los hechos. Esta falta de secuencia impide integrar el suceso como parte de la historia personal. Tercero, fase de pensamientos. Cuarto, ser consciente de las emociones asociadas. Quinto, se colocaba la historia, cada participante sabía lo que hizo, lo que sintió y el porqué. Ahora se podía empezar a centrar la vida hacia el futuro y sobre todo en el presente. Se normalizaban los síntomas y se daban pautas de higiene en salud mental: registro de tareas habituales, parada de pensamiento, hablar del suceso sólo cuando lo necesitemos, volver a ir a los focos utilizando previamente técnicas de visualización, relajación y respiración, hacer deporte, relacionarse con amigos etc. Sexto, elegir un gesto a modo de despedida, que represente que se va a seguir delante de manera decidida y que para ello se va a ser activo. Séptimo, conclusión: reconocimiento de que se comparten sucesos fuera de lo normal y que se tienen recursos para enfrentarse a ellos, siendo el propio grupo un recurso. Los grupos han supuesto una experiencia de crecimiento (Rolle, 2004).

A continuación se retomara una de las estrategias mas usadas en la intervención en crisis, el debriefing, esta vez desde el punto de vista de Vera (2004), con la posturas de otros autores que se encuentran a favor y en contra de este tipo de intervención.

Aunque la historia de la intervención psicológica en situaciones de crisis comienza hace más de 60 años, la práctica formalizada dentro de este campo de la psicología ha crecido de forma exponencial desde principios de los años 80, alrededor de una técnica conocida como Critical Incident Stress Debriefing, desarrollada por Mitchell en 1983. Aunque no existen estudios sólidos que demuestren su eficacia, y algunos apuntan a sus posibles efectos negativos, el debriefing es considerado por muchos profesionales como la panacea en todo tipo de intervenciones postraumáticas. De esta manera, se ha convertido en una de las técnicas más controvertidas y polémicas de la historia de la psicología clínica. Sucesos como la trágica inundación del camping de Biescas en España (1997) o el más reciente atentado a las Torres Gemelas del edificio World Trade Center en Nueva York (2001) han despertado un enorme interés por la importancia del papel que han de desempeñar los psicólogos en situaciones de crisis, de forma que en los últimos años el campo de la intervención psicológica en emergencias y desastres ha experimentado un notable impulso. Sin embargo, la tradición de esta área específica de la psicología se remonta a principios del siglo XX, durante la Primera Guerra Mundial, donde se tienen datos de intervenciones in situ con combatientes con el fin de tratar trastornos por estrés agudo (Vera, 2004).

Posteriormente, durante la Segunda Guerra Mundial, se formalizaron las primeras intervenciones psicológicas, en las que se realizaban sesiones de desahogo en el campo de batalla (Bisson, McFarlane y Rose, 2000). Ahora bien, no es hasta la década de los 70 cuando empieza a plantearse la necesidad de desarrollar técnicas complejas y programas multicomponentes con el fin tratar de forma sistemática a aquellas personas expuestas a experiencias traumáticas (Paton, Violanti y Dunning, 2000; Sthulmiller y Dunning, 2000). De entre todas las técnicas desarrolladas para tal fin, hay una que ha alcanzado la máxima difusión y, desde su creación a comienzos de los años 80 hasta hoy, se alza como la herramienta más utilizada en este tipo de intervenciones. Dicha técnica, conocida como CISD (Critical Incident Stress

Debriefing), fue ideada por Jeffrey Mitchell en 1983 como parte de su teoría general sobre intervención en crisis y desastres naturales, en principio como un programa destinado a reducir el estrés en el personal de servicios de emergencia (Mitchell y Everly, 2000). Para desarrollarla, se basó en el modelo de intervención de la psiquiatría militar, que utilizaba un método similar para la rehabilitación psicológica de los soldados en el frente desde la Segunda Guerra Mundial. A grandes rasgos, la técnica consiste en facilitar la ventilación en grupo de los sentimientos y emociones relacionados con la experiencia traumática vivida, con el propósito de reordenarla cognitivamente de una forma más adaptativa (Vera, 2004). En su forma original consta de siete fases: introducción, hechos, pensamientos, reacciones emocionales, síntomas, información y reconexión (Mitchell y Everly, 2000), si bien, éstas pueden organizarse en cuatro grandes componentes (Hodgkinson y Stewart, 1990); una fase de introducción, donde se presenta el profesional y se explican los objetivos, metas y beneficios de la intervención, una fase de narración, donde de los participantes narran los hechos y describen sus pensamientos e ideas acerca del mismo, una fase de reacción, donde se promueve la liberación de emociones asociadas a la experiencia vivida y una última fase de educación donde se informa de los síntomas comunes del TEPT, se normalizan las reacciones, se entrega material informativo por escrito acerca de estrategias de afrontamiento, síntomas, etc. Tal y como es entendida por su creador, la técnica debe ser necesariamente aplicada por psicólogos profesionales o por personal específicamente entrenado, a grupos de personas que han vivido un suceso traumático entre las primeras 24-72 horas del mismo (por lo que en la mayoría de los casos se interviene en el lugar de los hechos), en una sesión de unas 2 horas de duración.

El término debriefing, que etimológicamente hace referencia a hablar o contar lo ocurrido, tiene su origen en un tipo de intervención utilizada en combatientes durante la Segunda Guerra Mundial (método de Marshall). Desde un punto de vista técnico (operational debriefing) hace referencia a un proceso de intervención formal a través del cual se revisan las experiencias vividas con el fin de procesarlas de forma adecuada. Es en 1970 cuando aparece el término psychological debriefing aplicado a

aquellas intervenciones psicológicas que se realizan en el campo militar y en personal de servicios de rescate y emergencias con el fin de mitigar su estrés, intervenciones que en las últimas décadas se han ampliado también a víctimas primarias (Vera, 2004). Este uso diverso del término ha provocado una cierta confusión en la literatura (Raphael y Wilson, 2000; Bisson et al., 2000), de forma que conceptos como CISD, Psychological debriefing, Operational debriefing , debriefin son entendidos unas veces como sinónimos y otras como diferentes modalidades de una misma técnica, algo que no hace sino añadir más complicaciones a la polémica actual. Por otro lado, desde la descripción inicial del CISD han ido apareciendo diferentes variantes de la técnica, de forma que en la actualidad existen muchas modalidades de debriefing, que se apartan del original (desarrolladas por diferentes autores o por agencias y organizaciones norteamericanas, como la American Red Cross o la National Organization for Victim Assistance, que cuentan con protocolos de debriefing propios), y aunque el autor defiende el valor de su protocolo original, desgraciadamente no existen estudios metodológicamente válidos que se ciñan por completo a él (vera, 2004).

