

Cuadernos de **CRISIS**

Revista semestral de la psicología de las emergencias y la intervención en crisis

Debriefing: Una revisión acerca de la polémica actual
Beatriz Vera Poseck

Taxonomía y diferencias entre los distintos tipos de desastres
Mónica García Renedo y José Manuel Gil Beltrán

El dolor compartido, reflexiones sobre el 11-M:

Equipos de intervención psicosocial en emergencias de Cruz Roja Española
Dori Moreno Sánchez

155 narraciones teñidas de valentía y sensibilidad, de coraje y humanidad, de....
María Dolores Rolle Fernández

Intervención en crisis en situación de desastre y duelo agudo: La experiencia del dispositivo en el tanatorio de San fernando de Henares (Madrid), tras el 11-M
Rosa M^a Martín Oterino, Margarita Montes Arribas y Begoña Berasategui Larrinaga

Presentación

La revista electrónica Cuadernos de Crisis, pretende servir de punto de encuentro empírico y teórico, a todos aquellos profesionales que trabajan o se interesan en la aplicación del conocimiento general psicológico a la práctica cotidiana de los servicios de emergencia y a las emergencias en general.

Eje central de esta práctica es la intervención desde la psicología en incidentes y situaciones de tipo crítico o en sus posibles consecuencias: el estrés postraumático.

Estas páginas acogerán también trabajos que por sus características tengan elementos comunes o fronterizos con la teoría y la práctica de las áreas anteriormente citadas.

Aunque su marco geográfico tiene como único límite el que se deriva de la accesibilidad a la red, el marco cultural de referencia en el que se inscribe es el de la comunidad de países de habla hispana.

*“La suscripción es gratuita.
Si desea estar puntualmente
informad@ de la publicación de nuevos números
así como de otras actividades,
no tiene más que
rellenar el formulario disponible en:
<http://www.cuadernosdecrisis.com/>”*

Cubierta

Madrid. Estación de Atocha.

FOTO DE: ANA LILLO DE LA CRUZ

El Consejo de Redacción y el Editor no se responsabilizan del contenido de los artículos, la responsabilidad de los cuales recae únicamente en sus autores.

Dirección

Ferran Lorente i Gironella.

felogi@cuadernosdecrisis.com

Psicólogo emergencista. Miembro de la “Unitat de Psicòlegs de Bombers”.
Direcció General d’Emergències i Seguretat Civil de la Generalitat de Catalunya.
Bomberos.
Girona

Ignasi Brunet i Bragulat.

natxu@cuadernosdecrisis.com

Psicólogo emergencista.
Jefe de la “Unitat d’Assistència i Intervenció en Crisi”.
Direcció General de Seguretat Ciutadana,
Policia de la Generalitat–Mossos d’Esquadra”.
Barcelona

Consejo de redacción

Dr. Luis de Nicolás y Martínez.

Doctor en Psicología.
Catedrático de la
Universidad de Deusto.
Bilbao.

Jordi Vilamitjana i Pujol

Filólogo, periodista y escritor especializado en emergencias.
Diari de Girona.
Girona

Agusti Ruiz i Caballero

Médico de emergencias.
Direcció General d’Emergències i Seguretat Civil de la Generalitat de Catalunya.
Barcelona.

Josep Garre i Olmo

Psicólogo y epidemiólogo.
Hospital de
Sta. Caterina.
Girona

Estela Cocera i Esteban

Psicóloga clínica.
Tarragona

Contacto

Consejo de redacción:

redaccion@cuadernosdecrisis.com

Dirección:

direccion@cuadernosdecrisis.com



Editorial

Ferran Lorente i Gironella

Debriefing: Una revisión acerca de la polémica actual

Beatriz Vera Poseck

Taxonomía y Diferencias Entre Los Distintos Tipos de Desastres

Mónica García Renedo y José Manuel Gil Beltrán

El dolor compartido, reflexiones sobre el 11-M:

Equipos de intervención psicosocial en emergencias de Cruz Roja Española

Dori Moreno Sánchez

155 narraciones teñidas de valentía y sensibilidad, de coraje y humanidad, de.....

M^a Dolores Rolle Fernández

Intervención en crisis en situación de desastre y duelo agudo: La experiencia del dispositivo en el tanatorio de San Fernando de Henares (Madrid) tras el 11-M

Rosa M^a Martín Oterino, Margarita Montes Arribas y Begoña Berasategui Larrinaga

Editorial

Tenéis ante vosotros el quinto número de Cuadernos, el primero en aparecer tras el siniestro atentado del 11 de marzo, vaya antes que nada nuestra solidaridad con las víctimas y nuestro repudio para toda forma de violencia, de igual modo manifestamos nuestro compromiso con la paz y la libertad.

Tras estas premisas que creemos justas e indispensables, diremos que la más elemental de las lecturas hace evidente que se trata de un momento histórico no solo para el país sino también para la intervención psicológica en emergencias.

Las lecciones que nos dará el detenido análisis y estudio de esta crisis colectiva serán capitales para el futuro teórico y aplicado de nuestra disciplina en España. A fin de colaborar en la medida de nuestras posibilidades en esta tarea, hemos pedido a los miembros de nuestro colectivo profesional que han participado en el operativo de asistencia psicológica que se ha realizado en Madrid, su visión de los hechos a través de los trabajos que crean oportunos.

Nuestra intención inicial era la de publicar un monográfico que abarcara de modo exhaustivo todos los aspectos del trabajo de intervención en crisis y salud mental entorno al 11-M, posteriormente nos dimos cuenta de la dificultad que entraña sobre todo el factor temporal.

Entre muchas razones debido a que una gran parte del dispositivo de asistencia y seguimiento psicosocial desplegado en torno a los afectados, todavía se encuentra en funcionamiento. Es esta una faceta que a pesar de encontrarse más próxima de la clínica tradicional que de las emergencias no podemos olvidar, ya que en definitiva las intervenciones de emergencia se verán reflejadas de un modo u otro en el devenir de las vidas de los asistidos, sea mediante una resolución positiva de la crisis que redunde en un mayor crecimiento personal, sea lo contrario.

En este sentido serian deseables trabajos que desde la evidencia respondieran a las múltiples preguntas que nuestra comunidad tiene en mente, ni que decir tiene que ofrecemos nuestras páginas para ello.

Por todo lo antedicho publicaremos los trabajos según vayan llegando en los números regulares de Agosto, Enero y sucesivos, aprovecho el púlpito de esta editorial para solicitar la colaboración en esta empresa de aquellos implicados en el operativo a los cuales no hemos podido tener acceso por las vías de contacto utilizadas hasta la fecha.

Disponemos de tres interesantes trabajos sobre el 11 M , nos llegan con todas las ventajas e inconvenientes de la inmediatez, pero aderezados del conocimiento que da la veteranía, no en vano sus autores llevan tiempo trabajando en la intervención sobre el terreno y en la gestión de grupos de intervinientes, tras sus nombres encontramos algunas de las grandes instituciones que intervienen en la resolución de las emergencias, Cruz Roja, SAMUR, Voluntarios COP y/o prestigiosas entidades privadas.

En otro orden de cosas, dos trabajos de gran calidad, aunque ajenos al 11 M vienen a completar este número de Cuadernos.

Beatriz Vera publica una interesante y documentada revisión sobre la polémica vigente entorno el tema del debriefing, sus planteamientos sabemos que serán polémicos y tendrá repercusiones, una técnica

tan emblemática como esta no deja a nadie indiferente. Precisamente de eso se trata, de poner en marcha el debate científico entorno a los temas de interés profesional.

Mónica García Renedo y José Manuel Gil Beltrán, siguen ahondando en los aspectos conceptuales de las catástrofes y las emergencias, el actual artículo “Taxonomía y diferencias entre los distintos tipos de desastres” debe considerarse vinculado y de algún modo continuación del ya publicado por los mismos autores en enero “Aproximación conceptual al desastre”.

Un buen material de trabajo para este verano.

Debriefing: una revisión acerca de la polémica actual

Beatriz Vera Poseck

Psicóloga

Contacto: beveposeck@yahoo.com

Resumen

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.

Abstract

Although posttrauma intervention has a history dating back more than 60 years, the practice of formalized intervention has grown exponentially since early 1980s. For work-related populations, the growth in intervention has founded primarily in one modality: Critical Incident Stress Debriefing (CISD, Mitchell 1983).

Debriefing fails to emerge in a range of empirical studies, and many studies seem to be suggesting an oddly paradoxical negative effect. Despite this, debriefing currently stands as the panacea organizational response for stressfull conditions. Thus, debriefing has emerged as one of the most controversial interventions in clinical psychology.

Introducción

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 este 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. 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 de tratar de forma sistemática a aquellas personas expuestas a experiencias traumáticas (Paton, Violanti y Dunning, 2000; Sthulmiller y Dunning, 2000a). 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. 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...

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.

La confusión terminológica

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. 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 , debriefing...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 (ECA) que se ciñan por completo a él.

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. Si bien, otros autores defienden la vuelta a la concepción original (Morris, 2000).

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 (Dyregrov, 1998). 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 comprensivo (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 (ECA) que utilice el programa completo (Boudreaux y McCabe, 2000).

La polémica acerca de la eficacia de la técnica

Quizá por su bajo coste, por su facilidad de aplicación o por la falta de alternativas, el debriefing ha sido adoptado por una gran cantidad de terapeutas, y es utilizado tanto en la práctica clínica (normalmente en su modalidad individual) como en situaciones de emergencias y desastres (normalmente en su modalidad grupal). Así, la técnica ha sido objeto de una amplia difusión, considerada por muchos como la panacea en la intervención psicológica en cualquier tipo de situación traumática (Stuhlmiller y

Dunning, 2000a, 2000b). Desgraciadamente, este gran nivel de aceptación no refleja la calidad de la técnica, pues no hay estudios que prueben de forma sólida su eficacia (Kenardy y cols., 1996, 2000; Raphael, 1995; Rose, Wessely y Bisson, 2003, McNally, Bryant y Ehlers, 2003), a la vez que existen otros que demuestran su ineficacia, apuntando incluso a su posible nocividad (Kenardy y cols., 2000; Raphael, 1995; Hobbs, et al., 1996; Bisson et al., 1997; Small et al., 2000) al impedir la recuperación natural del trauma (Bisson et al. 1997; Kraus, 1997; Turnbull et al., 1997; Carlier et al., 1998; McNally et al., 2003) y acentuar la respuesta de estrés favoreciendo reacciones depresivas o postraumáticas (Matthews, 1998; Yehuda y McFarlane, 1997).

A pesar de los resultados contradictorios, el debriefing continúa siendo la técnica más utilizada en psicología de emergencias y desastres, convirtiéndose así en una de las intervenciones más controvertidas y polémicas de toda la psicología clínica y la psiquiatría de los últimos años (Raphael y Wilson, 2000).

Los problemas metodológicos de los estudios

Sin duda, el factor que de manera más clara impide que se llegue a conclusiones válidas acerca de la validez y eficacia de esta técnica es el hecho de que tanto los estudios que arrojan resultados positivos como los que invalidan la técnica adolecen de serios problemas metodológicos (Mitchell y Everly, 2000; McNally et al., 2003), a lo que hay que añadir los problemas en la propia definición de la técnica (Mitchell y Everly, 2000; Hodgkinson y Stewart, 1997) que no hacen sino dificultar las investigaciones, ya que en la mayoría de los estudios el debriefing no está bien definido. Y es que, en general, la calidad de los estudios acerca de la técnica es mala, incluso cuando se trata de ensayos controlados aleatorios (Bisson et al., 2000).

A pesar de que existen algunos estudios que apoyan la técnica y encuentran resultados favorables, ninguno de ellos es capaz, dadas sus limitaciones metodológicas, de demostrar de forma sólida que el debriefing sea una herramienta eficaz para mitigar el estrés y prevenir patologías postraumáticas (McNally et al., 2003).

Para que un estudio sea metodológicamente válido y demuestre con solidez la eficacia o no de la técnica, es necesario que un grupo de sujetos sea asignado de forma aleatoria a participar en una intervención CISD mientras que otro grupo (control) no sea sometido a ninguna intervención, además es necesario que existan medidas de la sintomatología anteriores y posteriores a la intervención, acompañadas de medidas de seguimiento a los 6 meses y varios años después. Sin embargo, este tipo de ensayos controlados aleatorios (ECA) son difíciles de conseguir en unas circunstancias tan delicadas como las que derivan de una situación de crisis (Pennebaker, 2000; McNally et al., 2003).

Algunos defectos metodológicos comunes en este tipo de estudios son; un pequeño tamaño de la muestra, ausencia de grupo control, ausencia de asignación aleatoria, diferentes grados de trauma

anterior a la intervención, intervenciones realizadas por personas no entrenadas o sin experiencia, variaciones en la aplicación...

La posición del autor de la técnica

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. 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 (Hodgkinson y Stewart, 1997). 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. 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.

Estudios 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 si previenen de la necesidad de ser cautelosos con la aplicación de la técnica (Kenardy, 1998)

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 ineffectividad 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 (Matthews, 1998). 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. (2001a), 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. No hay que dejar de apuntar, sin embargo, 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, 2001b). 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 general (Powell y Davies, 2001).

Se ha tratado también de demostrar la eficacia del debriefing en la adaptación emocional de mujeres que han sufrido abortos involuntarios, y se ha comprobado que, aunque las sesiones eran percibidas como positivas por las mujeres (valoración subjetiva), la técnica no influye en su reestablecimiento emocional (Lee et al., 1996).

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 (véase Wessely, Rose y Bisson., 1998; van Ameringen et al., 2002; Litz et al., 2002; Rose et al., 2003; 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 (Wessely et al., 1998). 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).

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 (véase Jenkins, 1996; Amir et al., 1998; Campfield y Hills., 2001), por lo que no pueden tomarse

en consideración los resultados y conclusiones que arrojan (Hodgkinson y Stewart, 1997; Carlier y Gersons, 2000). Otros estudios presentados como defensa incurren en importantes modificaciones de la técnica original. (véase Busuttil et al., 1995), incluso algunos ni siquiera hacen referencia explícita al debriefing (véase Leeman-Conley, 1990; Bordow y Porrit, 1979; Bunn y Clarke, 1979) o se presentan con muestras tan pequeñas que es imposible realizar análisis estadísticos válidos (véase Stallard y Law, 1993).

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 (Carlier y Gersons, 2000; Brom et al., 1993; van der Velden, 1997), 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 (Kenardy, 2000; Carlier y Gersons, 2000).

¿Por qué el debriefing a ocupa un sitio privilegiado a pesar de las críticas?

