

Cuadernos de **CRISIS**

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

Trauma y ventilación emocional: ¿mito o realidad?

Beatriz Vera Poseck

Elementos de triage psicológico y organización ambiental en simulacros y accidentes aéreos

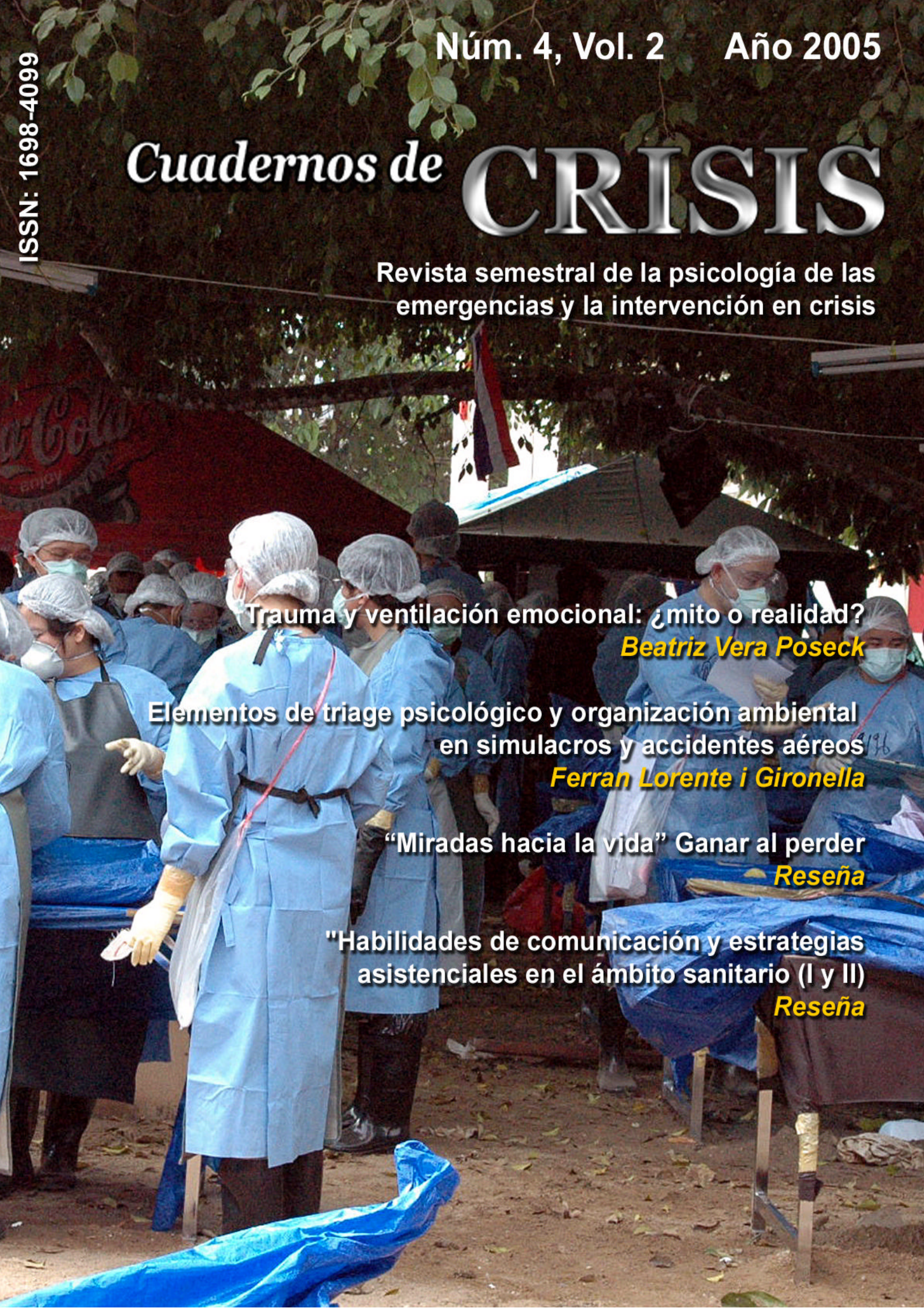
Ferran Lorente i Gironella

"Miradas hacia la vida" Ganar al perder

Reseña

"Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario (I y II)

Reseña



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.