Entre las variaciones más importantes que ha sufrido la técnica, destaca el hecho de que aunque en su origen se recomendó para grupos de equipos de rescate o auxiliares voluntarios, no para víctimas primarias, en la actualidad ha ampliado su campo de actuación y se aplica a cualquier individuo expuesto a una situación traumática. De hecho, el propio Mitchell ha reconocido su utilidad en víctimas primarias al presentar como apoyo a su técnica estudios con estos grupos (Vera, 2004). Por otro lado, el debriefing, que en un principio fue concebido como técnica grupal, en los últimos años se ha venido utilizando cada vez con más frecuencia de manera individual, a pesar de las voces contrarias de algunos autores que han comentado que dado que los factores de grupo son de especial importancia en esta técnica, no debería transferirse su aplicación a individuos (Vera, 2004)). Si bien, de nuevo Mitchell ha presentado como válidos estudios con debriefings individuales que arrojaban resultados positivos sobre su técnica. Finalmente, aunque la técnica fue ideada como componente de un programa más complejo y comprehensivo(Critical

Incident Stress Management), la mayoría de las aplicaciones actuales utilizan el CISD de forma aislada y como herramienta única, no existiendo ningún estudio metodológicamente válido que utilice el programa completo (Boudreaux y McCabe, 2000).

Como muestra Vera (2004), en 1997 Mitchell y Everly consolidan un programa multicomponente que reafirma que el CISD no es una técnica aislada sino que debe formar parte de un programa mayor (Critical Incident Stress Management), de forma que en ningún caso debe utilizarse fuera de dicho contexto. Sin embargo, la mayoría de los estudios olvidan esto y utilizan el debriefing como herramienta única. Por otro lado, Mitchell defiende que el debriefing nunca fue concebido como sustituto de terapia, la técnica está diseñada no para mitigar por completo los síntomas postraumáticos, sino que está destinada a identificar sujetos de riesgo que posteriormente deberán seguir la correspondiente terapia (Vera, 2004). Desgraciadamente, en la práctica profesional se tiende a considerar como la cura para todo, convirtiéndose, en cierto modo, en una solución fácil a un problema difícil. Mitchell recuerda que el debriefing es efectivo no como técnica aislada sino como elemento de un programa de intervención complejo, y advierte del error de considerar la técnica como la panacea de la intervención en sucesos traumáticos, como si fuera la herramienta definitiva de curación (Vera, 2004). Además, al tanto de la gran cantidad de estudios en contra de la técnica, advierte de la necesidad de recordar las características del CISD tal y como él lo propuso, ya que para él, todos estos estudios utilizan de forma incorrecta el protocolo del CISD, de forma que no responden a la realidad de la técnica y no deben ser tenidos en cuenta (Vera, 2004). Sin embargo, no podemos olvidar que, en las revisiones no sistemáticas que Mitchell ha publicado en defensa de su técnica, la mayoría de los estudios tampoco cumplen de modo estricto el protocolo original. Así como tampoco debemos pasar por alto que en ningún momento ha sido demostrada la eficacia de dicho protocolo.

Según Vera (2004), en cuanto a las posturas en contra, no es hasta mediados de los años 90 cuando comienza a ser puesta en duda la universalidad de la técnica y aparecen las primeras investigaciones sistemáticas que se posicionan en contra del

CISD. Uno de los artículos pioneros es el de Kenardy et al. (1996), quienes llevaron a cabo un estudio con 195 trabajadores que habían realizado labores de rescate y ayuda en el terremoto de Newcastle, Australia. 62 fueron tratados con debriefing, mientras que los 133 restantes no fueron tratados con ninguna técnica. Aplicaron a los sujetos dos escalas; el Impact of Events Scale (IES), que mide las reacciones de estrés posteriores al trauma y el General Health Questionnaire (GHQ-12) que mide la salud mental general, en cuatro ocasiones durante los 2 años posteriores al terremoto. Los resultados demostraron que no existían diferencias entre ambos grupos, es decir, que la recuperación no era mejor en el grupo sometido a debriefing. Algunas deficiencias metodológicas del estudio, como el no existir asignación aleatoria a los grupos, impiden hacer afirmaciones categóricas pero sí previenen de la necesidad de ser cautelosos con la aplicación de la técnica (Kenardy, 1996).

Bisson et al. (1997), realizaron un estudio con el propósito de comprobar la eficacia del debriefing en la recuperación psicológica de 133 sujetos adultos que habían sufrido quemaduras graves. Un subgrupo fue sometido a debriefing y otro grupo ejerció de control. Los sujetos fueron entrevistados 3 y 13 meses después de la intervención. Los resultados muestran que el 26% de los sujetos sometidos a debriefing tenían síntomas de estrés postraumático a los 13 meses de la intervención, en comparación con el 9% del grupo control. En un sentido similar, Hobbs et al. (1996) concluyen, a partir de un estudio con un grupo de sujetos involucrados en accidentes de tráfico, que la técnica del debriefing se muestra inefectiva e, incluso, a medio plazo, nociva. De los 106 participantes, 54 fueron tratados con debriefing y 52 no fueron tratados con ninguna técnica. A todos los participantes se les hizo una entrevista semiestructurada y se les pasaron dos cuestionarios, el Impact of Events Scale, para medir los síntomas postraumáticos, y el Brief Symptom Inventory (BSI), que mide el estrés general. Las intervenciones se llevaron a cabo entre las 24 y 48 horas posteriores al accidente, y consistieron en una sesión de debriefing de una hora siguiendo las fases del protocolo de Mitchell. Los resultados demuestran que, tras 4 meses, ninguno de los dos grupos obtuvo reducción significativa de síntomas postraumáticos, ni en los niveles de ansiedad, pensamientos intrusivos y ansiedad