A la vista de los resultados contradictorios es factible preguntarse el porqué de esta aceptación incondicional. Son muy distintas las respuestas, y quizá no se ha llegado todavía a un consenso claro, sin embargo, no parece posible entender la situación actual sin tener en cuenta intereses que van más allá del propio ejercicio de la psicología, como intereses económicos y legales. Al respecto, algunos autores recalcan el hecho de que a organizaciones, bancos, hospitales y agencias, les conviene continuar utilizando esta técnica dado su bajo coste en comparación con otras y la dificultad de desarrollar alternativas (Kenardy, 2000; Paton, 2000; Stuhlmiller y Dunning, 2000a). Además, gracias a la simplicidad del protocolo es posible emplear la técnica de manera universal, aplicándola a todo tipo de individuos y grupos, sin tener en cuenta su cultura, experiencia o características de personalidad (Paton et al., 2000) algo que reduce enormemente los costos.

En otro sentido, se ha defendido que la práctica clínica del debriefing en situaciones de emergencia se ha consolidado más por la inmediatez del imperativo de ayudar que por el desarrollo de una teoría sólida y cuidadosamente evaluada (Bisson et al, 2000). Se ha dicho también que el debriefing es percibido de una forma tan positiva porque satisface las necesidades imperiosas de muchos colectivos; la necesidad de aquellos no directamente afectados de superar su sentimiento de culpa por sobrevivir; experimentando de forma vicaria el suceso traumático, la necesidad de los directamente afectados de comprender y controlar lo sucedido y la necesidad de los trabajadores de asistir a aquellos que sufren (Raphael et al., 1995)

¿La aceptación de una técnica es suficiente para validarla?

Muchas de las posturas que apoyan la eficacia de la técnica se basan en el buen acogimiento que despierta entre los individuos intervenidos. Sin embargo, aunque muchos estudios demuestran que el debriefing es acogido con satisfacción por los participantes, y que muchas de las personas que lo reciben lo etiquetan como útil o muy útil (Robinson y Mitchell, 1993; Lee et al., 1996; Carlier et al., 1998; Kenardy, 1998; Regher y Hill, 2000; Small et al, 2001), esto no suele ir asociado con resultados positivos en la intervención (Lee et al., 1996; Bisson et al., 1997; Carlier et al., 1998; Carlier y Gersons, 2000; McNally et al., 2003) ni con disminuciones en la sintomatología o cambios beneficiosos en otros

índices (Paton et al., 2000). Además, existen estudios cuyos resultados no son tan contundentes en este aspecto. Así por ejemplo, en el estudio de Matthews realizado con personal de emergencia, 8 de los 14 sujetos intervenidos (57%) encontraron positiva la intervención, si bien los 6 restantes (43%) consideraron que era inútil (Matthews, 1998).

Cabe pensar además, que la buena aceptación de los individuos intervenidos, no signifique más que el reflejo de una actitud educada y de gratitud por la atención recibida (McNally et al. 2003), ya que las personas expuestas a situaciones traumáticas son fácilmente sugestionables acerca de la necesidad de intervenciones que les protejan de posteriores trastornos (Stuhmiller y Dunning, 2000a).

La fortaleza del ser humano y la recuperación natural del trauma

Los estudios prospectivos han demostrado que la mayoría de los individuos implicados en sucesos traumáticos no desarrollan patologías y, de hecho, acostumbran a recuperarse por sí mismos de los síntomas iniciales durante los meses subsiguientes. Podemos deducir entonces, que la mayoría de las personas sometidas a debriefing después de un suceso traumático no desarrollarán TEPT, generando así una falsa sensación de eficacia respecto al valor preventivo de la técnica (Hodgkinson y Stewart, 1990; Stuhmiller y Dunning, 2000a; Bisson et al., 2000). La existencia de la recuperación natural otorga una gran ventaja a los estudios que intentan demostrar la eficacia de la técnica, ya que el hecho de no encontrar secuelas traumáticas en los sujetos puede ser confundido con la efectividad de la técnica, a la vez que el encontrar respuestas traumáticas puede ser erróneamente achacado a que sin la intervención las respuestas hubieran sido mayores (Stuhmiller y Dunning, 2000a), es decir, nos encontramos ante una situación ilusoria, en la que siempre es posible concluir que la técnica es eficaz.

El ser humano tiene una remarcable capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y de crecimiento personal ante las experiencias traumáticas más terribles, sin embargo, esta capacidad ha sido ignorada e inexplicada por la psicología durante muchos años (Gillham y Seligman, 1999). De hecho, algunos autores afirman que existe un proceso social de carácter cognitivo, la “amplificación social del riesgo” que se refleja en una tendencia general a sobreestimar la magnitud, generalización y duración de los sentimientos de los demás (Paton et al., 2000; Brickman, Coates y Bulman, 1978), tendencia que quizá puede explicar en parte la victimización a la que se ven sometidas aquellas personas que sufren experiencias traumáticas. Se ha sugerido que el debriefing “medicaliza” las respuestas normales de estrés generando en los individuos unas expectativas de desarrollar posteriores patologías (Raphael, 1995).

El tratamiento que promueve el debriefing, que interviene a todas las personas expuestas a un suceso traumático, es excesivo e ignora los efectos positivos de las estrategias naturales de afrontamiento de las que estamos dotadas las personas y la capacidad potencial de todo ser humano de aprender y crecer a raíz de una experiencia traumática (Stuhmiller y Dunning, 2000a, 2000b; Gist y Woodall, 2000). Además, focaliza demasiado en el trauma excluyendo otros estresores de mayor relevancia, pudiendo

no ser compatible con el coping o las estrategias de afrontamiento naturales de muchas personas. (Raphael, 1995), algo que explicaría los efectos nocivos que han arrojado los resultados de algunos estudios.

Dado que la mayoría de las personas que sufren una experiencia traumática se recuperan del shock inicial de manera natural, sin la ayuda de un profesional (Stuhlliller y Dunning, 2000a; McNally et al., 2003), parece de suma importancia establecer de forma minuciosa la eficacia de las intervenciones terapéuticas destinadas a este fin en comparación con la recuperación natural (McNally, et al., 2003).

La necesidad de expresar emociones

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 (Stuhlmiller y Dunning, 2000a). 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 (Rojas Marcos, 2002), 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 abreación o 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). Incluso Pennebaker, uno de los autores que más ha defendido los beneficios de relatar la experiencia traumática, reconoce que, a corto plazo, puede ser psicológicamente perjudicial (Pennebaker, 1993). Según este autor, la elicitación verbal de emociones y cogniciones negativas que promueve esta técnica no son efectivas a la hora de aliviar posteriores secuelas, muy al contrario, llevan a la rumiación y a la depresión (Pennebaker, 2000).

Por otro lado, no es lo mismo la comunicación social espontánea que la expresión impuesta propia de un grupo de debriefing, ya que la presión social a hablar y expresar emociones delante de un profesional puede despertar sentimientos de humillación y embarazo en muchas personas (Pennebaker, 2001). Además, el debriefing frecuentemente ocurre sin el necesario desarrollo de una alianza terapéutica entre el facilitador y el grupo. Los trabajadores que intervienen en sucesos traumáticos

deben apoyar y valorar las necesidades de las personas atendidas, pero nunca forzarles a hablar o expresar sus sentimientos y emociones sobre el hecho (McNally et al., 2003). Ya que aquellas personas que sufren un fuerte trauma psicológico no se recuperan más rápido al ser forzados a revivir los hechos o revivir sus recuerdos acerca del acontecimiento traumático (Lavie, 2001). Además, aunque no hay duda de que mucha gente necesita y se beneficia de la expresión verbal y el compartir social, también es cierto que esto no es así para todas las personas (Stuhlmiller y Dunning, 2000a).

Basándose en el hecho de que la ventilación emocional es saludable y la participación social catártica, el debriefing ha institucionalizado mitos y asunciones que no tienen por qué ser válidos, pues no existe evidencia empírica de que la repetición catártica de la experiencia traumática sea realmente beneficiosa o útil (Stuhlmiller y Dunning, 2000a).

Hablar y expresar lo que sentimos es una respuesta humana natural que se tiende a hacer con personas de confianza, pertenecientes a las redes de apoyo social de cada individuo. Cuando se aplican técnicas CISD en víctimas primarias de una emergencia o catástrofe, el grupo recién formado no se encuentra en absoluto cohesionado y los individuos no tienen por qué sentirse seguros y confiar en el resto de los participantes. Tampoco si la aplicación se reduce a personal de emergencias o grupos de rescate es posible afirmar con certeza que los grupos estén lo suficientemente cohesionados como para formar una red de apoyo real. Desgraciadamente, estos grupos no pueden ser considerados verdaderas comunidades terapéuticas y no puede pretenderse lograrlo en una sola sesión (Stuhlmiller y Dunning, 2000a). Por esta razón, algunos autores han defendido que el debriefing es más efectivo cuando se aplica a grupos naturales (Hodgkinson y Stewart, 1990), pero esto supondría reducir drásticamente su campo de actuación en desastres y emergencias.

Por otra parte, parece lícito pensar que los participantes en una sesión grupal de debriefing pueden sufrir un proceso de retraumatización (traumatización secundaria o vicaria) por contagio grupal al escuchar las experiencias vividas por el resto de las personas del grupo (Raphael, 1995; Bisson et al., 2000; Carlier y Gersons, 2000; Gump y Kulik, 1997).

Modelo patogénico vs Modelo salutogénico

Para algunos autores, las críticas al debriefing deben ir más allá de las meras cuestiones procedimentales o metodológicas. De esta manera, se entiende que esta técnica se alza como expresión de una forma determinada de entender y conceptualizar el trauma, más aún, la propia psicología, que es la focalización en lo negativo, en la patología y en la debilidad del ser humano. Esta “psicología de lo negativo” ha contribuido a desarrollar una cultura de la victimología, una visión pesimista de la naturaleza humana, que ha sesgado ampliamente la investigación y la teoría psicológica (Gillham y Seligman, 1999, Seligman y Csikszentmihakyi, 2000). Así, a partir de un modelo patogénico de la naturaleza humana se asume de forma automática que toda persona expuesta a una situación traumática puede desarrollar un TEPT u otras patologías (Mitchell, 1992; Paton et al., 2000), de hecho,

desde este modelo, se considera que cualquier individuo expuesto a un suceso traumático es candidato al debriefing, existan o no síntomas psicológicos (Bisson et al., 2000).

Distintos autores proponen reconceptualizar la experiencia traumática desde un modelo salutogénico, que basado en métodos positivos de prevención, tenga en consideración la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones más adversas (Calhoun y Tedeschi, 1999; Paton et al., 2000; Stuhlmiller y Dunning, 2000a, 2000b; Gist y Woodall, 2000; Bartone, 2000; Pérez-Sales y Vázquez, 2001; Manciaux, 2001).

Futuros pasos

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. No debemos 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 (Stuhlmiller y Dunning, 2000a, 2000b; 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 (Stuhlmiller y Dunning, 2000a). 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 (Stuhlmiller y Dunning, 2000a) 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.

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 (Stulmiller y Dunning, 2000a).

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 contamos con teorías, instrumentos y técnicas científicamente probadas o estamos 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, nuestras intervenciones no serán argumentalmente distintas de los rituales chamánicos contra la enfermedad y el mal (McLeod, 2000).

Referencias bibliográficas

- Amir, M., Weil, G., Kaplan, Z., Tocker, T. y Witztum, E.(1998)Debriefing with brief group psychotherapy in a homogenous group of noninjured victims of a terrorist attack:A prospective study. Acta Psychiatrica Scandinavica, vol.98:237-242
- Bartone, PT.(2000)Hardiness as a resiliency factor for US Forces in the Gulf War. En : JM.Violanti, D.Paton y C.Dunning (Eds.) Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives (115-134) Illinois, Springfield: Charles C.Thomas. Publisher LTD
- Bisson,JI., Jenkins,PL. ,Alexander,J. y Bannister,C. (1997)Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma.British Journal of Psychiatry vol.171: 78-81
- Bisson, JI.,McFarlane, C. y Rose, S.(2000)Desahogo psicológico. En, EB.Foa, TM. Keane y MJ.Friedman,.(Eds.)Tratamiento del estrés postraumático (57-79)Barcelona: Ariel Psicología (2003)
- Bordow, S. y Porrit, D.(1979)An experimental evaluation of crisis intervention. Social Science and Medicine, vol.13(A):251-256
- Boudreaux, ED. y McCabe, B. (2000)Critical Incident Stress Management : Interventions and Effectiveness. Psychiatric Services, vol.51(9) : 1095-1097
- Boyce,P. & Condon,J.(2001) Providing good clinical care means listening to women's concerns. British Medical Journal, vol.322: 928
- Brickman,P., Coates,D., Janoff-Bulman,R. (1978) Lottery Winners and Accident Victims: Is Hapinnes Relative? Journal of Personality and Social Psychology, vol.36 (8): 917-927

- Brom, D., Kleber, R.J. y Hofman, MC.(1993)Victims of traffic accidents:Incidente and prevention of PTSD. Journal of Clinical Psychology, vol. 49:191-195
- Bunn, TA. y Clarke, AM.(1979)Crisis intervention: An experimental study of the effects of a brief period counselling on the anxiety of relatives of seriously injured or ill hospital patients. British Journal of Medical Psychology, vol.52:191-195
- Busuttil, W., Turnbull, GJ., Neal, LA., Rollins, J., West, AG., Blanch, N. y Herepath, R.(1995)Incorporating psychological debriefing techniques within a brief group psychotherapy programme for the treatment of PTSD. British Journal of Psychiatry., vol. 167: 495-502
- Calhoun,L.G. & Tedeschi,R.G. Facilitating Posttraumatic Growth: A Clinician’s Guide. New Jersey: LEA, 1999
- Campfield, KM. y Hills, AM.(2001)Effect of timing of CISD on posttraumatic symptoms.Journal of Traumatic Stress, vol.14:327-340
- Carlier, IVE., Uchelen, JJ. van, Lamberts, RD., Gersons, BPR. (1998)Disaster-related posttraumatic stress in police officers, a field study of the impact of debriefing. Stress Medicine, vol.14:143-148
- Carlier, IVE. y Gersons, BPR.(2000)Brief prevention programs after trauma. En : JM.Violanti, D.Paton y C.Dunning (Eds.) Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives (65-80)Illinois, Springfield: Charles C.Thomas. Publisher LTD
- Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., Thomas, J., Neblett, C. y Jolly, A.(2000)Preventing psychological trauma in soldiers: The role of operational stress training and psychological debriefing. British Journal of Medical Psychology, vol. 73: 77-85
- Dyregrov, (1998)Psychological debriefing-an effective method? Traumatology vol.4(2)
- Ekeberg, O. y Hem,E. Psychological debriefing does it never work? British Journal of Psychiatry, vol.178: 182-183
- Emmerik, AA.van, Kamphuis, JH., Hulbosch, AM y Emmelkamp, PM. (2002)Single session debriefing after psychological trauma:a meta-analysis. Lancet, vol. 360(9335):766-771
- Gillham, JE. y Seligman, M. (1999)Footsteps on the road to a positive psychology. Behaviour Research and Therapy, vol.37: 163-173
- Gist, R. y Woodall, J.(2000)There are no simple solutions to complex problems. En : JM.Violanti, D.Paton y C.Dunning (Eds.) Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives (81-96)Illinois, Springfield: Charles C.Thomas. Publisher LTD