*Si desea estar puntualmente
informado de la publicación de nuevos números
así como de otras actividades,
suscribase gratuitamente en la siguiente dirección
www.cuadernosdecrisis.com*

Cubierta

*Equipos internacionales de identificación después del tsunami .
Fotografía cedida por el Dr. J.F. Ortigosa (I,M.L.C. Institut de Medicina Legal de
Catalunya)*

*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 consultor de emergencias.

Ignasi Brunet i Bragulat.

natxu@cuadernosdecrisis.com

Psicólogo emergencista.

Jefe de la “Unitat d’Assistència i Intervenció en Crisi”.

Direcció General de Seguretat Ciutadana,

Polícia de la Generalitat–Mossos d’Esquadra”.

Consejo de redacción

Dr. Luis de Nicolás y Martínez.

Doctor en Psicología

Catedrático de la Universidad de Deusto.

Jordi Vilamitjana i Pujol

Filólogo, periodista y escritor especializado en emergencias

Diari de Girona.

Agustí Ruiz i Caballero

Médico de emergencias

Josep Garre i Olmo

Psicólogo y epidemiólogo

Hospital de Sta. Caterina. Girona

Josep Vilajoana i Celaya

Vicedecano del "Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya

Responsable del Servicio de Intervención en Emergencias y Catástrofes

Fernando A. Muñoz Prieto

Psicólogo

Director de IPSE-Intervención Psicológica Especializada

Contacto

Consejo de redacción:

redaccion@cuadernosdecrisis.com

Dirección:

direccion@cuadernosdecrisis.com

Editorial

Ferran Lorente i Gironella

Trauma y ventilación emocional: ¿mito o realidad?

Beatriz Vera Poseck

Elementos de triage psicológico y organización ambiental en simulacros y accidentes aéreos

Ferran Lorente i Gironella

Miradas hacia la vida. Ganar al perder

Reseña bibliográfica

Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario (I y II)

Reseña bibliográfica

EDITORIAL

No podemos dejar de referirnos al atentado acaecido en Londres el pasado mes de julio, a pesar de que nuestra primera intención fuese no abundar en él más allá de una breve reflexión, con el objetivo de no permitir que los terroristas decidieran nuestra agenda, ya que en último término su objetivo es ese, monopolizar la atención y mediante el terror paralizarnos presos de nuestras propias contradicciones.

Las contradicciones de una sociedad occidental cómoda y apoltronada en un sofá moral, construido a medias entre el dios de la economía y las cuestiones de estado, un sofá tan cómodo que hace digeribles una media de 30 o 40 muertos diarios en atentados en Irak y que en cambio se escandaliza cuando por una vez esto ocurre en un país “civilizado”. Sin embargo es tal su brutalidad que deja fuera de juego a los terrorismos autóctonos incapaces de competir con tanta crueldad cuantitativa.

Pero la bomba más sutil de estos fanáticos es de tipo ético e ideológico, ya que coloca a las sociedades democráticas ante el terrible dilema de aceptar la pérdida de garantías (derechos y libertad en definitiva) a cambio de seguridad. Por otra parte los sectores menos civilizados de estas sociedades democráticas, homólogos en su versión local de los fundamentalistas islámicos, desactivados por la propia evolución histórica, se frotan las manos ante lo que pomposamente califican de choque de culturas, que les dará definitivamente la razón y pondrá coto a tanto libertinaje democrático.

Ocurre con el dilema libertad/seguridad otro tanto que con los razonamientos circulares de tipo obsesivo, no tienen salida a no ser que se rompan por algún lado, de tal modo que se reformule el problema.

Ante cualquier agresión la más intuitiva lógica social nos induce a agrupar fuerzas, confiar en las instituciones y los líderes con los que democráticamente nos hemos dotado, prestando individual y colectivamente nuestra más sincera colaboración. Una sociedad capaz de responder de ese modo, empleando los valores democráticos como arma ideológica de primer orden saldrá exitosa y reforzada de cualquier crisis.

En el plano profesional las situaciones psicológicas que se deriven de este contexto pueden sorprender en otros países, no así en el nuestro donde por desgracia tenemos una dilatada y amarga experiencia. Los psicólogos emergencistas estaremos donde siempre hemos estado, junto a las víctimas y la sociedad ayudándolas a afrontar de modo resiliente la barbarie.