fóbica. Es más, el grupo experimental presentó peores resultados que el grupo control en dos de las escalas del BSI y peores resultados (aunque no estadísticamente significativos) en nivel general de estrés medido con la misma escala (puntuación total). Estos mismos autores, decidieron hacer un seguimiento de esta muestra de sujetos durante 3 años para ver las consecuencias del debriefing a largo plazo. Los resultados vuelven a ser claros: el grupo sometido a debriefing obtuvo peores resultados tres años después de la intervención, tanto en nivel general de síntomas psiquiátricos (medidos con el BSI), como en fobia a viajar, dolores, problemas físicos y nivel general de funcionamiento. De los pacientes que inicialmente habían presentado pensamientos intrusivos y síntomas evitativos (medidos con la IES), sólo aquellos que habían sido sometidos a debriefing continuaban padeciendo esos mismos síntomas tres años después, mientras que los que no habían participado en la sesión estaban totalmente recuperados en este sentido. A la vista de tan contundentes resultados, concluyen que el debriefing es una técnica inefectiva y presenta efectos negativos a largo plazo, por tanto, no es un tratamiento adecuado para víctimas de hechos traumáticos (Hobbs et al., 1997; Mayou et al., 2000). Sin embargo, como los mismos autores reconocen, el estudio presenta muchas limitaciones metodológicas; una de las principales fuentes de crítica es la propia sesión de debriefing que realizaron, pues ésta es individual, demasiado breve (1 hora) y estructuralmente bastante limitada, no ajustándose de forma exacta al protocolo de Mitchell, que propone una intervención más larga (2-3 horas) y más estructurada. Otros autores también han criticado duramente el estudio, afirmando que, dadas sus limitaciones y fallos las conclusiones acerca de la inefectividad del debriefing a partir de los resultados obtenidos son prematuras (Ekeberg y Hem, 2001).

En el año 2000, se realizó un estudio con 164 bomberos australianos implicados en un desastre natural. Aunque la mayoría de los que participaron en una sesión de debriefing percibieron que la intervención había sido beneficiosa en la reducción del estrés (valoración subjetiva), sus puntuaciones en el BDI (Beck Depression Inventory) no se vieron modificadas, a la vez que se encontró un mayor nivel de pensamientos intrusivos (medidos con la Impact of Events Scale) en aquellos bomberos sometidos a

la sesión de debriefing frente a los que no habían participado (Regehr y Hill, 2000). En 1998, se publica un estudio que pretende examinar el impacto del CISD en el desarrollo de TEPT en un grupo de 63 profesionales sanitarios de emergencias tras un suceso traumático ocurrido en Sydney, Australia. Por razones logísticas, 32 tuvieron oportunidad de someterse a una sesión de debriefing basada en el protocolo de Mitchell y 31 no tuvieron ningún tipo de tratamiento. De los 32 a los que se les ofreció esta oportunidad, 18 rehusaron y 14 aceptaron la intervención (por lo que el estudio contó con un grupo experimental y dos grupos de comparación). Todos los sujetos tuvieron que contestar con posterioridad un cuestionario elaborado específicamente y dividido en tres áreas: impacto de los hechos, estrés laboral y sintomatología postraumática. Los resultados mostraron que, si bien en todos los casos la angustia se fue reduciendo de forma natural durante la semana siguiente a los hechos, el grupo sometido a debriefing presentó niveles más altos. En relación al estrés laboral, el grupo intervenido obtuvo mayores niveles que los otros grupos de comparación, siendo el grupo que rehusó la intervención el que menores niveles de estrés laboral presentó. En cuanto a sintomatología postraumática, medida a través de la presencia de pensamientos intrusivos y evitación, el grupo que no pudo ser sometido a debriefing por razones logísticas fue el que obtuvo los niveles más altos, si bien el grupo sometido a debriefing también presentó mayores niveles que el que había rehusado la intervención que fue, de nuevo, el que menos niveles de sintomatología postraumática presentó.

A partir de los resultados obtenidos, la autora concluye, en primer lugar, que todos los sujetos, con independencia del grupo de pertenencia, siguieron un proceso de recuperación natural que disminuyó considerablemente los niveles de estrés a lo largo de la semana siguiente al suceso, y, en segundo lugar, que el debriefing puede contribuir a aumentar las respuestas de estrés en los sujetos (Vera, 2004). Como fallos metodológicos puede aducirse el que no se trata de un ensayo controlado aleatorio, ya que los sujetos no fueron asignados a los grupos al azar y el hecho de que la técnica se aplicó en una sola sesión. Sin embargo, el estudio cuenta con una característica muy relevante que no existe en otras investigaciones; la existencia de un grupo de

sujetos que rehusaron someterse a debriefing y que, sorprendentemente, son los que menores niveles de patología presentaron. El debriefing ha sido aplicado también en otras áreas, por ejemplo, para tratar la depresión. En este sentido, también hay estudios que demuestran su ineficacia. Este es el caso de un estudio de Small et al. (2001), con 624 mujeres que sufrían depresión postparto, tras un alumbramiento difícil (cesárea, forceps...). Las medidas utilizadas fueron, la Edinburgh Postnatal Depression Scale para la depresión maternal y el SF-36 para la salud mental general. Los resultados mostraron mayores puntuaciones en depresión en aquellas mujeres sometidas a debriefing que en aquellas no tratadas. Además, estas mujeres tratadas, presentaron un nivel de salud mental general más bajo que las no tratadas en 7 de las 8 subescalas del SF-36.

Los autores concluyen así que el debriefing como técnica para tratar la depresión postparto se muestra inefectivo, y que además, no se debe pasar por alto la posibilidad de que dicha técnica contribuya a desarrollar problemas emocionales. Sin embargo, no hay que dejar de apuntar, que esta investigación ha generado duras críticas metodológicas; desde las escalas utilizadas a la muestra elegida y el hecho de que sólo se realizara una sesión, lo que algunos autores consideran inadecuado y señalan la posibilidad de que los resultados cambien si se aumentan las sesiones, e incluso se ha puesto en duda que dicha sesión fuera realmente un debriefing (Boyce y Condon, 2001; Stallard, 2001). En relación a este mismo estudio, hay autores que señalan que sería más adecuado utilizar subgrupos de mujeres y no una muestra única, señalando la posibilidad de que haya mujeres que se beneficien de estas sesiones y mujeres para las que sean nocivas, posibilidad que se pierde al utilizar esta muestra. Por otro lado, en los últimos años han ido apareciendo de forma sistemática multitud de meta-análisis o revisiones que advierten de la ineficacia de la técnica y de la necesidad del cese del uso indiscriminado y compulsivo que la técnica ha despertado (McNally et al., 2003). Así, una exhaustiva revisión de la literatura existente en 1998 ya arrojaba datos claros sobre la ineficacia del debriefing: una sesión individual de debriefing no reduce el estrés ni previene la aparición de TEPT: Aquellos que reciben la intervención no muestran, a corto plazo (3-5 meses)

disminuciones significativas en el riesgo de sufrir TEPT. A largo plazo (un año después) se comprueba un incremento significativo del riesgo de sufrir TEPT en aquellos sujetos intervenidos. Además, no existe evidencia de que el debriefing reduzca la enfermedad mental general, la depresión ni la ansiedad (Vera, 2004). Recientemente, los mismos autores han publicado una nueva revisión, analizando 11 trabajos publicados y los resultados y conclusiones continúan siendo los mismos (Rose, et al., 2003).