- Gump, BB. y Kulik, JA.(1997)Stress, affiliation and emotional contagion. Journal of Personality and Social Psychology, vol. 72:305-319
- Hobbs,M., Mayou, RA., Harrison,B., Worlock,P.(1996) A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents British Medical Journal, vol. 313:1438-1439
- Hodgkinson,PE & Stewart,M. (1998) Coping with catastrophe: A hand book of Post-disaster Psychological Aftercare. Second Edition. New York: Routledge
- Jenkins, SR. (1996) Social support and debriefing efficacy among emergency medical workers after a mass shooting incident. Journal of Social Behavior and Personality, vol.11:477-492
- Kenardy,J., Webster, RA., Lewin, T.J., Carr, V.J., Hazell, PL. y Carter, GL. (1996)Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. Journal of Traumatic Stress, vol.9 (1): 37-49
- Kenardy, J.(1998)Psychological Stress Debriefing: Where are now? Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies, vol.1
- Kenardy, J.(2000)The current status of psychological debriefing British Medical Journal , vol.321:1032-1033
- Kraus, RP. (1997)Psychological debriefing of acute burn trauma: response. British Journal of Psychiatry, vol.171, 583
- Lavie, P. (2001)Current Concepts:Sleep Disturbances in the Wake of Traumatic Stress.New England Journal of Medicine, vol.345:1825-1832
- Lee,C., Slade,P., Lygo,V. The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: a preliminary study. British Journal of Medical Psychology Mar 1996 vol. 69 (1): 47-58
- Leeman-Conley, M.(1990)After a violent robbery...Criminology Australia, vol.1:4-6
- Litz, BT., Gray, MJ., Bryant, RA. y Adler, AB. Early Intervention fpr Trauma : Current Status and Future Directions Clinical Psychology: Science and Practice 2002 vol.9: 112-134
- Manciaux, M. (2001) La resiliencia:resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa Editorial, 2003
- Martínez-Sánchez, F., Páez Rovira, D., Pennebaker, JW. y Rimé, B.(2001) Revelar, compartir y expresar las emociones : efectos sobre la salud y el bienestar Ansiedad y Estrés, vol.7 (2-3):151-174

- Matthews, LR. (1998)Effect of staff debriefing on posttraumatic stress symptoms after assaults by community housing residents. *Psychiatric Services*, vol. 49: 207-212
- Mayou, RA., Ehlers,A., Hobbs,M.(2000)Psychological debriefing for road traficc accident victims: theree.year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, vol. 176: 589-593
- Mitchell, JT.(1992)Protecting your people from critical incident stress. *Fire Chef*, vol.36:61-67
- Mitchell, JT. Y Everly, GS.(2000) Critical Incident Stress Management and Critical Incident Stress Debriefings:evolutions, effects and outcomes. En: B.Raphael y JP:Wilson (Eds.) *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence (71-80)* New York: Cambridge University Press
- McLeod, M.(2000)The future is always brighter:Temporal orientation and adjustment to trauma. En : JM.Violanti, D.Paton y C.Dunning (Eds.) *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives (166-186)* Illinois, Springfield: Charles C.Thomas. Publisher LTD
- McNally, RJ., Bryant, RA., Ehlers, A. Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest* vol.4 n°2 Nov 2003
- Morris, PLP. Is consensus about debriefing posible? en Raphael, B y Wilson, JP (Ed.) *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence (pp.321-326)* New York 2000 Cambridge University Press
- Paton, D., Violanti, JM. y Dunning, C.(2000) Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives.En : JM.Violanti, D.Paton y C.Dunning (Eds.) *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives (3-9)*Illinois, Springfield: Charles C.Thomas. Publisher LTD
- Pennebaker, JW.(1993) Putting stress into words: health, linguistic and therapeutic implications.*Behaviour Research and Therapy* vol.31 (6): 539-548
- Pennebaker, JW.(2000)The effects of traumatic disclosure on physical and mental health:the values of writing and talking about upsetting events. En : JM.Violanti, D.Paton y C.Dunning (Eds.) *Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives (97-114)*Illinois, Springfield: Charles C.Thomas. Publisher LTD
- Pennebaker, JW.(2001)Solitary disclosure allows people to determine their own dose (Rapid response from bmj.com). *British Medical Journal*, vol. 1: 460
- Pérez Sales, P. Y Vázquez, C.(2000) Reconceptualizar la psicología del trauma desde los recursos positivos: Apuntes para una visión alternativa. (en proceso de publicación)

- Powell, A y Davies, HT (2001)Qualitative research may be more appropriate. British Medical Journal, vol 322 (7291): 928
- Raphael, B., Meldrum, L., Mcfarlane, AC.(1995)Does debriefing after psychological trauma work? British Medical Journal, vol.310: 1479-1480
- Raphael, C. y Wilson, JP.(2000)Introduction and overview: Key issues in the conceptualization of debriefing. En: B.Raphael y JP:Wilson (Eds.) Psychological debriefing: Theory, practice and evidence (1-14) New York: Cambridge University Press
- Regehr, C. y Hill., J.(2000) Evaluating the efficacy of crisis debriefing groups after operative childbirth. Social Work with Groups, vol. 23(2)
- Robinson, R. y Mitchell, J.(1993)Evaluation of psychological debriefings. Journal of Traumatic Stress, vol.6:367-382
- Rojas Marcos, L.(2002) Más allá del 11 de septiembre, la superación del trauma. Madrid: Espasa-Hoy
- Rose, S, Bisson, JI., Wessely, S. (2003)Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Cochrane Review) In; The Cochrane Lybrary, Issue 4,. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Seligman, M. y Csikszentmihakyi, M. Positive psychology:An introduction.American Psychologist Jan 2000 vol.55(1): 5-14
- Small, R., Lumley, J., Donohue, L., Potter, A., Waldenström, U.(2001a)Randomised controlled trial of midwife led debriefing to reduce maternal depression British Medical Journal, vol. 322 (7291): 928
- Small, R., Lumley, J., Donohue, L., Potter, A., Waldenström, U. (2001b)Psychological debriefing: Authors´ reply British Medical Journal, vol.323 (3): 69-79.
- Stallard, P.(2001) Research methodology was inadequate. British Medical Journal, vol. 322(7291): 928
- Stallard, P. y Law, F.(1993)Screening and psychological debriefing of adolescent survivors of life: Threateningevents. British Journal of Psychiatry, vol. 163:660-665
- Stuhlmiller, C. y Dunning, C. (2000a)Challenging the mainstream: from pathogenic to saluthogenic models of posttrauma intervention. En : JM.Violanti, D.Paton y C.Dunning (Eds.) Posttraumatic Stress Intervention: Challenges, Issues and Perspectives (10-42)Illinois, Springfield: Charles C.Thomas. Publisher LTD

- Stuhlmiller, C. y Dunning, C.(2000b)Concerns about debriefing: Challenging the mainstream. En B.Raphael y JP:Wilson (Eds.) Psychological debriefing: Theory, practice and evidence (305-320) New York: Cambridge University Press
- Turnbull, G., Busuttil, W. y Pitman, S.(1997)Psychological debriefing for victims of acute burn trauma.: response. British Journal of Psychiatry, vol.171:582
- Velden, PG. van der., Eland, J y Kleber, RJ (1997) Handbook for care disasters and calamities. Utrech:Instituut voor Psychotrauma
- Watts, R.(1994)The efficacy of critical incident stress debriefing for personnel. Bulletin of the Australian Psychological Society vol., 16: 6-7
- Wee, DF., Mills, DM. y 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, vol.1: 33-37
- Wessely S., Rose S. y Bisson JI.(1998) A systematic review of brief psychological interventions ("debriefing") for the treatment of immediate trauma related symptoms and the prevention of post traumatic stress. In: Cochrane Review. Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software
- Yehuda, R. y McFarlane, A.(1997) Psychobiology of posttraumatic stress disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press
- Yule, W. (1992)Post-traumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters: The sinking of the "Júpiter". Psychotherapy and Psychosomatics, vol. 57: 200-205

Taxonomía y diferencias entre los distintos tipos de desastres

Mónica García Renedo y José Manuel Gil Beltrán

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodológica.

Universitat Jaume I. Castellón de la Plana.

Contacto: 964 729545

renedo@guest.uji.es

jgil@psi.uji.es

Resumen

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. Ello 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. El objetivo del presente trabajo es presentar las diferentes clasificaciones que se han utilizado para diferenciar los diferentes tipos de desastres y sus diferencias en cuanto a las características del propio evento y las repercusiones psicosociales de las víctimas.

Abstract

Not all disasters have the same consequences at individual and social level. It depends, for example on the event's characteristics. Consequently, research has proposed classifications for differencing the types of disasters. Taking into account these differences is relevant for the disaster rescue personal and psychologist. That is, it allows a more exact knowledge about reactions, behaviors and consequences of the victim and to offer the most adequate aid. The aim of this paper is to show the classifications about the types of disasters and to present the differences between the disasters taking into account the characteristic of the event and the psychosocial consequences of the victims.

1. TAXONOMÍA DE LOS EVENTOS GENERADORES DE DESASTRES

El propósito de clasificar los desastres en diferentes tipos se encuentra en dar un marco conceptual para una mejor comprensión del fenómeno (Berren, Santiago, Beigel y Timmons, 1989). Diferentes clasificaciones y categorías de desastres se han derivado de su etiología, sus cualidades y su curso.

1.1. Clasificaciones desde el punto de vista del origen: naturales vs causados por el hombre

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.

Por un lado, siguiendo la clasificación propuesta por Balcarcel, (2000-01) 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. Encontramos 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 nos podemos 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)** los podemos clasificar en:

- *Desastres Contaminantes*: 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. Un ejemplo muy reciente de este tipo de desastres lo encontramos en Galicia con el hundimiento del barco Prestigie (Noviembre, 2002).
- *Desastres Tecnológicos*: en ellos se encontrarían los accidentes tecnológicos, como por ejemplo un choque de trenes, un accidente aéreo.
- *Desastres Socio Naturales*: es la combinación de los fenómenos de la naturaleza pero con la participación de la acción humana. Un ejemplo de este tipo de desastres es el ocurrido en el Camping de Biescas "las Nieves"(Huesca, 1996). Este desastre se originó debido a un fenómeno de la naturaleza (tromba de agua) y a la acción humana (lugar inadecuado para la ubicación del camping).

Otra clasificación atendiendo a las causas de origen (tabla 1), muy similar a la anterior, nos la proporciona la Federación Internacional de la Cruz Roja (IFRC, 1993)

Tabla 1- Clasificación de los desastres

Desastres naturales de ocurrencia súbita e inesperada	Avalanchas, terremotos, inundaciones, ciclones, tormentas, tornados, erupciones volcánicas etc...
Desastres naturales de larga duración	Epidemias, Desertización , Hambre.
Desastres producidos por el hombre de ocurrencia súbita e inesperada	· Accidentes estructurales y de transporte. · Accidentes tecnológicos industriales. · Exposiciones químicas o nucleares. · Contaminación: lluvia ácida, contaminación química y atmosférica. · Incendios
Desastres producidos por el hombre de larga duración.	· Disturbios y guerras civiles o internacionales · Desplazamientos.

Fuente: Federación Internacional de la Cruz Roja (IFRC, 1993)

Esta clasificación, a diferencia de la anterior, introduce una nueva variable; la duración (ocurrencia súbita e inesperada o de larga duración). Así, una combinación de ella con el origen del desastre (natural o humano) nos da la posibilidad de diferenciar cuatro tipos de desastres.

Ahora bien, entendemos que lo que la Organización de la Cruz Roja considera desastres naturales de larga duración (epidemias, desertización, hambre), más bien se podrían considerar como desastres, producto, no de la acción, sino de la inacción humana (son desastres que se producen por una falta de planificación o una inadecuada distribución de recursos, es decir por una inacción humana). Algunos autores consideran este tipo de desastres como calamidades, como los efectos prolongados de un problema social. Por otro lado, cuando consideran que los desastres producidos por el hombre son de ocurrencia súbita e inesperada habría que hacer una matización. No todos los desastres causados por el hombre aparecen de forma súbita e inesperada, por ejemplo los accidentes tecnológicos que causan contaminación atmosférica, residuos tóxicos. Estos accidentes no se producen de forma súbita, son el resultado de largos años de gestación, no produciéndose en un momento crítico como ocurre en los desastres naturales.

Otra clasificación es la ofrecida por Montero (1997). Este autor clasifica los desastres en:

Naturales:

- Geológicas
- Climáticas

- Bacteriológicas
- Animales

Tecnológicas:

- Incendios
- Inundaciones
- Accidentes de circulación, ferroviarios, aéreos, etc..

De guerra:

- Bombardeo intensivo
- Acción química o nuclear
- Invasión de un país
- Campos de minas

Sociales:

- Terrorismo civil
- Hambre
- Secuestros
- Revueltas destructivas

Es importante destacar como en la clasificación presentada por este autor, a diferencia de las anteriores, las inundaciones no son consideradas como desastres naturales sino como tecnológicos. En este sentido, algunas líneas actuales de trabajo ya plantean los desastres causados por las inundaciones como un desastre causado por los humanos donde los conceptos de vulnerabilidad y riesgo humano irían muy ligados a esta idea.

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) nos 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.