Centrándonos en el contenido del presente número de Cuadernos de Crisis debemos referirnos necesariamente a Beatriz Vera, que ya empieza a ser veterana de nuestras páginas, y al excelente artículo en torno a la ventilación emocional que nos aporta.

Es bueno que en España empecemos a tener producción propia de manuales, libros de consulta, de auto-ayuda y formulaciones teóricas entorno a la miscelánea que agrupa a la intervención en crisis, la salud mental en emergencias, los primeros auxilios psicológicos, el counselling...

En este sentido estamos orgullosos de presentar dos reseñas sobre dos publicaciones que pensamos tendrán consecuencias en la ampliación de nuestro conocimiento profesional, no nos extenderemos más sobre ellas en esta editorial, solo recomendarlas como lectura para el final de este verano.

El que suscribe también ha querido participar en este número con una aportación sobre elementos de triaje y organización ambiental en accidentes aéreos. Como de costumbre no pretendo sentar cátedra,

solo aportar elementos de reflexión sobre estos elementos tan poco tratados en nuestra literatura psicoemergencista.

TRAUMA Y VENTILACIÓN EMOCIONAL: ¿MITO O REALIDAD?

Beatriz Vera Poseck, Psicóloga UCM

Resumen

De forma tradicional la psicología ha tendido a asumir que aquellas personas que sufren una experiencia traumática no sólo presentan una necesidad imperiosa de expresar sus sentimientos y emociones sino que deben verbalizar lo que sienten con el fin de procesar la vivencia y superarla. Sin embargo los expertos no han conseguido aún dilucidar cuáles son los mecanismos que ponen en relación la expresión-inhibición emocional con la salud y el bienestar, y diferentes estudios realizados no han conseguido probar la veracidad científica de tal creencia.

En este artículo se analizan las dimensiones teóricas y prácticas de la expresión verbal relacionada con sucesos traumáticos y los vacíos científicos de que adolece esta suposición tan comúnmente aceptada.

Abstract

In a traditional way, psychology has spread to assume that those people that suffer a traumatic experience presents an imperious necessity to express their feelings and emotions and that they should verbalize what they feel with the purpose of to process the experience and to overcome it. However, the experts have not still been able to elucidate which are the mechanisms that put in relationship the emotional expression-inhibition with the health and the well-being, and different studies have not been able to prove the scientific truthfulness of such a belief.

This article analyze the theoretical and practical dimensions of the verbal expression related with traumatic events and the scientific holes that suffers this supposition so commonly accepted.

Bárbara acaba de sufrir un intento de violación y está bastante afectada por el hecho. Cuando llama a su terapeuta en busca de ayuda, éste le recomienda sin vacilar que cuente su experiencia a todas las personas que conozca. Según él, cuanto más cuente su historia, antes desaparecerán los síntomas de ansiedad. Si Bárbara decidiera consultar una segunda opinión, muy probablemente encontraría la misma respuesta. En general, los terapeutas están convencidos intuitivamente de que se trata de un consejo absolutamente válido, pero ninguno es capaz de explicar las razones de esa afirmación. Seguramente argumenten que el hablar del trauma es una respuesta humana natural (Pennebaker, 1990), pues tanto el sentido común como la psicología asumen implícitamente que expresar y compartir emociones contribuye a su afrontamiento adaptativo (Martínez-Sánchez, Páez, Pennebaker y Rimé, 2001). De esta manera, la psicología ha asumido tradicionalmente que aquellas personas que sufren no sólo presentan una necesidad imperiosa de expresar sus sentimientos y emociones ante la pérdida, la muerte o la desgracia sino que deben verbalizar lo que sienten con el fin de liberarse de su rencor y hostilidad, hablando libre y extensamente con sus familiares y amigos sobre el suceso y sus

experiencias (Bonanno y Kaltman, 1999): Sin embargo aún los expertos no han conseguido dilucidar cuáles son los mecanismos que ponen en relación la expresión-inhibición emocional con la salud y el bienestar (Martínez-Sánchez, Páez, Pennebaker y Rimé, 2001). Recientemente, un reconocido psicólogo español afirmaba, en relación a los hechos del 11 de Septiembre de 2001 que “hasta los héroes necesitan hablar” y que cuantas más veces narramos los sucesos traumáticos, más fuerza pierden y menos posibilidades tienen de dañarnos emocionalmente a largo plazo pues con el tiempo y la repetición, muchas víctimas del trauma reciclan la experiencia devastadora (Rojas Marcos, 2002). Contrarios a esta opinión, se alzan algunos estudios empíricos que demuestran que los posibles beneficios inducidos por la expresión verbal provocan rápidamente un efecto techo, por el cual, 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, Páez, Pennebaker y Rimé, 2001).