En cuanto a los estudios a favor, ningún estudio bien diseñado ha sido capaz de demostrar que el debriefing sea una técnica eficaz a la hora de prevenir sintomatología postraumática (Carlier y Gersons, 2000). Los estudios que apoyan la técnica son pocos y presentan serias carencias metodológicas. Muchos de ellos son anecdóticos y consisten en simples investigaciones con sujetos sometidos a debriefing, sin la existencia de grupos de control (Campfield y Hills., 2001), por lo que no pueden tomarse en consideración los resultados y conclusiones que arrojan (Carlier y Gersons, 2000). Otros estudios presentados como defensa incurren en importantes modificaciones de la técnica original. o se presentan con muestras tan pequeñas que es imposible realizar análisis estadísticos válidos. Uno de los estudios más sólidos presentados como defensa del CISD se realizó con una muestra total de 65 médicos de emergencia que habían trabajado en los disturbios callejeros de Los Ángeles en 1992. Por razones logísticas algunos de los trabajadores pudieron ser sometidos a una intervención de debriefing mientras que otra parte del grupo no pudo recibir ningún tratamiento. Tres meses después, los 42 sujetos intervenidos presentaron menor sintomatología postraumática que los 23 sujetos del grupo control medida a través de una escala de TEPT (Wee, Mills y Koehler, 1999). Sin embargo, este estudio presenta varias carencias metodológicas, como la falta de asignación aleatoria a los grupos y la ausencia de evaluación de sintomatología previa a la intervención. Deahl et al., (2000), dividieron una muestra de 106 soldados que acababan de volver de Bosnia en dos grupos, uno de ellos (n=54) recibió una sesión de debriefing de unas 2 horas basada en el modelo original de Mitchell conducida por profesionales entrenados, mientras que el otro grupo (n=52) no recibió ningún

tratamiento. Toda la muestra fue evaluada antes de la intervención, y posteriormente a los 3, 6 y 12 meses. Los resultados, a pesar de haber sido interpretados como buenos por los defensores de la técnica no son en absoluto claros. Así, aunque un 25% del grupo control recordó la experiencia como intensamente angustiada frente al 7,4% del grupo intervenido, el grupo control experimentó un decremento de sintomatología postraumática a los 6 meses que no se dio en el grupo intervenido medido con un cuestionario de TEPT. Sin embargo, al medir la sintomatología postraumática mediante entrevista clínica no se observaron diferencias entre los grupos en ninguno de los intervalos temporales. Finalmente, sólo los sujetos intervenidos bajaron sus puntuaciones base en consumo de alcohol. Los resultados, por tanto, son contradictorios.

En 1992, Yule realizó un estudio con un grupo de 39 escolares que habían sobrevivido al hundimiento de un crucero. 24 de los niños se sometieron a una sesión de debriefing y 15 no fueron intervenidos. Nueve meses después, se les pasó un cuestionario para medir TEPT, ansiedad, miedos y depresión y los resultados mostraron menor sintomatología postraumática y menos miedos en el grupo sometido a debriefing que en el grupo control. Ahora bien, el estudio carece de medidas previas a la intervención, los grupos no fueron asignados de forma aleatoria y además, la única sesión de debriefing se realizó 10 días después del suceso traumático, incumpliendo así dos de las características clave del protocolo de Mitchell. Los defensores de la técnica han intentado justificar los malos resultados encontrados en muchos estudios aludiendo al hecho de que en ellos sólo se realizó una sesión, afirmando que varias sesiones son más poderosas y efectivas (Watts, 1994; Turnbull et al., 1997) sin bien, algunos estudios han puesto en duda esta afirmación, o al hecho de que no se diferencie entre distintas modalidades de debriefing, aunque no existe en la actualidad ningún estudio publicado que demuestre que esto sea así (Kenardy, 2000) así como tampoco existen estudios que comparen distintas modalidades de debriefing, aunque si parece haber evidencia de que no existen diferencias entre ellos (Carlier y Gersons, 2000).

Por otro lado, la creciente evidencia empírica avalada por cada vez más estudios sobre los nulos efectos del debriefing hace necesaria una reconsideración de la creencia tradicionalmente aceptada por muchos especialistas según la cual la expresión de pensamientos y sentimientos acerca del trauma son curativos mientras que no hablar de ellos supone embotellarlos impidiendo la recuperación (McNally et al., 2003). Quizá la insistencia en la necesidad y utilidad de la verbalización ha llevado a ignorar o devaluar otras formas válidas de afrontamiento. El debriefing, que tiene su fundamento en el concepto de catarsis de Freud, presupone que la verbalización repetida de los hechos es beneficiosa para su afrontamiento. Se ha venido asumiendo que repetir el suceso vivido es beneficioso y que cuantas más veces se narra un suceso traumático más fuerza pierde y menos posibilidades tiene de dañar emocionalmente a largo plazo (Vera, 2004), sin embargo no existe evidencia real de que esto sea así, e incluso desde el psicoanálisis se ha terminado aceptando el hecho de que la expresión catártica de emociones no es, per se, terapéutica. En cambio, si parece haberse demostrado que los posibles beneficios inducidos por la expresión verbal provocan rápidamente un efecto techo, por lo que reincidir en la verbalización de un mismo acontecimiento puede constituir una forma desadaptada de rumiación interpersonal, capaz de evocar constantemente el suceso, manteniendo la actividad negativa vinculada a éste (Martínez-Sánchez et al, 2001). Parece que el hablar o escribir de forma breve, en medio de una fuerte activación emocional (dos de las características inseparablemente asociadas al debriefing), puede provocar un efecto de sensibilización, de mantenimiento de la memoria emocional negativa (Martínez-Sánchez et al., 2001).