1.2. Clasificaciones basadas en más de un criterio

Las anteriores clasificaciones se han basado en un único criterio para diferenciar los diferentes desastres. Berren, Beigel y Gherther (1989) identificaron cinco factores primarios para distinguir un desastre de otro:

- a) Tipo de desastre (natural vs hombre)
- b) Grado de impacto personal
- c) Alcance
- d) Tamaño del desastre

En la figura 1 se muestra dicha clasificación

Figura 1- Tipología de los desastres (Frederick, 1980)

		Inducido por el hombre		Natural		Alcance limitado	Alcance alto
		Grande	Pequeño	Grande	Pequeño		
No momento crítico	Bajo impacto personal						
	Alto impacto personal						
Momento crítico	Bajo impacto personal						
	Alto impacto personal						

Fuente : Berren y otros (1989)

Con este modelo teórico se nos pueden presentar 32 diferentes tipos de desastres. Aunque ciertas combinaciones son casi imposibles, como por ejemplo un desastre que tuviera un momento crítico, un alto alcance y un bajo impacto personal.

a) Con respecto a la 1ª variable del modelo, tipo de desastre” (natural vs. inducido por el hombre). Como hemos comentado anteriormente, ha sido el criterio que más comúnmente se ha utilizado para diferenciar los diferentes tipos de desastres.

Siguiendo a Berren y otros (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 (desastres hídricos). Supongamos el siguiente ejemplo, sobre un terreno por el que pasa un río seco que durante varios siglos no ha pasado agua se edifica una serie de construcciones. Un día de verano se produce una tromba de agua que afecta seriamente a la vida de decenas de personas y causa graves daños materiales. En el caso presentado, ¿podemos decir que el evento (lluvia torrencial) ha sido la causante del desastre? ¿o por el contrario la causa precipitante ha sido la edificación en un lugar inadecuado? Probablemente la respuesta esté en una combinación de las dos causas precipitantes (la edificación en un lugar inadecuado precipito a que la lluvia torrencial causara muchos

más daños), estando muy ligada al concepto de vulnerabilidad que alude Britton (1986) a la hora de hacer referencia a los desastres y al producto social que alude Puy y Romero (1998). Por todo ello, en muchas ocasiones los desastres vienen propiciados por una combinación de la acción de la naturaleza y del hombre. Atendiendo a esta consideración, Keller y Wilson (1990) nos presentan una clasificación de los desastres y sus agentes predominantes (tabla 2).

Tabla 2- Clasificación de los desastres y sus agentes predominantes (Keller y Wilson ,1990)

Tipo de desastre	Natural	Humano	Hídrico
Avalanchas, aludes, etc	SÍ	NO	SÍ
Corrimientos de tierra, barro	SÍ	SÍ	SÍ
Transporte aéreo	NO	SÍ	SÍ
Climático	SÍ	NO	?
Sequía	SÍ	SÍ	SÍ
Hambre	SÍ	SÍ	SÍ
Epidémico	SÍ	NO	SÍ
Plaga	SÍ	SÍ	SÍ
Terremoto	SÍ	NO	NO
Incendio	SÍ	SÍ	SÍ
Explosión	NO	SÍ	NO
Inundaciones	SÍ	NO	SÍ
Transporte Marítimo	NO	SÍ	SÍ
Minas, Prospecciones	NO	SÍ	SÍ
Accidente ferroviario	NO	SÍ	SÍ
Actividad Volcánica	SÍ	NO	NO
Otros / misceláneos	NO	SÍ	SÍ

En esta línea, y agrupándolos por la causa precipitante Raphael (2000) nos ofrece la clasificación que se muestra en la tabla 3. A diferencia de Keller y Wilson, esta autora no tiene en cuenta aquellos desastres en los que se puede producir por una combinación de factores humanos y naturales.

Tabla 3 - Clasificación de los desastres (Raphael, 2000)

	NATURAL	PROVOCADOS POR EL HOMBRE
TIERRA	Avalancha Terremotos Erosiones Erupciones Depósitos minerales tóxicos	Irresponsabilidades ecológicas Accidentes de tráfico masivos Negligencias ecológicas Lluvia radioactiva Contaminación
AIRE	Ventiscas Ciclones Huracanes Meteoritos/actividad del planeta Cambios de temperatura Tornados	Accidentes de avión Secuestros Lluvia ácida Accidentes espaciales Contaminación
FUEGO	Incendios Relámpagos	Fuegos intencionados
AGUA	Sequía Inundaciones Tormentas Tsunamis	Accidentes marítimos
HUMANOS	Plagas Epidemias Hambruna Sobrepoblación	Conflictos civiles Guerras

b) La segunda variable del modelo es la del momento crítico vs. ausencia de momento crítico del desastre.

El momento crítico del desastre hace referencia a la ocurrencia del desastre en el tiempo y espacio. Si ponemos como ejemplo cualquier desastre natural, el momento crítico se situaría en el momento en que el evento está causando los daños en la comunidad, generalmente con una duración determinada. Por el contrario, cuando hacemos referencia a un desastre sin un momento crítico nos estamos refiriendo a algunos desastres causados por el hombre. Este tipo de desastres son los que se están imponiendo cada vez más en nuestra sociedad tecnológica, como por ejemplo un desastre tóxico. Debido a sus características, Berren y otros (1989) les denominan “nuevos tipos de desastres invisibles”. Utilizan el calificativo de invisible porque consideran que el alcance y las consecuencias del mismo no son tan visibles como en los desastres naturales, arrastrando las consecuencias durante muchos años. El ejemplo del desastre más largo y reciente de la historia lo encontramos en el accidente nuclear de Chernobyl (mayo, 1986). Aparentemente, una combinación de errores humanos causó que la planta principal se incendiara, causando una gran acumulación de radioactividad. En un primer momento la

información sobre el impacto potencial del desastre no estuvo muy clara. Después de unos meses, estas consecuencias empezaron a estar más claras. El alcance de los efectos fueron bastante dispersos, no solo en términos de lugar geográfico sino también en el tiempo.

Estos nuevos “desastres invisibles” son muy significativos porque las consecuencias emocionales son diferentes de otros desastres más tradicionales. En los desastres naturales, como por ejemplo un terremoto, una inundación etc..., hay una evidencia inmediata para cualquiera que el desastre ha ocurrido; hay un impacto y un momento crítico. Inmediatamente después de este impacto, proceden los actos de heroísmo (personal técnico y voluntarios trabajando día y noche). Por el contrario, en las situaciones de desastres “invisibles” no hay una evidencia perceptible del desastre, por lo que el impacto inicial tiene unas connotaciones diferentes. Este impacto inicial se situará en lo que puede suceder en los años siguientes, es decir se anticipará el impacto inicial. Tampoco nos encontramos con un momento crítico y sin él tampoco se van a producir los actos de heroísmo presentes en los desastres naturales.

c) La tercera variable del modelo hace referencia al alcance del desastre. Muchos desastres tienen un área geográfica concreta, como puede ser un terremoto que afecte a una comunidad en concreto. Aunque otras personas ajenas a la comunidad (turistas) podrían estar afectadas, la mayoría de las víctimas serían los miembros de esa comunidad. Por el contrario, otros desastres afectan a miembros de diferentes comunidades, como puede ser un accidente de un avión que hace vuelos internacionales. Así, las víctimas de estos desastres serían de diferentes comunidades y las víctimas secundarias (familias) estarían dispersas por todo el planeta.

La diferencia más significativa entre las víctimas de un desastre que afecta a una comunidad y las víctimas de un desastre de mayor alcance se sitúa en la cohesión de grupo y el factor de apoyo. Se produciría un “sufrimiento del fenómeno” en aquellos desastres que afectan a una comunidad, formando una mayor cohesión de grupo.

d) La cuarta variable del modelo es el tamaño del desastre. Un gran desastre tiene grandes implicaciones, no solo en las consecuencias emocionales de las víctimas, sino también en los efectos negativos acumulativos que tiene para el sistema (cuidados sanitarios, asistencia social, viviendas). Este aspecto puede aumentar el número de víctimas primarias.

Un mismo desastre puede no afectar por igual a todas las comunidades, su alcance y los daños pueden ser muy diferente en las distintas comunidades. Entre los diferentes factores que pueden afectar nos encontramos con los conceptos de amenaza, riesgo y vulnerabilidad. Es importante que todas las comunidades dispongan de una adecuada evaluación de las amenazas, los riesgos y las vulnerabilidades a que está expuesta una comunidad. Para identificar y evaluar los riesgos, resulta imprescindible evaluar las amenazas y las vulnerabilidades a la que cada comunidad está expuesta. En función de esos análisis las diferentes comunidades deberían adoptar los medios más adecuados, para

que en caso de desastre se minimizaran las consecuencias. Aquellas comunidades más vulnerables a los desastres son aquellas que sufrirán un mayor impacto del desastre, como por ejemplo comunidades que minimicen los riesgos, que construyan casas en terrenos bajos en zonas inadecuadas, construcciones de escasa calidad..

e) Por último, el grado de impacto personal es la última variable del modelo presentado. Así como los desastres difieren en tipos y grados, las víctimas de un desastre difieren en la magnitud y el tipo de impacto que les suponen. El grado y el tipo de impacto de una persona no está necesariamente relacionado con el tipo o tamaño del desastre. Este impacto depende más de otras variables como pueden ser características de personalidad, peligro percibido contra la propia vida, experiencias propias, daños causados, recursos, si la víctima está directamente involucrada en el desastre, pérdidas.

2. DIFERENCIAS ENTRE LOS DESASTRES NATURALES Y CAUSADOS POR EL HOMBRE

Aunque existen similitudes entre ambos tipos de desastre con respecto a las pérdidas masivas materiales y personales así como a la grave desorganización social, existe un acuerdo unánime entre los diferentes autores en considerar algunas diferencias importantes entre ambos tipos de desastres. Estas diferencias se sitúan principalmente en diferencias en cuanto a las características del evento y características en cuanto a las consecuencias y repercusiones psicosociales en las víctimas.

2.1. Diferencias en cuanto a las características del evento

Baum (1987) nos proporciona un resumen de las diferencias entre los desastres naturales y tecnológicos (tabla 4).

Tabla 4- Resumen de las características de desastres (Baum ,1987)

Características	Natural	Provocado por el hombre
Brusquedad	A menudo es repentino	Puede ser repentino o puesto en marcha, provocado
Potencia de impacto	Generalmente es poderoso, potente	Generalmente es poderoso, potente
Daños visibles	Generalmente causa daños pérdidas	Puede no causar daños, pérdidas
Predictibilidad	Algo predecible	No muy predecible
Percepción de control	Incontrolable, fuera del control humano	Incontrolable, pero potencialmente controlable Son resultado de una pérdida de control
Extensión de los efectos	Generalmente se limita a las víctimas	Pérdida de confianza y credibilidad en los agentes humanos percibidos por parte de las víctimas y del público en general
Persistencia de los efectos	Superior a un año, en su mayoría agudos	Puede ser crónico por la incertidumbre a largo plazo

Fuente: De Nicolás y otros (1993)

Siguiendo las características diferenciadoras entre los desastres naturales y los causados por el hombre presentadas por Baum vemos como mientras que en los desastres naturales su origen en la mayoría de veces es repentino, en los provocados por el hombre, además, también pueden ser desencadenados por la acción humana. Así mismo, los desastres naturales generalmente siempre causan daños y pérdidas, a todos nos vienen a la mente escenarios dantescos creados por desastres naturales, como viviendas destrozadas, cuerpos mutilados, lodo...Por el contrario, en los desastres causados por el hombre pueden no causar daños y los efectos pueden no ser tan visibles.

Otra diferencia se situaría en las características relacionadas con la brusquedad, predictividad y capacidad de control. Mientras que una de las características comunes en los desastres naturales se encuentra en su brusquedad, poca predictividad y poca capacidad de control, en los desastres causados por el hombre estos factores dependen de la acción de los humanos siendo menos predecibles que los desastres naturales. Estos desastres suelen ser, en la mayoría de los casos, resultado de una pérdida de control.

Gracias a los nuevos avances de las ciencias, hoy en día es posible predecir algunos desastres naturales con algún tiempo de antelación para que la población se prepare y tome los planes de acción más adecuados, este hecho nunca ocurre con los desastres causados por el hombre, donde su ocurrencia es algo impredecible.

En este sentido, Kasperzon y Pijawka (1985) sugieren que los desastres tecnológicos son poco familiares y más temidos por el público porque sus efectos a largo plazo en la salud no están bien entendidos y porque pueden llevar consigo altos niveles de conflicto postdesastre comunitario y más bajo grado de soporte comunitario y movilización que los desastres naturales.

Con respecto a la percepción de control, en los desastres naturales, las víctimas asumen su incontrolabilidad mientras que en los provocados por el hombre la percepción es también de incontrolable pero perciben que podía haber sido controlable, lo atañen a una pérdida de control del ser humano.

Por último, los efectos y las consecuencias que desencadenan los desastres naturales se limita a las víctimas mientras que en los causados por el hombre se da una falta de confianza por parte de las víctimas así como del público en general. Estos efectos traen consigo, en ambos casos, una serie de reacciones y consecuencias psicológicas, pero mientras que en los desastres naturales su persistencia no será superior a un año, en los desastres causados por el hombre puede ser crónico debido a la incertidumbre que crea a largo plazo.

2.2. Diferencias en cuanto a las reacciones y repercusiones psicosociales de las víctimas

Frederick (1980) sugiere que ambos tipos de desastres no son equivalentes, cada uno de ellos tiene unas consecuencias diferentes para sus víctimas. Sugiere que las víctimas de los dos tipos de desastres difieren en términos de las fases emocionales por las que pasan, los síntomas psicológicos que sufren y los procesos sociales que encuentran. En la tabla 5 se presentan las diferencias específicas concebidas por Frederick entre estos dos tipos de desastre.

Tabla 5- Diferencias entre los desastres naturales y los causados por los hombres (Traducido de Frederick ,1980)

DESASTRE NATURAL	DESASTRES INDUCIDOS POR EL HOMBRE
FASES	
<ul style="list-style-type: none"> - Impacto inicial - Heroísmo - “Luna de miel” - Desilusión - Reorganización 	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto inicial - Aceptación - Interacción con el causante - Desintegración. - Conformismo / Renuncia
SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS	
<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Fobias referidas al suceso - Algo de culpa referida a otras víctimas - Paranoia respecto a los funcionarios del gobierno. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Fobias referidas al suceso - Culpa con respecto a los demás - Moderada incomodidad respecto a los funcionarios.
PROCESOS SOCIALES	
<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos de pérdida - Aceptación por los demás - Ningún tipo de humillación - Ninguna duda de los demás hacia la sinceridad de sus demandas - Cohesión a corto plazo 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos de pérdida - Rechazo por los demás - Humillación - Dudas de los demás hacia la sinceridad de sus demandas - Cohesión a largo plazo

Una de las principales diferencias se encuentra en la implicación percibida de las víctimas. Según este autor, las víctimas de desastres naturales son percibidas como víctimas de eventos totalmente fuera de su control, mientras que las víctimas de la violencia son generalmente percibidas como parcialmente responsables de su destino generando más rechazo por parte de los demás y una cohesión social más a largo plazo.