El hablar de sentimientos y pensamientos relacionados con experiencias adversas y/o traumáticas como necesidad intrínsecamente humana no es defendido exclusivamente por los profesionales del campo de la salud mental, es una creencia arraigada en todos los niveles de la cultura occidental. Tenemos la sensación de que aquellas personas que callan se están reprimiendo o inhibiendo, y no nos paramos a pensar que, quizá, no necesiten hablar. Cuando durante los días que siguieron al atentado del World Trade Center en Nueva York el 11 de Septiembre de 2003 la búsqueda de apoyo de los individuos afectados fue mucho menor de lo que la mayoría de los expertos habían predicho (Kadet, 2002), la conclusión mayoritaria a la que se llegó para explicar este comportamiento fue que estas personas estaban negando, y que el no buscar ayuda no era más que un signo de la existencia de PTSD (Yehuda, 2002). Sin embargo, puede hacerse otra lectura de los datos aportados por Kadet; quizá los expertos subestimaron la capacidad natural de las personas que viven una situación traumática de recuperarse, de resistir (McNally et al., 2003). Creo sinceramente que no existe evidencia real de que esto sea así y que no responde a otra cosa que a un mito fuertemente establecido entre la comunidad de psicólogos y también entre los legos.

Silver y Wortman (1980) reconocen que no todo el mundo necesita ni se siente impulsado a hablar sobre experiencias traumáticas y que no para todos el hacerlo supone una mejor recuperación. Si bien, también afirman que la respuesta normal ante una experiencia traumática es hablar sobre ella. Se basan para ello en un amplio bagaje de estudios con distintas muestras (pacientes de cáncer, víctimas de desastres, sujetos que han sufrido pérdidas...) que confirman que la respuesta más común de estos sujetos es hablar. Ahora bien, se pueden encontrar otros estudios que no llegan a los mismos resultados. Así por ejemplo, Vázquez y Ring, (1996), aplican el CID (Coping Inventory of Depression) a 491 sujetos con el fin de conocer mejor el afrontamiento cognitivo y conductual que ponen en marcha espontáneamente las personas cuando se sienten tristes, deprimidas o desanimadas. Los resultados del estudio muestran, que, si bien un típico mecanismo de afrontamiento señalado por prácticamente todos los autores es el de búsqueda de apoyo emocional, hablar o expresar los sentimientos cuando uno está deprimido no es algo muy utilizado (Vázquez y Ring, 1996).

En el año 2001, Schilte et al publicaron un artículo sobre una investigación realizada con 137 pacientes diagnosticados con síntomas de somatización en la que, a través de un experimento de doble ciego con

muestras aleatorias se aplicaba a un grupo unas sesiones de expresión emocional y al otro no. Los resultados fueron contundentes, la intervención no tuvo ningún efecto en ninguno de los puntos medidos, e incluso, encontraron una alarmante alta prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión entre los pacientes del grupo tratado. Los autores concluyen así que, aunque la intervención fue bien recibida por pacientes y doctores, la expresión emocional no tiene ningún efecto en la salud general de estos pacientes. Estudios como este deben hacernos pensar en la importancia de delimitar cuando la expresión emocional, el hablar sobre lo que sentimos y pensamos, es beneficioso y cuando puede llegar a resultar perjudicial.

Si bien, existe abundante evidencia en la literatura que secunda el hecho de que revelar hechos traumáticos mantenidos durante años en secreto es beneficiosos para la salud del individuo (Pennebaker, 1989, 1993), también es cierto que no se ha logrado demostrar de forma empírica el beneficio de la expresión verbal durante el duelo (Bonanno y Kaltman, 1999) y que el hablar sobre episodios afectivos no parece disminuir el impacto de los recuerdos emocionales, mientras que la falta de recuperación afectiva relacionada con estos episodios se asocia a una necesidad constante de hablar (Martínez-Sánchez, Páez, Pennebaker y Rimé, 2001).