El debriefing plantea demasiados interrogantes y contradicciones, y presenta excesiva evidencia en contra como para continuar aplicándolo de una forma tan compulsiva e indiscriminada como ha venido haciéndose hasta ahora (Vera, 2004). No se debe olvidar que el mismo autor de la técnica puntualiza que el debriefing nunca debe ser tomado como una forma de terapia y que siempre debe ser aplicado dentro de un programa más complejo, algo que parece haber sido olvidado en el actual fervor que ha despertado la técnica. Por otro lado, el antiguo principio médico

“*primum non nocere*”, (ante todo no dañar), base de la actuación de cualquier profesional de la salud, no debería permitir la aplicación de técnicas cuya eficacia no esté sólidamente demostrada o puedan conllevar riesgo para las personas (McNally, et al., 2003). A veces, el deseo de socorrer y proteger a quienes están en peligro hace que los psicólogos asuman que siempre es mejor hacer algo que no hacer nada, cuando la realidad demuestra que a veces es mejor no hacer nada que hacer algo de lo que no estemos seguros (Vera, 2004)). Es importante no olvidar que la labor del psicólogo es intervenir siempre y cuando haya seguridad de que dicha intervención va a resultar realmente útil. Desgraciadamente, los sujetos que se enfrentan a sucesos traumáticos raramente tienen posibilidad de elegir entre varias técnicas, o participan en el debriefing o no participan en nada, ya que la aceptación incondicional de la técnica por casi todos los profesionales de la psicología de emergencias ha impedido el desarrollo de alternativas. Sin embargo, a la luz de los resultados actuales, no puede propugnarse el debriefing puntual, individual o de grupo, como método eficaz para prevenir el ulterior desarrollo de un TEPT tras un acontecimiento traumático, haciéndose necesaria una gran cantidad de investigación, con ensayos controlados aleatorios que subsanen los fallos metodológicos de los estudios actuales (Vera, 2004). Es conveniente además que se desarrollen nuevas formas de intervención, que a partir de un modelo salutogénico fomenten programas de intervención alternativos y flexibles, que tengan en consideración la enorme variedad de reacciones que desencadena una misma situación traumática entre las diferentes personas expuestas, que tenga en cuenta que aquello que resulta traumático para uno no lo es para otros, que las emociones suscitadas por el mismo evento no son iguales en todas las personas y que incluso aquellas situaciones más objetivamente estresantes y críticas pueden ser experimentadas de formas completamente diferentes en base a las interpretaciones y significados que cada persona y cada cultura le de (Vera, 2004). Dado que en los últimos años parece estar de moda la labor del psicólogo en emergencias y desastres, y que los medios de comunicación se hacen eco de ello, es necesario replantearse si realmente la psicología está preparada para afrontarlo, si realmente se cuenta con teorías, instrumentos y técnicas científicamente probadas o

se está actuando sobre meras creencias, dogmas y suposiciones. Es necesaria una mayor comprensión científica de los procesos que subyacen a la vivencia de una experiencia traumática, ya que de otro modo, las intervenciones no serán argumentalmente distintas de los rituales chamánicos contra la enfermedad y el mal (Vera, 2004).

CONCLUSIONES

Debido a su actual nivel de desarrollo, se ha definido la Psicología de las Emergencias de varias maneras, sin embargo, Lorente (2005), resalta que la finalidad no sería otra que la aplicación del conocimiento general psicológico existente a las situaciones y servicios de emergencias y su objeto de estudio el campo psicológico que abarca el conjunto de la emergencia, todo lo cual hace evidente que se haga referencia a una psicología transversal o aplicada. Aunque no se dispone de un paradigma de la psicología de las emergencias, el proceso de delimitación del campo propio permite desarrollar vías de avance, metodologías de trabajo y de análisis. Dicho proceso responde a necesidades y demandas sociales objetivas resultantes de los procesos y cambios históricos acaecidos en el mundo en los últimos decenios. En este contexto los programas de asistencia psicológica a las víctimas, así como los programas de gestión del estrés y de salud mental laboral, son percibidos como claros indicadores de calidad de vida.

Lo primero que se trabajó en el presente artículo fue la revisión de algunos hechos históricos que promulgaron el progreso y los inicios de la intervención en crisis o en situaciones de emergencia. Se puede ver claramente que fue gracias a los grandes eventos o situaciones críticas que se han presentado, que se ha visto la necesidad de que exista un modelo de intervención para estas situaciones específicas. Todos los autores referenciados anteriormente, estaban de acuerdo en que no solo se atendiera a las personas víctimas de desastres o catástrofes tratando de aliviar los síntomas físicos, sino que existiera un equipo que se centrara en trabajar en los síntomas psicológicos que se presentaban durante y después de la situación crítica.

Luego de haber hecho un recorrido por estos eventos históricos, se vio la necesidad de definir y diferenciar términos relacionados con las situaciones de crisis o emergencia tales como lo son: desastre, catástrofe y las diferentes clasificaciones que se le han dado a lo largo de los últimos años. En general, los autores consultados se encuentran de acuerdo en que no todos los desastres presentan las mismas consecuencias a nivel individual y social, ello va a depender, entre otras cosas, de las características del propio evento. Es por ello que los investigadores han establecido

diferentes taxonomías para diferenciar los diferentes tipos de desastres, esto va a facilitar a los propios gestores de la emergencia y a los profesionales de la psicología tener un conocimiento más exacto del tipo de reacciones, comportamiento y consecuencias que pueden llegar a presentar las víctimas en función del tipo de desastre y ofrecer así la ayuda más adecuada. Igualmente, debido a que no todas las situaciones son críticas para todas las personas, se vio la necesidad de ver las diferencias en cuanto a la percepción de los desastres y las situaciones de crisis tanto por las diferencias culturales como por las diferencias individuales que se producen en el ser humano a nivel fisiológico y neuropsicológico.