Con respecto a los sentimientos y emociones que evocan ambos tipos, en los desastres causados por el hombre se asocia un sentimiento mayor de indefensión e incertidumbre debido al escaso control sobre la duración y los tipos de efectos. Las víctimas de desastres tecnológicos tienen una visión más negativa sobre sí mismos, el mundo y otros, mientras que las víctimas de desastres naturales empiezan

a dudar del sentido del mundo y lo van a percibir como menos benevolente (Janoff-Bulman, 1992). Los problemas psicológicos tienden a ser más graves y duraderos cuando las causas son obra del ser humano y no meramente accidentales. En el siguiente ejemplo quedan ilustrados los efectos a largo plazo de un desastre causados por un error humano:

“El trastorno de la colza (aceite tóxico) en España fue un desastre por intoxicación en el que hubo 20.000 personas implicadas, con un resultado de 349 muertes y numerosas invalideces. Se determinó que la tragedia fue producida por aceite adulterado vendido como aceite de oliva. Los pacientes supervivientes a la fase aguda de la enfermedad han sufrido posteriormente problemas de parálisis, atrofia y de infección, así como una destrucción del núcleo familiar como consecuencia de la muerte de familiares. Un tercio de las personas afectadas fueron derivadas a ayuda psiquiátrica, más del 71% eran mujeres, las cuales experimentaban angustia, tristeza y depresión. La mitad sufría de irritabilidad e insomnio y un 20% sufría de inestabilidad, pérdida de memoria a corto plazo, pérdida de concentración y pérdida de vitalidad.”

Fuente López-Ibor et al (1985), en Martín Beristain (1999)

Con respecto la diferenciación hecha por algunos autores entre los actos de omisión y comisión dentro de los desastres causados por los hombres también se puede destacar algunas diferencias notables. La primera diferencia entre los mismos se encuentra en el impacto inicial. Por un lado, en los actos de omisión, el impacto inicial sigue a una comunicación pública de los eventos precipitantes. A diferencia de las víctimas de desastres naturales o actos de terrorismo, las víctimas de un acto de omisión, generalmente, no saben que ellos están siendo víctimas hasta que no son informados, así la información publicada en los periódicos y los informes del gobierno son los símbolos del impacto inicial. La incredulidad en estos actos vendrá como consecuencia de una baja percepción de riesgo, las víctimas, por el momento, se encuentran bien física y psicológicamente.

Otra diferencia con respecto a ambos actos se encuentra en los sentimientos y emociones que se despiertan con respecto a los causantes del desastre. Las víctimas de actos de omisión tienden a desarrollar un alto grado de desconfianza generalizado mientras que las víctimas de un acto de comisión son más específicos en sus sentimientos y emociones hacia el autor /es de los mismos. Si hablamos en términos de síntomas psicológicos después de los desastres, las víctimas de actos de omisión tienen síntomas de enfado y frustración más altos que las víctimas de comisión. Un problema que nos podemos encontrar de cara a la intervención se sitúa en que va a ser más complicado trabajar el enfado en las víctimas de omisión, ya que este no se dirige a ninguna persona en concreto, es un enfado generalizado hacia el sistema. De igual modo pasa en las víctimas de desastres naturales.

Finalmente, los procesos sociales para las víctimas de ambos actos son similares. Así, tienden a recibir menos soporte emocional que las víctimas de desastres naturales.

3. DISCUSIÓN

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.

En este artículo se ha propuesto seguir la clasificación propuesta por Berren, Beigel y Gherther (1989) por considerarla 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 podemos clasificar toda la variedad de desastres que ocurren en nuestra sociedad.

Otro punto importante de este trabajo se ha centrado en presentar algunas diferencias entre los desastres naturales y los causados por el hombre. Por un lado, una de las características de los desastres causados por los humanos (accidentes, negligencias, guerras...) es su impredecibilidad, generalmente ocasionados por una falta de control o de forma intencionada, por lo que el impacto en la comunidad es tremendo generando reacciones de indefensión, rabia e impotencia y problemas psicológicos a largo plazo. Por otro lado, los desastres considerados como naturales (terremotos, inundaciones...) pueden llegar a ser más predecible que los anteriores y en algunas comunidades pueden llegar a ser familiares por su frecuente impacto que pueden llegar a desarrollar una "cultura de desastres". El impacto de estos eventos suele ser muy fuerte y puede causar mucha destrucción y suele traer consigo estresores secundarios (reajuste, pérdida del trabajo...) considerados por Erickson (1976) como "un segundo desastre".

4. BIBLIOGRAFÍA

- Baum (1987). Toxins, technology and natural disasters. In G.R. Vandebos and B.K Bryant, (Eds.), *Cataclysms, crisis and catastrophes: Psychology in action*. Washington: APA.
- Balcarcel, (2000-01). Teoría básica sobre riesgo , la crisis y la catástrofe social. Teoría y práctica de las Ciencias Sociales en situaciones de riesgos catastróficos. I Conferencia virtual internacional. CD-Room. Dirección General de Protección Civil, Ministerio del Interior.
- Berren, M.R; Santiago, J; Beigel, A and Timmons, S.A (1989). A Classification scheme for disasters. In R. Gist and B. Lubin (Eds.), *Psychosocial aspects of disaster*. New York: Wiley.

- Britton, N.R (1986). Developing an understanding of disaster. Australian & New Zeland journal of sociology, 22 (2), 254-271.
- De Nicolás, L; Artetxe, A y Jauregui, A (1993). Psicología y desastres en el siglo XX: Un reto de futuro para la planificación comunitaria, Letras de Deusto, 23, mayo-jun, 194-214.
- Erickson, E (1976). Loss of Communalidad al Buffalo Creek. American Journal of Psychiatry, 133 (March), 302-305.
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna. (1993). Informe Mundial de Desastre. Dordrecht, Martinus Nijhoff.
- Frederick, C.J (1980). Effects of natural vs. Human induced violence upon victims. Evaluation and Change, Special Issue, 71-75.
- Janoff-Bulman (1992). Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma, New York, Free Press.
- Kasperzon, R.E and Pijawka, K.D (1985). Societal response to hazards and major hazard events: Comparing natural and technological hazards. Public Administration Review, 45, 7-18.
- Keller, A.Z and Wilson, H.C (Eds.) (1990). Disaster prevention, planing and limitation. Proceeding of the First Conference University of Bradford 12-13 September 1989. The British Library, University of Bradford, London.
- López-Ibor, J; Soria, J; Canas, F; Rodríguez-Gamazo, M. (1985). Psychopatological aspects of the toxic oil syndrome catastrophe, Br. J. Psychiatric, 147, 352-365.
- Martín Beristain, C (1999). Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria. Barcelona: Icaria.
- Montero, J.M (1997). Intervención psicológica en desastres bélicos. Papeles del Psicólogo, 67, 37-44.
- Raphael, B (2000). Disaster Mental Health Response Handbook. Sydney: Center for Mental Health
- Weisaeth, L (1992). Disasters: Psychological and Psychiatric aspects. En Breznitz,S and Goldeberger,L, Handbook of Stress: Theoretical and Cinical Aspects.

El dolor compartido, reflexiones sobre el 11-M:

Equipos de intervención psicosocial en emergencias de Cruz Roja Española

Dori Moreno Sánchez

Psicóloga. Departamento. Salud y Socorros. Cruz Roja Española

Contacto:

Tlf: 91.335.44.17 amoreno@cruzroja.es

En nuestro país podemos decir que es relativamente reciente la respuesta psicosocial ante situaciones de emergencias y catástrofes. Sucesos como las inundaciones en Bisecas (1996) Badajoz y Melilla (1997), accidentes de autobús en La Muela (1999) y Soria (2000), accidentes ferroviarios en Uarte-Arakil (1997) y Chinchilla (003) y el tan reciente atentado terrorista en Madrid (2004) , son algunos ejemplos de emergencias que han evidenciado la necesidad de cubrir las necesidades psicosociales de las víctimas y familiares.

La intervención en socorros y emergencias es una de las actividades más arraigadas en la historia del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, pero la gran fortaleza ha sido la capacidad de evolucionar y adaptarse a las nuevas necesidades emergentes, y siempre con una preocupación prioritaria, las necesidades de las víctimas.

En este sentido, se han establecido dos líneas de trabajo :

- Formación en Primeros Auxilios Psicológicos a todos los socorristas de la Institución, para mejorar la calidad humana de sus actuaciones aliviando el sufrimiento de las víctimas.
- Creación y desarrollo de equipos especializados en intervención psicosocial en catástrofes.

Los ERIES de Intervención Psicosocial tienen como principal tarea proporcionar una adecuada atención integral a las víctimas, familiares y allegados que se vean afectados por una situación de emergencia con la finalidad de satisfacer las necesidades psicológicas, sociales e incluso, sanitarias que pueden presentarse en los primeros momentos de la emergencia.

Estos equipos tienen un carácter multidisciplinar, y están compuestos por 14 personas con diferentes perfiles: psicólogos, trabajadores sociales, médicos, enfermeros y socorristas de acompañamiento. La coordinación de los grupos recae sobre un jefe de equipo. A pesar de constituir un grupo de trabajo conjunto, cada uno de los componentes desempeña tareas específicas según sus perfiles.

El trabajo de planificación ha sido fundamental para poder responder ante los atentados del pasado 11 de Marzo en Madrid. Todos los equipos comparten un mismo modelo organizativo y comparten los siguientes aspectos:

- Objetivos
- Capacidad de respuesta según diferentes niveles de dificultad.
- Ámbitos de actuación.
- Composición del equipo: perfiles, organización, funciones y tareas.
- Formación.
- Recursos Materiales.
- Protocolos de intervención.

Actualmente están constituidos 10 ERIES de Intervención Psicosocial que se distribuyen por los diferentes ámbitos territoriales.

INTERVENCIÓN DE CRUZ ROJA ESPAÑOLA COMO CONSECUENCIA DE LOS ATENTADOS TERRORISTAS DEL 11-M EN MADRID.

Información del Suceso.

El jueves 11 de Marzo de 2004 a las 07:39 de la mañana se producen una cadena de explosiones, en lo que resulta un brutal atentado terrorista en Madrid que tendría como resultado final a 192 víctimas mortales y unos 1.900 heridos de diversa consideración.

En unos momentos se siembra el caos y la confusión en Madrid. La cadena de explosiones se sitúan en cuatro escenarios: Estaciones de Atocha, sus inmediaciones, la del Pozo del Tío Raimundo y la de Santa Eugenia .

Las explosiones se producen en los vagones de los trenes de cercanías , línea Guadalajara-Madrid. Al ser un día laborable y primera hora de la mañana, prácticamente los vagones circulaban completos, con ciudadanos que se dirigen, como cada mañana a trabajar y a estudiar.

Actuación de Cruz Roja Española

Los primeros datos son muy confusos, la primera demanda se recibe del SUMMA 112 (Servicio de urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid) solicitando Ambulancias para la estaciones de Atocha y Pozo del Tío Raimundo. Las estimaciones iniciales apuntan a la existencia de 200 heridos.

La primera respuesta de Cruz Roja es en materia sanitaria, enviando a los diferentes lugares ambulancias que apoyarán las labores sanitarias y la evacuación de heridos a diferentes hospitales.

También se solicita el suministro de camillas de transporte de heridos, botiquines y sacos para transporte de cadáveres.

Valoramos las necesidades que van surgiendo , y en coordinación con la Sala de Crisis del 112 y Delegación de Gobierno, se deciden las actuaciones a realizar y se designan responsables para las diferentes tareas.

Las acciones de Cruz Roja, teniendo en cuenta las necesidades en los diferentes momentos fueron:

- Intervención de los equipos sanitarios: asistencia sanitaria y evacuación de heridos, rescate de víctimas y recuperación de cadáveres. En total se movilizaron 52 ambulancias , mayoritariamente de Madrid, y con el apoyo de recursos de Toledo, Guadalajara, Segovia, Ávila, Cuenca y Albacete.
- Donación de sangre: Se instalaron 6 puntos de recolecta, recogiendo un total de 1000 unidades y quedando 2.800 ciudadanos convocados para los próximos días. El Banco de Sangre de Cruz Roja en Madrid distribuye sus reservas entre los Hospitales de la ciudad de Madrid.
- Líneas de Información telefónica: se establece el 902.22.22.92 como teléfono de atención para las llamadas de fuera de la Comunidad. Son atendidas un total de 6.017 llamadas que solicitan información de familiares, ofreciendo colaboración así como información sobre donación de sangre. Así mismo se establecieron 2 puntos de atención especializada para familiares directos de víctimas de los atentados.
- Intervención Psicosocial a víctimas y familiares: en los diferentes contextos.

- Apoyo a los equipos forenses: para las tareas de identificación se solicitó la colaboración de voluntari@s para el traslado de cadáveres en el pabellón de IFEMA. Un total de 80 voluntari@s participaron en esta tarea.
- Búsquedas Internacionales: se recibieron 60 peticiones internacionales de diferentes países, que se atendieron a través del programa de búsquedas del Movimiento Internacional de la Cruz Roja.

DISPOSITIVO DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL PARA LOS AFECTADOS POR EL 11-M

JUEVES 11 DE MARZO

Desde las primeras noticias de los hechos, y al ir conociendo la cifra ascendente de víctimas mortales, se valora necesario organizar un dispositivo de atención a familiares. En este sentido se identifican los primeros escenarios donde tendrán que intervenir los ERIES de Intervención Psicosocial.

Desde los primeros momentos, un equipo de intervención psicosocial se traslada a la estación de atocha, informando de las dimensiones de los atentados. Hay muchas víctimas ilesas que reclaman ayuda y apoyo. En coordinación con el SAMUR se atienden crisis de ansiedad.

Dado el alcance de los hechos, será necesario reforzar y apoyar al equipo de Madrid. En una primera fase se ponen en alerta, y posterior activación, los ERIES de Murcia, Cataluña, Extremadura, Huesca, Granada y Navarra. Sobre las 11 de la mañana, se detectan nuevos escenarios de intervención psicosocial que requieren respuesta inmediata, y se activan los ERIES de Huelva y Galicia. Paralelamente se ofrecen recursos para de apoyo psicológico de otros territorios: País Vasco , Salamanca, Segovia, Cuenca , Ávila y Guadalajara. Teniendo en cuenta el tiempo de respuesta e incorporación en Madrid, se movilizan todos estos recursos excepto el ERIE de Galicia que se mantendrá en alerta hasta el viernes , en que se estima que los recursos movilizados son suficientes.