De hecho, existe una creciente evidencia de que la comunicación repetida de estados negativos como tristeza o malestar puede hacer desaparecer la red de apoyo social del individuo (Bonanno y Kaltman, 1999).

Pennebaker asegura en una de sus obras que, en general, preferimos hablar que escuchar y que la mayoría de nosotros encontramos que comunicar nuestros sentimientos es una experiencia de aprendizaje sumamente gozosa (Pennebaker, 1990). Sin embargo, incluso un autor como James Pennebaker que con tanto interés y esfuerzo ha defendido el valor de la expresión emocional como agente terapéutico afirma que es necesario revisar técnicas como el debriefing que presionan al individuo a hablar acerca de sus emociones en un contexto grupal (Pennebaker, 2001).

Las importantes implicaciones que esta creencia conlleva quedan muy bien reflejadas cuando hablamos de uno de los campos de la psicología que, en los últimos años, ha despertado gran interés, la intervención psicológica en emergencias, catástrofes y desastres. Aunque sucesos como los atentados del 11-S en Nueva York o los del 11-M en Madrid han puesto de relieve la necesidad de contar con profesionales de la salud mental que actúen en estas situaciones, la investigación no ha sido lo suficientemente fructuosa como para permitir establecer protocolos de intervención en desastres y emergencias. Así, aunque no existen estudios científicamente válidos que demuestren la eficacia real de ninguna de las intervenciones propuestas para enfrentar estas situaciones, existe la creencia generalizada entre una amplia mayoría de profesionales según la cual lo primero y más importante a hacer en situaciones de emergencia o catástrofes es permitir y promover en los sujetos afectados la ventilación emocional. De esta manera, se ha extendido la creencia entre muchos expertos de que la recuperación personal no se puede realizar correctamente sin este proceso de alivio psicológico, de forma que las víctimas que se parecen haberse recuperado bien y haber reconstruido su vida siguen teniendo un problema real y escondido. Se ha ido aceptando en la cultura occidental que las víctimas de acontecimientos traumáticos deberían hablar cuanto antes de lo que les ha ocurrido (Summerfield, 2000), es más, 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).

La creciente evidencia empírica avalada por cada vez más estudios sobre los nulos efectos del debriefing, una técnica cuyo pilar básico es la ventilación emocional, 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). 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).

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, 2000).

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). 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 et al., 1995; Bisson et al., 2000; Carlier y Gersons, 2000; Gump y Kulik, 1997).

Por otro lado, las intervenciones psicosociales o grupales en el momento inmediato de la catástrofe, basadas en compartir y hablar sobre la experiencia tampoco han confirmado que impidan la aparición de síntomas, reafirmando la idea que hablar sobre un hecho traumático en sí mismo no es necesariamente adaptativo, e incluso, estimaciones del efecto medio sugieren un impacto negativo (Páez, Fernández y Beristáin, 2001). El debriefing tiene su origen en el concepto de catarsis tal y como lo entendió Freud. Es necesario proporcionar al paciente un espacio catártico para que desahogue sus penas y no las reprima. Según esta concepción, lo importante es la cantidad, pues mientras más veces relatemos el hecho, mejor y más rápida será nuestra sanación. La eficacia de la catarsis ha sido puesta en duda en numerosas ocasiones (Shem, 1997, Ibáñez y Díaz del Peral, 1999), sin embargo, en la clínica privada es una práctica utilizada con mucha frecuencia.