Igualmente, no se puede dejar a un lado que existe una gran dificultad en la prevención de emergencias y se debe a que no se evalúan los riesgos, por lo cual no existe una prevención ante las situaciones que presentan algún peligro. Las barreras psicológicas contra la prevención de emergencias y desastres comienzan a derrumbarse cuando los riesgos empiezan a convertirse en desastres, provocando daños y pérdidas que los hacen patentes, y por lo tanto creíbles (Lorente, 2005). Esta forma común de aceptación de los riesgos es muy costosa y generalmente tardía; por lo tanto es importante explorar formas de acelerar el proceso de aceptación de los riesgos sin esperar a que los daños y pérdidas inicien su aparición. Según Cortes (2003), el comportamiento de las personas y las comunidades desde antes de que sufran una crisis, en el momento de sufrirla y después de ella va cambiando, en una secuencia de conductas más o menos reconocible y canalizable. Esta secuencia de conductas ante las emergencias y los desastres contiene una amplia variabilidad de posibilidades de respuesta, produciendo una heterogeneidad de posibilidades de resultados, lo que complica su manejo. Existen variables importantes en el comportamiento de las personas ante las crisis: están solas o en grupo; actúan con miedo o con pánico (Cortes, 2003). El miedo puede convertirse en pánico si no se identifican y atienden las variables que lo producen. El pánico, aunque real, es infrecuente y puede evitarse si se interviene sobre las variables que lo producen. Según Cortes (2005), la misma secuencia de conductas está fundamentada en la base

fisiológica, neurológica y evolutiva de la especie humana que explica claramente las reacciones físicas y psicológicas de las personas ante las crisis.

Entre las responsabilidades de los gestores de riesgos una de gran peso es la futura calidad de la salud mental de las personas y comunidades a su cargo: el mal manejo preventivo y asistencial de una situación de crisis y la inadecuada o tardía atención clínica de los afectados pueden producir serias alteraciones nerviosas permanentes y con ellas consecuencias negativas en la salud mental con posterioridad al evento y la forma en que esas personas y comunidades afrontarán futuras crisis. Según Cortes (2003), existen condiciones para la percepción de los riesgos y consecuencias de los desastres que son particulares para niños y jóvenes, y su conocimiento y manejo inciden directamente en la futura calidad de la salud mental de las personas y las comunidades. Las consecuencias psicológicas comunitarias pueden revertirse con intervención rápida y eficaz. Las conductas emocionales naturales, generalmente inconvenientes para la resolución de emergencias y desastres, son controlables y hasta inhibibles por medio del entrenamiento práctico repetitivo y sistemático, capaz de producir respuestas más eficaces y de mayor probabilidad de manifestación para enfrentar las crisis.

Luego de revisar estos conceptos, fue de gran importancia el identificar cuales eran las funciones que estaban realmente al alcance de los psicólogos en las situaciones de crisis o emergencia. Se puede evidenciar que realmente es importante el que exista uno o varios psicólogos preparados para atender este cualquier tipo emergencias. Se encontró que algunos de los autores consultados como Lorente (2005), Duch, Fortuño y Lacambra (1997) y Perez (2001), están de acuerdo que se debe realizar una capacitación mas profunda a los psicólogos para trabajar en situaciones de crisis. Igualmente, se evidencia que aunque el trabajo de los voluntarios y otros profesionales que trabajan en atención en crisis es muy valioso, no se puede suplir el trabajo del psicólogo ni las intervenciones de este.

Por ultimo se reviso las diferentes estrategias y programas que se han utilizado a lo largo de los años en las intervenciones en crisis resaltando el debriefing como la principal de ella, evidenciándose que aunque es una de las técnicas mas usadas en la

intervención, no es muy eficaz como terapia. Por lo que en general autores como Hilliers y Rey (2005), Rolle (2004), Vera (2004), y Mitchell y Everly, (2000), concluyen que es útil usarla siempre y cuando sea como complemento de la psicoterapia y no como psicoterapia como tal. Así mismo, se puede decir, que existe la necesidad de delimitar el campo que debe abarcar cada uno de los grupos implicados en la intervención en crisis. Capacitando mas psicólogos para este tipo de intervenciones, así como para que se investigue y creen mas estrategias y programas con los cuales se pueda trabajar ante las situaciones de crisis o emergencia, ya que son situaciones que se presentan a menudo e inesperadamente y requieren de un acompañamiento psicológico. Por otro lado, también es necesario tener en cuenta lo que Lorente (2005), resalta al decir que en la mayoría de las emergencias hay implicaciones personales, no sólo en lo que respecta a las posibles víctimas de la emergencia, sino también en las personas afectadas en ella, como pueden ser los familiares de esas víctimas, por ejemplo o, incluso, los propios equipos de socorro. por lo que se evidencia aun mas la necesidad de profundizar e investigar en mas estrategias y tipos de intervención.

Finalmente, se puede resaltar que a lo largo de este trabajo se ha referido a un amplio espacio en el que se puede situar la psicología de las emergencias. Sus imprecisas fronteras hacen que sea necesaria una constante exigencia de la necesidad y utilidad de esta psicología aplicada. Para que dicha exigencia no sea sólo un lamento, se precisa un quehacer científico que respalde desde la evidencia la labor llevada a cabo por los emergencistas. La cual debe, a su vez, basarse en un trabajo práctico serio y riguroso. Una formación adecuada crea las bases para este trabajo, y un apoyo corporativo al mismo por parte de las instituciones que regulen el acceso a esta especialidad puede constituir una excelente garantía de calidad. De este modo, se configurará en el futuro un amplio espacio profesional el cual ayudara a prevenir e intervenir situaciones de emergencia.

Referencias

- Anderson, J. W. (1968). Cultural adaptation to threatened disaster. *Human Organizations*, 27, 298-307.
- Aptekar, L., & Boore, J. (1990). The emotional effects of disaster on children : A review of the literature. *Mental Health*, 19, 77-90.
- Barton, A. H. (1969). *Communities in disasters: A sociological analysis of collective stress situation*. New York: Doubleday & Co.
- Baum, A., Solomon, S. D., Ursano, R. J., Bickman, L., Blanchard, E., Green, B. L., Keane, T. M., Laufer, R., Norris, F., Reid, J., Smith, E. M., & Steinglass, P. (1993). Emergency and disaster studies;. Practical, conceptual and methodological issues. En J. P. Wilson; B. Raphael (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press.
- Bellak, L., & Siegel, H.(1983). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México: Manual moderno.
- Benveniste A., D. (2000). Intervención en crisis después de grandes desastres. trópicos. *Revista de Psicoanálisis*, 1 , 137-148.
- Benyakar, M. (2003). Desastres y salud mental: Abordajes teóricos y modos de intervención. *Revista de Psicotrauma para Iberoamérica*, 2, 14-36.
- Berganza, R. (2000). Los Imaginarios en la Gestión del Riesgo. Obtenido Mayo 19, 2006 de www.ofdalac.org.
- Berren, M. R., Santiago, J., Beigel, A. & Timmons, S. A. (1989). *A classification scheme for disasters*. New York: Wiley.
- Bisson, J. I., Jenkins, P. L., Alexander, J. & Bannister, C. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78-81.
- Bisson, J. I., McFarlane, C. & Rose, S.(2000). Desahogo psicológico. En E.B. Foa, T.M. Keane & M.J. Friedman,.(Eds.),*Tratamiento del estrés postraumático* (pp. 57-79). Barcelona: Ariel Psicología.
- Boudreaux, E. D. & McCabe, B. (2000). Critical incident stress management : Interventions and effectiveness. *Psychiatric Services*,.51, 1095-1097.