Hospitales de evacuación de heridos

Los gerentes de los hospitales: Gregorio Marañón, El clínico y 12 de Octubre, demandan a Cruz Roja apoyo para atender a los familiares que están llegando a los centros hospitalarios para informarse de la identidad y estado de los pacientes ingresados.

Se envía un equipo a los diferentes hospitales. En coordinación con la dirección del hospital se habilitan unas salas para recepción y acompañamiento de familias y las tareas se centran en:

- Información de los datos disponibles y orientación.

- Acompañamiento a las familias para la localización, búsqueda y encuentro con las víctimas hospitalizadas.
- Apoyo a familiares de pacientes críticos así como durante intervenciones quirúrgica de víctimas.
- Preparación y derivación al tanatorio de IFEMA a las familias que no localizaban a sus seres queridos en el hospital.
- Acompañamiento a familiares, tanto de fallecidos en el hospital como de los desaparecidos, hasta IFEMA.

Este dispositivo se mantuvo hasta la mañana del viernes 12, momento en el que se pudo hacer cargo de la atención a las familias el personal del hospital.

Instituto Anatómico Forense

En primera instancia se informó que los cadáveres sería trasladados al Anatómico Forense para proceder a las tareas de identificación, pero dado el número de víctimas fue necesario habilitar un espacio más amplio para realizar estas tareas. Por tanto, hubo cierto momento de confusión sobre el lugar de traslado de cadáveres.

Esta confusión, hizo que algunas familias se trasladasen en primer lugar al Anatómico Forense. Nuestra labor se centró en contrastar la información y poder indicar a las familias dónde dirigirse.

A última hora de la tarde se desmonta este dispositivo, dado que el Instituto de cierra y la mayor parte de las familias ya conocen que los cadáveres están en el Pabellón 6 de IFEMA.

Pabellón de IFEMA.

Sobre las 13 horas el Ayuntamiento de Madrid confirma que dado el número de fallecidos, se habilita el pabellón 6 de IFEMA para la recepción de cadáveres y la realización de autopsias por los forenses desplazados. En las dependencias de las plantas superiores (6 y 8) se habilitan diferentes salas para la recepción de familiares.

Hacia el lugar se dirige un ERIE de Intervención psicosocial, que posteriormente se vería reforzado, 5 ambulancias, 3 vehículos de transporte y el Centro Móvil de Coordinación.

En primer lugar se hace necesario establecer una coordinación con los diferentes recursos que se encuentran en la zona para organizar el dispositivo de atención psicosocial a familias. El responsable de Socorros de Madrid desplazado a IFEMA asiste a la mesa de coordinación, junto con Samur, Ayuntamiento de Madrid, Colegio de Psicólogos, Salud Mental, así como otras entidades presentes, para repartir las funciones y organizar los espacios y proceso para la atención a familias.

Las principales tareas realizadas por los ERIES de Intervención Psicosocial se centraron en:

- Acogida a los familiares en el hall y acompañamiento hasta la sala de filiación.
- Acompañamiento y apoyo psicológico durante el periplo: entrevista policía científica, sala de espera, notificación fallecimiento y retirada de cadáveres.
- Cuidado y atención a menores.
- Atención a la problemática inmigrante.
- Cuidados sanitarios.

Durante la tarde y noche del jueves, fue necesario habilitar una sala como punto de avituallamiento para los intervinientes y familiares. Para organizar esta sala se instaló una tienda de campaña como almacén en la puerta principal, que era donde se recepcionaba la mercancía donada por la Fundación Solidaridad Carrefour. También se hizo necesario el suministro de 1.000 mantas para los familiares, que durante la larga espera, sufrieron shock y el frío nocturno.

VIERNES 12 DE MARZO

Pabellón de IFEMA.

Durante todo el día se sigue manteniendo el dispositivo de atención a familiares. Sobre las 20 horas, el número de familias ha decrecido considerablemente, y sólo permanecen aquellas que aún no han identificado a sus seres queridos, y además no tienen información acerca de lo que va a pasar con los cadáveres. Se mantendrán los recursos hasta las 2 de la madrugada, momento en el que se confirma que los cuerpos no identificados serán trasladados al Cementerio de la Almudena.

La mayor parte de las familias ya tienen la notificación del fallecimiento de sus familiares, y se valora la necesidad de dar unas recomendaciones sobre cómo afrontar los hechos ocurridos. Con esta información se distribuyen unos folletos especialmente dirigidos a víctimas, familiares y amigos.

Por otro lado, y también dirigido a la población general, se cuelga en la web de cruz roja (www.cruzroja.es) información sobre cómo pueden afectar los hechos ocurridos , pautas para manejar las diferentes reacciones y cómo actuar con los niños.

Tanatorios de la Comunidad de Madrid

Los cadáveres identificados se trasladan a diferentes tanatorios de la Comunidad de Madrid, y de otras ciudades de España. Esta información es comunicada a las familias que se trasladan a los diferentes tanatorios para velar a los familiares.

Los focos de actividad se centran en Tanatorio M30, Tanatorio Sur de Madrid, Tanatorio Ciudad Jardín y Polideportivo Juncal en Alcalá de Henares, Tanatorio La Paz en Tres Cantos y Tanatorios de Leganés y Aranjuez. El dispositivo de atención a familias de establece según necesidades y peticiones de los propios tanatorios.

En los diferentes escenarios fue necesario establecer una coordinación con otras entidades que se encuentran en los tanatorios, principalmente: Ayuntamiento de Madrid y SUMMA.

- En Tanatorio M30 se mantendrá el dispositivo hasta la noche del sábado día 13.
- En los Tanatorios de Tres Cantos y Leganés hasta el sábado por la noche que se retira al no ser necesario la asistencia.
- En el Polideportivo y Cementerio de Alcalá de Henares se mantendrá el dispositivo hasta el sábado al mediodía, tras oficiarse una misa en recuerdo a las víctimas y el entierro de fallecidos.
- En el Tanatorio Sur de Madrid se mantendrá el dispositivo hasta el domingo día 14.
- En el Tanatorio de Torrejón de Ardoz se mantendrá la atención a los familiares hasta el martes día 16.

En los tanatorios también fue necesario la actuación mediadores culturales dado que las víctimas eran de diferentes países y era importante respetar los rituales de despedida.

Las actividades principales que se realizan en estos escenarios son:

- Coordinación interinstitucional para establecer un procedimiento conjunto de apoyo a los familiares.

- Acogida de los familiares conduciéndoles hasta la sala habilitada para los féretros.
- Información para las tramitaciones con los servicios funerarios.
- Facilitar la despedida de sus seres queridos.
- Apoyo psicológico a demanda de familiares durante el velatorio.
- Canalizar demandas de apoyo psicológico en otros escenarios.
- Distribución de folletos informativos con recomendaciones sobre cómo afrontar lo ocurrido.
- Acompañamiento de menores mientras sus familiares estaban en los tanatorios.
- Atención sanitaria. Refuerzo de ambulancias y personal sanitario para la atención de crisis de ansiedad y administración de medicamentos.

Instituto Anatómico Forense

Hay familiares que desconocen dónde van a ser trasladados los cadáveres no identificados. Reciben información, no contrastada, de que estos cuerpos serían trasladados al Instituto Anatómico Forense para su identificación por muestras de ADN. Algunas familias se trasladan allí con la necesidad de ser informados sobre este asunto.

En coordinación con Servicios Sociales del Ayuntamiento, se gestiona el alojamiento, traslado a hoteles cercanos para el descanso de las familias. Se informa a las familias que finalmente los cuerpos no identificados serán trasladados al día siguiente al Cementerio de La Almudena.

Una vez que los familiares se van a descansar los intervinientes dispuestos para este dispositivo se retiran sobre las 3 de la mañana.

SÁBADO 13 DE MARZO

Cementerio de la Almudena

Los cuerpos no identificados, un total de 37, son trasladados a primera hora de la mañana del día 13 al Cementerio de la Almudena para proceder a las labores de identificación. Hasta aquí se trasladarán las familias que aún permanecían en IFEMA y en los Hoteles.

Por parte del Responsable del recinto funerario, se recibe una petición de facilitar recursos para organizar la atención a las familias. No tienen habilitados espacios para la espera de los familiares y no disponen de personal que pueda informar a las familias de la situación.

Desde las 7 de la mañana del sábado y hasta el domingo por la mañana se organizará un dispositivo para atención a las familias en coordinación con el SITADE (Servicio de Información Telefónica y Atención de Emergencia del Ayuntamiento de Madrid), y el SUMMA (Servicio de Urgencia Médica de Madrid) y Equipo sanitario de Cruz Roja .

Cabe destacar la importancia de establecer un mecanismo de coordinación con los equipos forenses para las labores de identificación, donde la colaboración de las familias era necesaria.

Las intervenciones realizadas consistieron en:

- Acogida y acomodación de las familias en las salas establecidas con una atención permanente.
- Acompañamiento y apoyo durante el proceso de identificación (reconocimiento de pertenencias y/o fotografías, en algunos casos reconocimiento de restos, toma de muestras de ADN) .
- Apoyo emocional y asistencia médica tras la reunión de los familiares con los forenses.
- Orientar y acompañar en la comunicación de la noticia al resto de la familia.
- Colaboración en las tramitaciones con los servicios funerarios (féretros, esquelas, funeral, traslado,...)

Algunos cadáveres requerirían pruebas de ADN para su identificación, y por tanto, era necesario informar a las familias de la conveniencia de marcharse a casa hasta tener nuevos datos. A petición de policía científica se recogerán fichas de información sobre datos familiares para que los pudiesen citar en los días sucesivos, una vez confirmadas las identificaciones.

A petición de las familias o del SITADE, se acompaña a los familiares durante algunos entierros en el propio cementerio de La Almudena.

Recinto ferial IFEMA

A petición de la organización del IFEMA, se establece un operativo en el Pabellón 6, que ha sido acondicionado para el reconocimiento y recogida de efectos personales de las víctimas del atentado.

Hasta aquí llegarían los familiares para la retirada de objetos de las personas heridas y fallecidos en el atentado así como aquellos familiares de víctimas desaparecidas que pasarían por la identificación de objetos personales.

Nuevamente en este escenario es imprescindible la coordinación y colaboración con la policía científica para minimizar el impacto emocional a las familias. Sin duda estos momentos para los familiares resultan de los más dolorosos porque en muchos casos es la retira de objetos supone la primera evidencia del fallecimiento de sus seres queridos.

Las labores de apoyo a las familias se realizarán en coordinación con el Colegio de Psicólogos y voluntarios de la Universidad Francisco de Vitoria.

En términos generales las intervenciones consistieron en:

- Acogida e información a las familias sobre el dispositivo organizado.
- Acondicionamiento de espacios para la atención a los familiares.
- Acompañamiento y apoyo durante las reuniones con policía judicial y retirada de objetos.
- Recogida de datos de las familias para un contacto posterior en el caso de nueva información.
- Contacto telefónico con víctimas y familiares para informar del dispositivo y citación para la retirada de objetos.
- Asistencia sanitaria

Este dispositivo se prolongará hasta el martes 16 a las 15:00 horas a requerimiento de policía científica. Para el apoyo de las tareas a realizar se desplazan un equipo sanitario dotado de ambulancia asistencial y el Centro Móvil de Coordinación.

LUNES 15 DE MARZO

A través del 902.22.22.92 se reciben llamadas de familiares y ciudadanos solicitando apoyo psicológico. Para canalizar estas demandas se establecen los contactos con el Ayuntamiento y la Comunidad para conocer los recursos dispuestos para este fin.

Esta información se facilita a las familias que demandan recursos de ayuda.

MARTES 16 DE MARZO

Una vez finalizados todos los dispositivos, Cruz Roja establece como una prioridad realizar un seguimiento y apoyo con todos los intervinientes en los atentados, con la finalidad de garantizar y velar por la salud mental del personal de Cruz Roja tras la situación de estrés vivida durante los días de trabajo.

En este sentido se definen unas pautas comunes de actuación para todo el personal de Cruz Roja interviniente en el 11-M .

En líneas generales, se recomendaba mantener una primera sesión de Debriefing con los intervinientes, facilitándoles información sobre las reacciones habituales después de intervenir en una emergencia y pautas para su manejo. Estas sesiones de debriefing, si fuese necesario, se repetirían a los 15 días y al mes garantizando un adecuado seguimiento. En el último encuentro se les pasaría un cuestionario para medir niveles de estrés que indicaría objetivamente el estado de salud del personal.

Para llevar a cabo estas sesiones, se facilitaron una guías para los profesionales que dirigían el debriefing con indicaciones sobre la correcta aplicación de esta técnica.

La mayor parte de los territorios llevaron a cabo este seguimiento, no indicando ningún caso que requiera ayuda profesional a medio y largo plazo.

Datos globales del dispositivo

En torno a 200 personas intervinieron directamente en este dispositivo.

Se estima que se atendieron a unas 3.000 personas entre víctimas directas, familiares y ciudadanos de Madrid

Valoración y principales conclusiones

El funcionamiento de los equipos y la coordinación con la red territorial de Cruz Roja fue satisfactoria:

- Esta situación ha permitido verificar la capacidad de Cruz Roja en esta área de actividad.
- El carácter multidisciplinar de los equipos, así como su composición, demuestran ser adecuados para cubrir las necesidades de los afectados. La formación especializada y

entrenamiento continuo es necesario para que los ERIES estén operativos y desarrollen las tareas encomendadas adecuadamente.

- Con relación al seguimiento de los intervinientes, se ha manifestado la necesidad de proporcionar formación especializada en esta materia para garantizar un correcto desarrollo. No obstante se valora positivamente, por parte de los intervinientes, el interés y apoyo Institucional en este asunto sugiriendo la idoneidad de establecer estas pautas como un protocolo habitual en todas las intervenciones.

Han sido numerosas muestras de agradecimiento al apoyo brindado y labor realizada, por parte de los familiares.

La capacidad de Cruz Roja, de dar respuesta a otras necesidades que apoyan las labores del dispositivo de intervención psicosocial (asistencia sanitaria, avituallamiento, suministro productos emergencias, línea información telefónica, ...) es un aspecto a destacar positivamente para responder ante una emergencia.

La coordinación interinstitucional a veces resultó complicada, principalmente por la ausencia de planificación en este tipo de situaciones Sin embargo, resultó satisfactoria la coordinación con los responsables de los diferentes organismos que intervinieron.