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, Páez, Pennebaker y Rimé, 2001). no todo el mundo necesita hablar, y esto es más evidente a corto plazo (Kenardy, 2001: dato no publicado). 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) y segundo, es necesaria una concepción más positiva y menos patológica del trauma de la que da el debriefing. No obstante, no se trata ahora de hacer apología de silencio. La comunicación y el lenguaje son características esenciales que dan al ser humano su condición, y obviar esto sería impensable. Estoy de acuerdo en que la necesidad de hablar y contar lo ocurrido es una respuesta humana, y, en muchos casos, de un valor incuestionable (importancia del testimonio. Véanse Elizabeth Lira, Pennebaker...), pero también me aventuro a sospechar que la mera descarga afectiva y el apoyo emocional no son adaptativos en sí mismos. Un metaanálisis llevado a cabo por el grupo de Martínez-Sánchez y Páez con más de dos mil sujetos no encontró relación entre la búsqueda de apoyo emocional y el equilibrio afectivo. Creo que el compartir una emoción no induce alivio emocional per se, esto es, al compartir una emoción se modifica la memoria emocional en menor grado de lo que se creía (Martínez-Sánchez, Páez, Pennebaker y Rimé, 2001). También resultan indiscutibles los efectos nocivos de la represión y la inhibición. Muchas veces el entorno hace callar a la víctima y ésta se siente aprisionada en su silencio. En este sentido, por ejemplo, hay estudios que demuestran un aumento de síntomas depresivos en sujetos que perciben su entorno social como represor de su expresión verbal del trauma (Lepore y cols., 1996). 281 madres que habían perdido a sus bebés fueron entrevistadas a las 3 semanas, a los 3 meses y a los 18 meses después de la muerte de los bebés, y se les pasaron escalas para medir síntomas depresivos (SCL-90), pensamientos intrusivos (Intrusive Thoughts Scale) y nivel de presión social (Social Constrains Scale). Los resultados hacen concluir a los autores que existe una relación positiva entre pensamientos intrusivos y síntomas depresivos en madres con altos niveles de constricción social, mientras que esta relación es nula en madres con niveles bajos de constricción social: así, aquellas madres que inicialmente tienen un alto nivel de pensamientos intrusivos sobre la muerte de su bebé sufrirán incremento en síntomas depresivos en los meses posteriores sólo si sienten que su entorno social les veta y no les permite hablar sobre el suceso. Mientras que estos pensamientos intrusivos no conllevarán al desarrollo de síntomas depresivos si la mujer percibe su

entorno social como no constrictor de su expresión verbal . Estos autores explican que la presión del entorno social inhibe a estas madres a hablar sobre el trauma y esto interfiere con el proceso de asimilación y aceptación de la pérdida y la adaptación emocional al mismo. En un estudio posterior, se demuestra cómo los pensamientos intrusivos aumentan en aquellos sujetos a los que, tras ser sometidos a distintos estresores, no se les permite hablar sobre el tema. Estos autores argumentan que hablar puede acrecentar el ajuste a través de la facilitación de la integración cognitiva. Aquellos sujetos que pudieron hablar sobre el estresor confirmaron tener menos pensamientos intrusivos y un nivel menor de estrés al volver a ser expuestos al estresor que los sujetos que no pudieron hablar (Lepore y cols., 2000).

La cuestión no es entonces negar las evidencias, sino matizar y ampliar miras. Creo necesario delimitar los diferentes parámetros: el cuándo es más beneficioso hablar, el dónde es adecuado hacerlo, en qué circunstancias, el quién: quien necesita hablar y no puede y quien no lo necesita y se le obliga (debriefing, catarsis...), y sobre todo, como es el interjuego de estos factores, y como se actúa ante eso.

Tradicionalmente se ha utilizado el término de personalidad inhibida para designar a aquellas personas cuyo estilo de afrontamiento evitador y represivo hace que no muestren sus sentimientos y pensamientos más íntimos y que eviten hablar de experiencias intensas. A este tipo de personalidad se ha asociado la aparición y agravamiento de distintos trastornos, como el asma, la diabetes, la anorexia... La investigación sobre los peligros de la inhibición es muy abundante y crece a un ritmo exponencial (Pennebker, 1990). Parece ser éste un tipo de personalidad bastante bien definido y estudiado, en oposición a aquellos que no se reprimen, que relatan, que expresan. Pero este binomio inhibidores-no inhibidores creo que deja un amplio campo sin explorar. Se asume que todas aquellas personas que no expresan sus sentimientos o que no relatan sus experiencias, no lo hacen por que se inhiben. Creo que es necesario contar con la posibilidad de que muchas de estas personas no estén realmente inhibiendo, sencillamente no existe esa necesidad, y esto no es anormal ni patológico, ni tiene que ir asociado a trastornos. Me parece interesante tener en cuenta esta posibilidad e investigar en esta dirección. Algo parecido ha venido sucediendo en los últimos años con respecto a las reacciones humanas ante la pérdida, el proceso del duelo. Tradicionalmente se ha asumido un esquema de fases en el duelo por las que el sujeto ha de pasar para elaborar correctamente su pérdida. Cuando la fase de no se daba, se llamaba negación, y se ha asegurado que dichas personas que no pasaban por las fases preasumidas no estaban elaborando correctamente, estaban negando la pérdida. Estudios recientes han demostrado lo inadecuado de esta concepción cuadrículada del duelo y han confirmado el hecho de que no derrumbarse moralmente no es sinónimo de negación, como se asumía al aceptar el modelo tradicional de respuesta al duelo.