- Boyce, P. & Condon, J.(2001) Providing good clinical care means listening to women's concerns. *British Medical Journal*, 322, 512-524.
- Britton, N.R (1986). Developing an understanding of disaster. *Australian & New Zeland journal of sociology*, 22, 254-271.
- Campfield, K. M. & Hills, A. M. (2001). Effect of timing of CISD on posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress*,14, 327-340.
- Caplan, G. (1964). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Carlier, I.. & Gersons, B.(2000). Brief prevention programs after trauma. En J. M. Violanti, D. Paton y C. Dunning (Eds.), *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues and perspectives* (pp. 65-80). Illinois: Publisher LTD.
- Cortés, E (2000, Septiembre). *La enseñanza de la gestión del riesgo mediante el uso de ejemplos cotidianos*. Ponencia de la Conferencia Virtual “Teoría y Práctica de las Ciencias Sociales en Situaciones de Riesgos Catastróficos”. Dirección General de Protección Civil, CEISE (Centro Europeo de Investigación Social de Situaciones de Emergencia).
- Cortés, T. (2003). La percepción psicológica del riesgo y el desastre. *Cuadernos de crisis*, 1, 15-30.
- Cortés, T. (2003). La percepción psicológica del riesgo y el desastre capítulo II Aspectos Neuropsicológicos. *Cuadernos de crisis*, 1, 31-39.
- Cortés, T. & Engels, G. (2000). *Herramientas psicológicas para la formación del personal preventivo y operativo en gestión del riesgo*. Obtenido en mayo 23, 2006 de www.proteccioncivil.org/ceisevirtual/ceisev2000-menu.htm.
- Crocq, L. (1997). The emotional consequences of war 50 years old: A psychiatric perspective. En L. Hunt, M. Marshall y Ch. Rowlings (Eds.), *In Past Trauma, in Late Life* (pp 39-48). Londres: Kinsley.
- Curran, P. S. (1988). Psychiatric aspects of terrorist violence: Northern Ireland 1969-1987. *British Journal of Psychiatry*, 153, 470-475.
- De Miguel Lillo, A. & Muñoz, F. A. (1998). Aspectos conceptuales de la intervención en crisis. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 25, 177-181.

- De Nicolás, L., Artetxe, A. I., Jauregi, A. & López, S. (2000). *Intervención psicológica en situaciones de emergencia y desastres*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Duch, M. L., Fortuño, C. & Lacambra, V. M. (1997). Apoyo psicológico: formación e intervención con el voluntariado en desastres. *Papeles del Psicólogo*, 68, 30-33.
- Dynes, R.R. (1994): Community emergency planning: False assumptions and inappropriate analogies. *International Journal of Mass Emergencies Disasters*, 12, 141-158.
- Ekeberg, O. & Hem, E. (2001). Psychological debriefing does it never work? *British Journal of Psychiatry*, 178, 182-183.
- Erikson, P.; Drabek, T. E.; Key, W. H.; & Crowe, J. L. (1976). Families in disaster. *Mass Emergencies*, 1, 206-213.
- Flannery, R. B. & Everly, G. S. (2000). Crisis Intervention: A Review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 119-125.
- Fouce, J. G., Hernández-Coronado, C., Nevado, M., Martínez, R. M., Losada, D. & Lillo, A. (1998 Julio). *Intervención psicológica en situaciones de emergencia*. Ponencia presentada en el II Congreso Iberoamericano de Psicología, Madrid.
- Frederick, C. J. (1977). Current thinking about crises or psychological intervention in united states disasters. *Mass Emergencies*, 2, 43-50.
- García, M. & Gil, J. (2004). Aproximación conceptual al desastre. *Cuadernos de crisis*, 1, 7-20.
- García, M. & Gil, J. (2004). Taxonomía y diferencias entre los distintos tipos de Desastres. *Cuadernos de crisis*, 2, 28-43.
- Hernández, M. & Leonardo, R. (2002). *Bases Neurofisiológicas del Estrés*. Obtenido Mayo 22, 2006, de www.comportamental.com.
- Hillers, R. & Rey, M. (2005). Dispositivo de atención psicológica del SUMMA 112, tras los atentados del 11-M. *Cuadernos de crisis*, 1, 26-34.
- Hobbs, M., Mayou, R. A., Harrison, B. & Worlock, P. (1996). A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents *British Medical Journal*, 313, 1438-1439.
- Hodgkinson, P. E. & Stewart, M. (1998). *Coping with catastrophe: A hand book of*

- Post-disaster Psychological Aftercare*. (2ª. Ed.). New York: Routledge.
- Inbar., J. (1995). Estrategias de intervención psicológica en situaciones de crisis masivas, el atentado en la comunidad judía de Buenos aires. *Perspectivas Sistemáticas, Psicología de Hoy*, 34, 11-12.
- Janoff-Bulman, R. (1985). *The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions*. New York: Figley.
- Kalayjian, A. S. (1995). *Disaster & mass trauma*. New York: Vista Publishing.
- Kastenbaum, R. (1974). Disaster, death and human ecology. *Omega*, 5, 65-72.
- Kenardy, J. (2000). The current status of psychological debriefing. *British Medical Journal*, 32, 1032-1033.
- Kenardy, J., Webster, R. A., Lewin, T. J., Carr, V. J., Hazell, P. L. & Carter, G. L. (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 37-49.
- Lima, B., Pai, S., Lozano, J., & Santa Cruz, H. (1990). The stability of emotional symptoms among disaster victims in a developing country. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 103-111.
- Lorente, F. (2005). El Rol del psicólogo emergencista. *Cuadernos de crisis*, 1, 11-19
- Lorente F. (2002). Programa de entrenamiento urgente para intérpretes en intervención en crisis. *Cuadernos de Crisis*, 1, 4-8.
- Lorente, F. (2003). Reflexiones sobre la intervención psicológica en emergencias El caso español. *Cuadernos de Crisis* 4, 31-35.
- Lorente, F., Font, S., & Villar, H. (2005). La formación de primeros auxilios psicológicos y emergencias en el título de grado en psicología. *Revista de Enseñanza de la Psicología: Teoría y Experiencia*, 1, 4-11.
- Lorente F., Subirá A. & Vacas M. (1998). Atención psicológica a las víctimas, En EBSCC. *Manual de emergencias y apoyo sanitario*. Barcelona: Escuela de Bomberos y Seguridad Civil de Catalunya.
- McNally, R. J., Bryant, R. A. & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 33-45.