La imagen de la Cruz Roja fue objeto de amplio impacto en diferentes medios de comunicación (televisión, radio, prensa) tanto de ámbito nacional como internacional. psicología de emergencias y desastres, convirtiéndose así en una de las intervenciones más controvertidas y polémicas de toda la psicología clínica y la psiquiatría de los últimos años (Raphael y Wilson, 2000).

155 narraciones teñidas de valentía y sensibilidad, de coraje y humanidad, de.....

M^a Dolores Rolle Fernández

Psicóloga: SAMUR - Protección Civil. Madrid

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.

En ocasiones, esa tarea estresante tiene unas características que la convierten en excepcionalmente estresante, es lo que Mitchell denominó “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. 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 nuestro 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. Contactamos 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.

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. (Mitchell 1996).

El modelo que hemos utilizado es una variante del americano, y ha sido creado por el Instituto Suizo de Psicotrauma (Perren). Las etapas por las que va transcurriendo la técnica son las siguientes:

1. Presentación de los objetivos y normas de la sesión: evitar la cronificación de los síntomas y acelerar los procesos espontáneos de recuperación. Para ello se dio la siguiente instrucción “ vamos a recordar lo vivido, lo pensado y lo sentido durante las tareas de socorro y rescate del 11-M. Finalizaremos con pautas de higiene mental y conductual a seguir en los días siguientes”. También se cumplimentaba un cuestionario sobre síntomas de estrés agudo.

2. 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. Narrar lo vivido es una forma de estructurar el relato, a ello ayuda el grupo, el compañero se acuerda de lo que a ti te falta, y cuando él lo dice, tú lo recuerdas. En los grupos había necesidad de contar y de escuchar, pues cada historia era la de todos.

3. Fase de pensamientos: ¿y qué pensaste?, ¿Qué te decías?, entonces los ojos se humedecían identificarse con las víctimas era tan fácil. Los pensamientos volaban hacia algún parecido con alguno de los seres queridos, una cartera escolar era “igual a la de mi hijo”, un bolso “idéntico al de mi mujer”, en definitiva mi dolor y mi llanto ya no eran por el otro, estaba llorando por mí, yo podía ser aquel familiar al que horas más tarde tendrían que decir “traigo malas noticias, lamento tener que decirle que su ser querido ha fallecido”. El dolor ya era en primera persona. Y aún hubo otros dolores, el de la indefensión, el de la impotencia, el del reconocimiento que nada más podía hacerse, la gente vivía un segundo y al otro moría. A través del trabajo en el grupo se pudieron ir reestructurando todas estas ideas, y llegar a la conclusión de que cuando no se puede hacer nada más, aún queda algo por hacer: ayudar a morir, transmitir la presencia cogiendo la mano, hablarle y todo ello para que no se sienta solo en su último momento. Y cómo esto ayudará al duelo de la familia al saber que su ser querido tuvo al lado a otro ser humano hasta el final. El interviniente sabe, entonces, que su presencia también en esta circunstancia fue útil. La angustia de los primeros en llegar al no poder atender a todas las víctimas, el ingenio para inventar soluciones como poner a los civiles a cuidar de los heridos y avisar de los cambios, mientras llegaban más unidades, el terrible espectáculo del deambular de los heridos, aturcidos, silenciosos, perdidos, y en las vías los muertos mezclados con unos vivos silenciosos, que no pedían ayuda, ni se quejaban..... el silencio, siempre el silencio que en ese lugar se convirtió en un grito de horror.

4. Ser consciente de las emociones asociadas, se iba del pensamiento a la emoción, se identificaba el porqué de cada rabia, tristeza o miedo.

5. Y por fin se colocaba la historia, cada participante sabía lo que hizo, lo que sintió y el porqué. Ahora podíamos 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, relacionarnos con amigos etc.

6. Elegir un gesto a modo de despedida, que represente que vamos a seguir adelante de manera decidida y que para ello vamos a ser activos.

7. Conclusión: reconocimiento de que compartimos sucesos fuera de lo normal y que tenemos recursos para enfrentarnos a ellos, siendo el propio grupo un recurso. Los grupos han supuesto una experiencia de crecimiento, sabemos más sobre nosotros mismos, sobre nuestros límites y resistencias, sobre el dolor propio y del otro, sabemos de nuestra sensibilidad y también de nuestra fuerza, de nuestra determinación a plantarle cara a la vida y seguir adelante. El debriefing ha traducido una experiencia que nos une, somos, ahora, un poco más sabios, un poco mejores.

¿Cómo hemos estado?

31 compañeros cumplieron criterios para el trastorno por estrés agudo según DSM-IV, durante 20-25 días. La evaluación de la sintomatología de estrés agudo de todos los grupo arrojó los siguientes resultados: (75 sanitarios y 80 bomberos)

Grupo sanitario:

- El 54% presentaba embotamiento.
- El 45% presentaba aturdimiento.
- El 58% presentaba desrealización.
- El 21% presentaba despersonalización.
- El 45 presentaba elementos de amnesia disociativa.

- El 84% reexperimentación (sueños, imágenes, recuerdos espontáneos).
- 81% evitación.
- 98% aumento de la activación vegetativa.
- 92% emociones intensas ira-culpa.

Grupo bomberos:

- El 49% embotamiento.
- El 23% aturdimiento.
- El 63% desrealización.
- El 34% amnesia disociativa.
- El 21% reexperimentación.
- El 31% evitación.
- El 34% activación.
- El 43% emociones intensas ira-culpa.

¿ Qué ha quedado?

Alguna hipersensibilidad a determinados avisos, lugares y circunstancias que recuerdan el suceso, sin demasiada sintomatología ni muy intensa. Algunos cambios de actitudes existenciales positivas que conllevan a un mayor cuidado y disfrute de las personas queridas.

En la actualidad está programado un seguimiento de un año y una derivación a un programa específico para intervinientes.

Han sido 155 relatos teñidos de valentía y sensibilidad, de coraje y humanidad, 155 odas a la vida y un solo corazón, cuyo latido es el de seguir adelante.

A TODOS LOS INTERVINIENTES DE TODAS LAS CATASTROFES DE TODOS LOS LUGARES Y TIEMPOS, a todos lo que, sabiendo que la herida más profunda es la del alma, que continúan con su trabajo diario llevando una palabra de consuelo junto con sus desfibriladores, sus escalas, sus uniformes, a todos ellos, este pequeño trabajo a modo de RECONOCIMIENTO.

Intervención en crisis en situación de desastre y duelo agudo: La experiencia del dispositivo en el tanatorio de San Fernando de Henares (Madrid) tras el 11-M

Rosa M^a Martín Oterino, Margarita Montes Arribas y Begoña Berasategui Larrinaga

Psicólogas

IPSE- Intervención Psicológica Especializada. Unidad de Duelo.

Contacto: coordinacion@ipse-psicologia.com

En el presente artículo se describe la intervención de los primeros auxilios psicológicos, en una situación tan específica como es el Duelo, “in situ” con los dolientes y familiares del desastre ocurrido en los atentados del “11- M” en Madrid.

Se analizan:

- Características de las personas atendidas
- Recursos con los que contamos en la intervención
- Objetivos de trabajo.
- Procedimiento utilizado.
- Cómo abordamos los momentos más críticos.
- Herramientas utilizadas.
- Conclusiones.

El día 11 de marzo de 2004 a primera hora de la mañana se produce un atentado terrorista en Madrid que hace saltar todas las alarmas. De entre los diversos dispositivos públicos y privados activados al efecto, se pone en marcha un dispositivo de emergencias que se activa y se instala en la población de San Fernando de Henares (Madrid), una de las sedes de intervención.

Concretamente, en San Fernando se instalaron dos servicios de urgencia: uno en el tanatorio sur y otro en el mismo cementerio con el objetivo general de dar apoyo psicológico a los familiares y amigos de las víctimas. El Ayuntamiento pidió que se estuviera en la llegada de cada fallecido para recibirlo y atender si fuera necesario a sus familiares y allegados. La activación del servicio se realizó a través de nuestra empresa.

El servicio se canalizó a través del departamento de Asuntos Sociales del Ayuntamiento, dónde nos recibió el responsable del mismo y se nos proporcionó la siguiente información:

- Datos personales de cada fallecido y su familia
- Datos de la hora de cada funeral
- Información de última hora acerca de la evolución de los heridos en el atentado junto con la posibilidad de que pudieran llegar más casos.
- Posteriormente un trabajador social, acompañó a cada una de las psicólogas a nuestro destino, dándonos información adicional, acerca del grupo familiar así cómo de los antecedentes psicológicos relevantes, para la situación.

Tras una primera valoración inicial de la situación, que exponemos a continuación, (número de dolientes, presencia de signos / síntomas psicológico-psiquiátricos en familiares y allegados, muestras de dolor, estados emocionales exacerbados, etc.) comenzamos la intervención, priorizando la demanda.

Desde el viernes 12 se atendieron a los familiares y amigos de los fallecidos, terminando la intervención en el acto homenaje realizado por parte de las autoridades de San Fernando. Dicho acto tuvo lugar en la plaza del Ayuntamiento el 18 de Marzo a las 20,30.

Descripción y características del las personas atendidas

Durante el fin de semana atendimos a unas 30 personas, pertenecientes a tres familias .Las edades oscilaban entre 18 años y 80 años , siendo la media de edad 45años.

Se podían distinguir diferentes estados comportamentales dependiendo de la relación afectiva previa con la familia afectada y el fallecido. Dándose la circunstancia de que aquellas personas que sin tener una relación muy estrecha, psicológicamente se encontraban mas afectadas después de haber estado viendo las noticias del suceso en TV, por eje la cuñada de uno de los fallecidos , presentaba un estado general de aturdimiento , con pensamientos y alucinaciones de su cuñado mutilado.

Ante una situación de desastre , cómo la que nos encontramos , es útil conocer las fases comunes y etapas psicológicas en que se encuentran las familias y aunque cada individuo tiene un ritmo diferente a la hora de elaborar las distintas etapas , nos resultó de gran utilidad , percibir que el grupo de familias que íbamos a atender se encontraban en la fase “heroica y de “luna de miel”, donde las personas se encontraban con una unidad social alta,(estando todos dispuestos a colaborar y compartir), con un tema único de conversación, la discusión de los hechos del desastre para tratar de conocer la realidad y entender lo que pasó.

Este hecho concreto es el que nos daba la pauta para seguir la intervención en una dirección u otra es decir cubrir las necesidades concretas o prepararles para la siguiente etapa de desilusión dónde el apoyo social se suspende por la incorporación de las personas a su vida normal, esto puede provocar un gran dolor si la persona no está convenientemente preparada.

El aspecto físico de los familiares era de cansancio y agotamiento por toda la incertidumbre del día anterior, estuvieron 24 horas buscando al fallecido hasta que habían conseguido encontrarlo en IFEMA (tanatorio provisional del 11-M), lugar que toda persona trataba de evitar por lo que implicaba llegar allí ,significaba el final, que tu familiar había muerto.

A nivel emocional, las expresiones que se observaban eran de tristeza, impotencia, rabia, y dolor por lo ocurrido y por las circunstancias tan especiales e inesperadas del hecho. Eran frecuentes los llantos en la medida que a las familias se les acercaban para darles el pésame, se iban produciendo otros entierros y se iba acercando la hora de la despedida (la hora del funeral propiamente dicho)

La expresión verbal era escasa, generalmente giraba en torno a reproches por haber o no hecho alguna cosa o preguntas como: ¿qué voy a hacer sin mi marido / hijo? ¿Que va a ser de mi? O frases como: mi vida ya no tiene sentido.

La esposa del fallecido presentaba un estado de embotamiento con reducción del campo de la conciencia y atención disminuida así como incapacidad de asimilación y desorientación. Signos vegetativos de crisis de pánico (sudoración, rubor, percepción subjetiva de parálisis progresiva del lado derecho del cuerpo), su capacidad de decisión sobre cuestiones prácticas estaba disminuida.

El resto de familiares y amigos muy directos, presentaban un estado de shock psíquico.

A nivel motor, el grupo familiar sentía la necesidad de contacto físico, unas veces se agarraban y abrazaban o simplemente permanecían unos al lado de los otros.

Recursos

El ayuntamiento a través de los servicios sociales, puso a disposición del tanatorio un servicio de catering, así como un médico, y un servicio de urgencias médicas para cualquier necesidad.

Se disponía, de la ayuda de una asistente empleada del tanatorio, así como el apoyo de otras personas que allí trabajaban, destacando la solidaridad continua de todas las personas con las que entrábamos en contacto.

Se contaba con una sala de receso para los psicólogos, que permitía desconectar (por intervalos) después de cada intervención puntual con los dolientes y familiares sin que se viese alterado el control, la vigilancia y la asistencia de los afectados y a la cual acudían en caso de necesidad.

Metodología de la intervención psicológica

Se tuvo en cuenta lo comentado anteriormente acerca de la existencia de dos grupos dentro del colectivo del tanatorio, en función de ello se fueron definiendo los objetivos generales que guiaron nuestra intervención.

En general fueron los siguientes:

- Proporcionar los servicios apropiados y adecuados al tipo de emergencia concreta, a las personas, y a sus familiares.
- Evaluar las condiciones y necesidades de las personas y sus familiares, incluyendo alimentos, condiciones ambientales, y atención médica.
- Establecer un orden de prioridades a la hora de realizar las diferentes intervenciones
- Prevenir el BURNTOUT en el equipo, turnándonos en las intervenciones, haciendo descansos con pequeñas conversaciones distractoras.

Estos objetivos generales se concretaron en otros más específicos:

- Proporcionar y facilitar la oportunidad para que las personas que se encontraban allí junto con los familiares del fallecido, verbalizasen sus sentimientos y se dieran apoyo emocional, para ayudar a la posterior recuperación.
- Disminuir las tensiones internas y externas que afectan a las personas y a sus familiares.

- Orientar a las familias durante la emergencia y acompañarles en todo el proceso hasta el entierro.

Procedimiento de atención

Se consideró, la importancia del contexto funerario (William Worden. 1991) para dar a la gente la oportunidad de darse cuenta de la realidad de la pérdida, y ayudar a las personas a elaborar una de las primeras tareas del duelo.

Otra consideración importante, fue que el asesoramiento temprano en la elaboración del duelo reduce el riesgo de padecer trastornos psiquiátricos y psicósomáticos (Parkes ,1980 pag. 9).