Por otra parte, no se trata sólo de cuestionar la necesidad de hablar; a este respecto, creo que es lo adecuado considerar que algunas personas lo necesitarán y otras no, y el objetivo de nuestra investigación deberá ir encaminada a averiguar que factores determinan una cosa u otra, sin cuestionar también su propiedad terapéutica. Los sujetos pueden adoptar muy distintas posturas enfrentados a un mismo suceso. Cuenta Primo Levi en su libro "Si esto es un hombre"(1947) que las personas que sobrevivieron al Holocausto y a los campos de concentración adoptaron dos posturas distintas: hubo

algunos cuya necesidad de hablar, de gritar, de hacer que todo el mundo se enterase de lo ocurrido, era imperiosa. Necesitaban dar su testimonio, necesitaban ser escuchados. Entre ellos, algunos como Primo Levi decidieron escribir su historia para darla a conocer al mundo. Otro grupo de personas, en cambio, no siguió este camino, prefirieron olvidar lo antes posible, seguir adelante con una nueva vida intentando no recordar, no arrastrar esa lacra al menos de forma consciente. Primo Levi no juzga ambas posturas, se limita a describirlas, yo tampoco, y creo que nadie tiene derecho a hacerlo. ¿Cuál es la postura adecuada? Seguramente, desde la visión de aquellos que no olvidamos, de aquellos que pensamos que la historia no debe repetirse y que debe hacerse justicia, es decir, desde el punto de vista social, los supervivientes deben hablar, deben contar lo sucedido, dar su testimonio personal (como dijo alguien, durante el Holocausto no fueron asesinados seis millones de judíos, fue asesinado un judío y eso lo repitieron seis millones de veces), para que la gente sepa, para que se haga justicia. Pero, ¿y desde el punto de vista terapéutico?, ¿desde el punto de vista de la persona que relata? Si nos movemos en el campo psicológico las cosas no son así necesariamente. ¿Le sirvió a Primo Levi? Pocos como él han transmitido al mundo la verdad del Holocausto, no sólo ha escrito tres libros sino que ha dado cientos de conferencias y ha comentado su obra ante miles y miles de estudiantes. Primo Levi se suicidó en 1997. Nunca sabremos sus razones, pero tampoco sabremos si al final la lucha que emprendió le ayudó. Ayudó a la Historia, ayudó a la justicia pero... ¿a su persona? no lo se. ¿Vivió Primo Levi más feliz y mejor que aquel sujeto que decidió olvidar, no contar? No lo se, mejor no comparar, simplemente cada uno eligió su opción de vida, su forma de afrontar lo sucedido. Es peligroso establecer límites de normalidad en el coping de las personas. Cada persona debe encontrar su forma de afrontar las cosas, y nuestro papel no es decirle cuál es esa forma estándar sino ayudarle a que descubra y elija la suya propia.

ELEMENTOS DE TRIAGE PSICOLÓGICO Y ORGANIZACIÓN AMBIENTAL EN SIMULACROS Y ACCIDENTES AÉREOS

Ferran Lorente i Gironella

Resumen

A partir de la experiencia en simulacros de asistencia psicológica en accidente aéreo, se sugieren estrategias de triage y de organización ambiental, dirigidas a una mejora en la gestión de este tipo de emergencias.

Abstract

From the experience in psychological assistance practices in plane crash, strategies of triage and environmental organization are suggested, directed to an improvement in the management of this type of emergencies.

Key words.- Emergency mental health. Crisis intervention. Disaster victims screening. Psychological triage

Introducción

Durante el primer trimestre del año 2003 se efectuó un simulacro de accidente aéreo en el Aeropuerto de Barcelona (Prat de Llobregat).