- Macotinsky, G., Pachuck, C., & Singer, D. (1997). La intervención en catástrofes sociales. Del horror...a la simbolización. *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y de Psicoterapia de Grupo, 1*, 107- 122.
- Markus, H.R., Kitayama, S. & Heiman, R.J. (1996). *Social Psychology: Handbook of basic principles*. New York: The Guildford Press.
- Martín Beristain, C & Doná, G.. (1997): *Enfoque Psicosocial de la Ayuda Humanitaria*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Martínez-Sánchez, F., Páez Rovira, D., Pennebaker, JW. & Rimé, B. (2001). Revelar, compartir y expresar las emociones : efectos sobre la salud y el bienestar. *Ansiedad y estrés, 7*, 151-174.
- Mayou, R. A., Ehlers, A. & Hobbs, M.(2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 176*, 589-593.
- Mitchell, J. T. & Everly, G. S.(2000). Critical Incident Stress Management and Critical Incident Stress Debriefings:evolutions, effects and outcomes. En B. Raphael y J. P. Wilson (Eds.), *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence* (pp. 71-80). New York: Cambridge University Press.
- Montero, J. M. (1997). Intervención psicológica en desastres bélicos. *Papeles del Psicólogo, 67*, 37-44.
- Páez, D. Fernández, I. & Martín Beristain, C. (2001): *Catástrofes y ayuda de emergencia: Estrategias de evaluación, prevención y tratamiento*. Barcelona: Icaria.
- Paton, D., Violanti, J. M. & Dunning, C.(2000). Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives. En J. M. Violanti, D. Paton & C. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives* (pp. 3-9). Illinois: Publisher LTD.
- Pérez Martín, D. (2001). Programa de apoyo psicológico para afectados por las situaciones críticas. *Intervención Psicosocial, 10*, 151-156.
- Puget, J. (1992). El psicoanalista en situaciones extremas. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo, 2*, 191-208.

- Quarantelli, E.L (1985). *An assessment of conflicting views on mental health: The consequences of traumatic events*. New York: Brunner/Mazel.
- Raphael, C. & Wilson, J. P.(2000). Introduction and overview: Key issues in the conceptualization of debriefing. En B. Raphael y J. P. Wilson (Eds.), *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence* (pp. 1-14). New York: Cambridge University Press.
- Regehr, C. & Hill, J.(2000). Evaluating the efficacy of crisis debriefing groups after operative childbirth. *Social Work with Groups*, 23, 25-33.
- Rolle, M. (2004). 155 narraciones teñidas de valentía y sensibilidad, de coraje y humanidad, de.....*Cuadernos de crisis*, 2, 56-60.
- Rose, S, Bisson, J. I. & Wessely, S. (2003). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder. UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ross, L.E. & Nisbett, R.E. (1991). *The person and the situation: Perspectives in social psychology*. NewYork: McGraw Hill.
- Rotger D. (1999). La preparación psicológica del bombero y otros miembros de grupos de rescate. Su aceptación al estrés y los primeros auxilios psicológicos a las víctimas. *Mapfre Seguridad*, 74, 23-33.
- Rubin, B. & Bloch, E. L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- San Juan, C. (2002). Intervención psicosocial en catástrofes: Una perspectiva transcultural. *Cuadernos de crisis*, 1, 17-20.
- Sasson, M. (2004). Catástrofes y salud mental: *Abordajes teóricos y modalidades de intervención*. Tesis de grado no publicada, Universidad de Belgrano, Argentina.
- Schulberg, H. C. (1974). Disaster, crisis theory and intervention strategies. *Omega*, 5, 77-87.
- Sessions, J. (1991). Managing Stress in Dog Teams on Searches. *The Journal of search, rescue and emergency Response*,10, 12-15.
- Simon, J. D. (1997). Biological terrorism: Preparing to meet the treat. *Journal of American Medical Association*, 278, 428-430.
- Slaikou, K. (1996). *Intervención en crisis*. (2ª. Ed.). México: Manual Moderno.

- Small, R., Lumley, J., Donohue, L., Potter, A. & Waldenström, U. (2001). Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression. *British Medical Journal*, 322, 928-940.
- Sotolano, O. (2002). Catástrofes sociales y estructura psíquica en clínica psicoanalítica ante las catástrofes sociales. Buenos Aires: Paidós.
- Stallard, P.(2001). Research methodology was inadequate. *British Medical Journal*, 322, 915-927.
- Stuhlmiller, C. & Dunning, C. (2000). Challenging the mainstream: from pathogenic to saluthogenic models of posttrauma intervention. En J. M. Violanti, D. Paton y C. Dunning (Eds.), *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives* (pp. 10- 42). Illinois: Publisher LTD.
- Tedeschi, R., & Calhoun, L.(1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of Social Issues*, 54, 357-371.
- Udwin, O. (1993). Annotation: Children reactions to traumatic events. *Child psychology Psychiatry*, 34,115-127,
- Van der Kolk, B. A. & Saporta, J. (1993). *International Handbook of Traumatic Stress Disord.* New York: Plenum Press.
- Vera, B. (2004). Debriefing: una revisión acerca de la polémica actual. *Cuadernos de crisis*, 2, 8-26.
- Wee, D. F., Mills, D. M. & Koehler, G. (1999). The effects of Critical Incident Stress Debriefing on emergency medical services personnel following the Los Angeles civil disturbance. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1, 33-37
- Weinstein, N. (1989). Effects of personal experience on self-protective behavior. *Psychological Bulletin*, 105, 31-50.
- White, L. (1959). *The evolution of culture.* New York: McGraw Hill.