Es normal que en situación de desastre, la mayoría de las personas no consideren que necesitan los servicios de un psicólogo.(Montoya Carrasquilla.2002 en “Conceptos clave en desastres”).En concreto, la “esposa del fallecido “ rechazaba en un principio nuestra ayuda , con expresiones del tipo “no estoy loca” o pensamientos del tipo “he perdido a mi marido y piensan que estoy mentalmente inestable”.

La esposa (A.), expresó el día del homenaje a los fallecidos, la importancia de la “acogida” por parte de los psicólogos que la atendieron, experiencia compartida por el resto de las familias atendidas en San Fernando:

1) Acogida.

Los psicólogos estábamos en la puerta de entrada del cementerio para recibir al fallecido y la familia, acompañándoles a la sala dónde se acompaña al difunto.

2) Primera toma de contacto.

Presentación a la familia, para que supieran que estábamos allí para lo que necesitaran. La presentación a la familia consistía en saludar a las personas que se encontraban en el tanatorio sin utilizar frases especiales , como lo haríamos en una situación normal , simplemente diciendo nuestro nombre e identificándonos como las psicólogas que estábamos a su servicio para que supieran que estábamos allí para lo que necesitaran. La conducta que consideramos adecuada, en la aproximación al deudo fue de respeto y preocupación por la situación, reflejándoles en todo momento la voluntad de compartir intereses u otros aspectos de su vida sin enfocarlo sólo en la pérdida .Un acompañamiento no ansioso, pensamos que es el tipo de interacción adecuada, siendo en todo momento sensible al humor de la persona.

3) Atención individual.

Se centró de manera especial en el familiar más afectado y que solía presentar un estado de embotamiento con reducción del campo de conciencia, atención disminuida, incapacidad de asimilación y desorientación.

4) Atención grupal.

El resto de los familiares presentaban un estado de shock psíquico, destacando los siguientes casos:

- En familiares directos del fallecido MG. en concreto la hija con inhibición de la expresión emocional, el hijo exceso de protección hacia la madre que se podía traducir en, momentos en que no la dejaba respirar la tenía abrazada y apenas podía moverse, la tocaba la cara todo el tiempo y ella le pedía que la dejara.
- Otro familiar del grupo presentaba un estado general de aturdimiento junto con pensamientos y alucinaciones de su cuñado mutilado.
- El hermano que se había encargado de reconocer el cadáver y recoger sus pertenencias en IFEMA presentaba una alexitimia y bloqueo emocional generalizado.
- El resto del grupo afectación emocional traumática.
- En el funeral de otro fallecido, un chico joven, su novia presentaba crisis de llanto y angustia que provocaron que surgieran más casos, en concreto una tía del fallecido con los mismos signos y síntomas.

5) Asistencia práctica.

Tan importante cómo la psicológica fueron atendidas necesidades concretas, como el ofrecimiento de alimentos sólidos, líquidos, tilas etc.

El cuidado del ambiente fue importante dado que llegó un momento que la gente que rodeaba a la familia eran excesivos en número, hubo que desalojar el velatorio, y sacar del sitio a la doliente. para que el cambio de ambiente le hiciera sentirse un poco mas aliviada.

Cómo A. se mostraba con alto grado de ansiedad y manifestaba tener paralizado un lado de su cuerpo, se procedió a llamar al médico, quien confirmó que se trataba de una crisis de ansiedad y le administró los medicamentos para que los tomara media hora antes del funeral.

6) Despedida y último adiós al fallecido.

Previamente a éste momento tan duro e importante para el doliente se motivaba a la despedida ante conductas de evitación y duda pero sin forzar y respetando en última instancia la decisión personal de cada uno, acompañando a quien hubiera decidido hacerlo.

Cuando iba llegando la hora de cada entierro propiamente dicho, estábamos junto a la familia en su último adiós, se despejaba la sala para que pudieran salir sin agobios por la gente, y se les acompañaba hasta el sitio concreto de la sepultura para posterior y finalmente salir con ellos del cementerio.

Abordaje de momentos críticos

En una situación cómo la que nos encontrábamos son muy comunes los “momentos críticos” de estrés agudo.

El abordaje en esta situación fue de contención, entendiendo ésta cómo una serie de actuaciones específicas, expresiones y conductas adecuadas al momento, dirigidas todas ellas a “sujetar” o “contener” las emociones de las personas en esa situación proveyéndolas de un marco de referencia en donde pudiera sentirse protegidos / as, comprendidos / as , y atendidos / as en sus temores y angustias.

Para el manejo de esta situación seguimos los siguientes pasos:

1) UBICAR: Aunque las condiciones ideales para realizar éste primer paso es un lugar privado dónde el doliente pueda expresar con toda libertad su dolor, al no disponer de éste recurso nos situamos un poco más aislados sentándonos a su lado y animamos a que la persona expresara su dolor por lo sucedido junto a sus familiares mas cercanos, hijos, padre...etc.

2) LEGITIMIZAR: Aquí los tópicos y consejos del tipo “se como te sientes” ,”el tiempo lo cura todo” “tienes que ser fuerte” no ofrecen ningún apoyo, lo que realmente ayuda es legitimizar sus preocupaciones (diciéndole que era normal todo lo que pensaba y sentía), le situamos en un contexto de normalidad, haciéndole saber que se trata de unas reacciones normales a una situación ocurrida que no es normal.

Algo que puede tener un consuelo relativo en estos momentos, es pensar que al menos han podido despedirse de su familiar y tienen un lugar dónde ir a rezar en el futuro. Les anticipamos respuestas que pueden darse para que también les sirviera como base y antecedente para las futuras reacciones similares en otras fases del duelo.

3) PROGRAMAR: Tomamos la decisión conjunta, de avisar al médico para que suministrara los medicamentos necesarios de cara al entierro, ya que la doliente, la esposa de M.G. quería ir pero se descontrolaba y con sólo pensarlo entraba en crisis de angustia. Posterior a la medicación se le instruyó en respiración abdominal, que estuvimos practicando. Consideramos que le podía dar una mayor sensación de dominio y confianza, así como control de la situación. Adicionalmente se abordó todo lo que le angustiaba y preocupaba en torno al evento de despedida y entierro.

4) ACLARAR: Ante preguntas tan difíciles que hacen los deudos en éstas situaciones cómo “¿Porqué a mí? No es justo”, “Ahora empezábamos a vivir”.....siempre intentamos responder con sinceridad, ya que hay preguntas que no tienen respuesta, y así se lo comunicábamos ,explicando que el control de la vida o la muerte no esta en nuestras manos, pero lo que si podemos hacer es continuar nuestra vida , ya que hay personas de nuestra familia que nos quieren y posiblemente al fallecido le hubiera gustado que nos ocupásemos de ellas ante su ausencia. De todas las experiencias de la vida por muy dura que éstas sean siempre podemos aprender (Neymeier.”Aprender de la pérdida”2002)

5) COMPROMETER: Consideramos a la familia cómo el elemento de contención mas importante en ésta situación. Se explicó a la familia cercana que tenían más relación el proceso a seguir y la importancia de su colaboración .La respuesta fue muy buena. Hubo compromiso de que pasado el tiempo no dejarían de llamar o acompañar y seguir en contacto con los dolientes.

6) BUSCAR: Lo importante es una buena relación humana con el deudo, nuestra actitud fue de escucha y comprensión, en los momentos en que ya no podíamos hablar más con ellos y si en un momento dado nos sentíamos emocionalmente afectados buscamos el apoyo del compañero que nos sustituía en la asistencia.

7) CONSIDERAR: la opción de que en situación de duelos es posible que se den casos de pensamientos suicidas como fue el caso de la esposa de un fallecido, con depresión previa, En éste caso concreto, se dio una exarcebación de la sintomatología que posteriormente hubo que intervenir a domicilio. Tal es el caso de M.G.

El sábado 13 de Marzo, los hijos de M.G., mujer de 50 años que había perdido a su marido, solicitaron a IPSE un psicólogo que les visitara en su domicilio de San Fernando de Henares porque temían que las reacciones de su madre no fueran las adecuadas. Cuando se asistió a M.G., sus primeras palabras fueron: “no, pero si yo estoy bien, de verdad, que tengo ratos... pero bien”. Le pregunté si había algún sitio en la casa donde pudiéramos hablar tranquilas y nos dirigimos a una habitación. Allí, M.G. estuvo hablando de su marido, de su relación con él, de los problemas que habían pasado y finalmente de la aversión de su marido por el llanto ajeno (y propio, su mujer no lo había visto llorar en 30 años).

De forma que cada vez que M.G. lloraba, recordaba automáticamente un automandato: “debes estar bien, superarlo, no debes llorar, él se enfadaría”. Pero contrariamente a su deseo, estas

autoinstrucciones imposibles de cumplir en ese momento, aumentaban aún más la angustia y por tanto las ganas de llorar. Así que terminaba rompiendo a llorar de forma absolutamente desgarradora y desconsolada, lo que había provocado la reacción de alarma de sus hijos.

Tras la valoración previa de la convivencia con su esposo y el análisis exhaustivo de las razones por las cuales ella creía que no lloraba, fue la misma M.G. la que reconoció que en realidad no era un patrón muy sano. La intervención fue entonces dirigida no sólo a “permitir” a M.G. llorar, sino precisamente a prescribirle que lo hiciera cuantas veces quisiera ,y se planteara ser fuertes pasados 2 ó 3 meses.

El duelo es un proceso activo en el que cada uno debe expresar sus sentimientos, pasados unos meses las ganas de llorar pasan si se permite su expresión (Worden.2001).

Pasados los dos/tres primeros meses del fallecimiento, la vida del cónyuge empieza a reorganizarse y también empiezan a desaparecer las conductas que se mantenían “para agradar al otro”. Hay todo un proceso de insight en el que la persona empieza a hacer cosas que no hubiera hecho en vida del otro (por muy dolorosa que haya sido la pérdida).

8) TRATAMIENTO: Cuando se nos dio la crisis de pánico de una doliente ante la anticipación de la separación previa al entierro, el tratamiento principalmente fue médico, aconsejando remitirla a los servicios de su zona para el control posterior.

9) ASEGURAR: Cuando finalizaba la intervención se ofrecía la continuidad de los servicios, y los medios que la empresa pone a disposición del deudo, canalizado en éste caso por los servicios sociales del ayuntamiento

Intervención en el homenaje en la plaza del Ayuntamiento a los fallecidos del 11-M

Se intervino de modo grupal con tres familias que asistieron al evento. A destacar que sólo asistieron tres familias de ocho que componía el total. La reunión con ellas se realizó en un departamento del Ayuntamiento.

Se cambiaron impresiones sobre las actuaciones del día anterior así como la expresión de sentimientos del día anterior y los de ese momento.

El tratamiento fue en grupo de familias, comprobando que la evolución era acorde con la situación.

La intervención fue en general de tipo psicoeducativo y de acompañamiento al evento del homenaje tanto para las familias cómo para el grupo de tres psicólogas del ayuntamiento.

El acto concluyó con el acompañamiento de las familias al homenaje, todo transcurrió con normalidad, con manifestaciones emocionales como el llanto pero con control de la situación.

Las herramientas utilizadas

Escuchar y entender

Escucha cómo proceso activo, el objetivo de ésta herramienta es ayudar al deudo a que se exprese, clarificando sus comentarios, Ventilación de sentimientos.

Sirva como ejemplo: La cuñada de uno de los fallecidos que nos contó las visiones que tenía del fallecido, cuando pudo relatar todo lo que sentía, permitió la expresión de sentimientos que habitualmente la persona no comunica a nadie algunas veces por miedo, reduciendo con ello la tensión subjetiva y todos los síntomas derivados de ella. El efecto terapéutico es reforzado por nuestra actitud en todo momento comprensiva y despojada de culpabilizaciones, o elementos moralistas.

Facilitación o evocación

Cuando considerábamos que la persona necesitaba expresar cómo vivió la experiencia que hasta ese momento no había contado o por el contrario necesitaba dar mas detalles de lo ocurrido.

Apoyo

Comenzamos a darlo una vez que las resistencias a recibir ayuda se extinguen. Si se proporciona antes, posiblemente, se dé un rechazo por parte del deudo.

Clarificar

Utilizamos ésta herramienta ante la indecisión del deudo para despedirse por miedo e inseguridad, el fin es conseguir estimular y planear decisiones al indicar alternativas y consecuencias sin dirigir al deudo a realizar una acción determinada.

Dirección

Se utilizó con los familiares a modo de sugerencia, una vez que se incorporaran a la rutina diaria (por Ej. La terapia hombro-oído-abrazo tan efectiva en estas situaciones). Montoya Carraquilla "Intervención en Duelo" 2002.

Educación

Se informó de las futuras oleadas de angustia aguda que podían sobrevenir a los dolientes así como diferentes fases que se pueden dar en una situación de duelo.

Estructuración

De los nuevos roles a asumir por parte de la familia, se trató de un modo sutil y positivo así como la redistribución de tareas en el ámbito de la familia es decir, por Ej. en el caso de A , el hijo asumía el “hueco” que el padre deja. Rol que comenzó a llevar a cabo satisfactoriamente desde los primeros momentos de la pérdida.

Conclusiones

LEY DE HANSEL: La efectividad de un servicio de intervención en crisis aumenta de modo directo en función de su proximidad tanto al tiempo como al lugar de la incidencia.

De todo lo sucedido el 11-M, y la pronta reacción de todos los servicios, que se desplegaron en ese mismo momento, parecen resumirse en la Ley mencionada.

La percepción subjetiva de los dolientes, fue altamente positiva en cuanto a los servicios prestados como ayuda psicológica entre otras.

A pesar del contacto tan directo con el dolor, ésta experiencia conlleva un grado de aprendizaje y crecimiento personal así como aspectos positivos que incidirán en el futuro de todos los que hemos intervenido.

Bibliografía

- Slaikeu, K.A: Intervención en Crisis: Manual para práctica de investigación. Manual Moderno, Segunda Edición en Español. 2001
- Montoya Carrasquilla, j: Intervención en crisis en: Sobre el Duelo. Cómo ayudarnos y ayudar a otros a recuperarse de la pérdida de un ser querido, año 2002. Http: // www.homestead.com/montedeoya/duelos.html
- J.william Worden. El tratamiento de duelo. Barcelona 2001.

- Robert A. Neimeyer. Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo. Barcelona 2002.
- Jiménez Torralba, B(1996).Psicólogos en la catástrofe de Bisecas. Papeles del psicólogo, 65, 28-30

Cuadernos de  **CRISIS**

La Revista Semestral de la Psicología de las Emergencias y de la Intervención en Crisis

<http://www.cuadernosdecrisis.com>

redaccion@cuadernosdecrisis.com