Tuve el privilegio de coordinar los diferentes grupos de psicólogos que participaron en el simulacro. Algunos de los criterios que se emplearon en él, pueden a mi entender ser de utilidad en otros simulacros, e incluso en situaciones reales y por descontado no deben ser entendidos como esquemas rígidos sino más bien como elementos disponibles para la reflexión.

Con el objeto de conocer las dimensiones de los escenarios de mayor probabilidad proponemos una previa y breve mirada a las estadísticas sobre accidentes aéreos. A fin de enmarcarlas debidamente recurriremos a E.A. Martín Cuervo (1999) el cual incluye la siguiente cita que aclara la delimitación conceptual de accidente aéreo:

“...Para la **OACI** –Organización Internacional de Aviación Civil- (1944), Accidente de Aviación es: Todo suceso, relacionado con la utilización de una aeronave, que ocurre dentro del período comprendido entre el momento en que una persona entra a bordo de la aeronave, con la intención de realizar un vuelo, y el momento en que todas las personas han desembarcado, durante el cual:

A) Cualquier persona sufre lesiones mortales o graves a consecuencia de hallarse en la aeronave, sobre la misma, o por contacto directo con ella o con cualquier cosa sujeta a ella; o

B) La aeronave sufre daños o rupturas estructurales que afectan adversamente su resistencia estructural, su performance o sus características de vuelo, y que normalmente exige una reparación importante o el recambio de componentes. Se excluyen concretamente los siguientes tipos de daños: Falla de motor, daños limitados a un motor, carenas o capós de formados, revestimientos abollados, pequeñas perforaciones en el revestimiento metálico o en la tela, daños en las palas de las hélices durante el rodaje, daños en neumáticos, accesorios de motor, frenos o extremos de ala.

C) La aeronave desaparece o es totalmente inaccesible.

Igualmente la **OACI** indica que es un Incidente: Todo suceso relacionado con la utilización de una aeronave, que no llegue a ser un accidente, que afecte o pueda afectar la seguridad de las operaciones”.

Estos accidentes aéreos no son por fortuna abundantes, el siguiente cuadro confeccionado por el autor a partir de la base de datos no elaborados de Air Disaster (2005) puede aproximarnos a las cifras entre las cuales nos movemos:

Nota.- Se excluyen los datos del 11-S.	2001	2002	2003	2004	totales acumulados	%
número total de accidentes	46	43	25	28	142	100
Núm. accidentes sin fallecimientos	8	7	6	8	29	20.42
Núm. accidentes con fallecimientos	38	36	19	20	113	79.58
Núm. de fallecidos	1175	1151	1091	517	3934	70.04
total accidentados (fallecidos+supervivientes)	1806	1506	1327	977	5616	100
accidentes >50 accidentados	9	10	8	5	32	22.53
accidentes ocurridos en España	2	2	1	0	5	

¿Que conclusiones que sean útiles para planificar la intervención de asistencia psicosocial podemos extraer de estos datos? En primer lugar saber que casi 8 de cada diez accidentes aéreos para los que podemos ser alertados contarán con algún accidentado fallecido, pero que únicamente un 22.53% de los accidentes superará los 50 accidentados, entendiendo bajo el epígrafe de accidentados a la suma de fallecidos y supervivientes.

Hemos tomado como cifra de corte la de 50 accidentados, dado que en España es entorno a ese número de víctimas cuando nuestras estructuras organizativas empiezan a tener problemas.

No deja de ser tranquilizador conocer también la baja frecuencia de accidentes aéreos en nuestro país, cinco en cuatro años.

Triage grupal

En este mundo global es fácil encontrar en según que vuelos diez o quince lenguas diferentes, algunas de ellas poco frecuentes en nuestro país, por lo que un primer nivel de triaje puede venir determinado por la comunicación verbal. Si bien en el momento actual la lengua inglesa se ha convertido en vehículo de relación internacional preferente, el nivel de conocimiento de la misma no pasa de ser para la mayor parte del pasaje internacional una especie de 'lingua franca' que por descontado no permite una intervención adecuada, en este sentido recomendamos una relectura atenta del Protocolo de formación urgente de intérpretes (Lorente F. 2002), a fin de orientar la intervención utilizando a los intérpretes como mediadores y paraprofesionales supervisados y apoyados directamente por el psicólogo.

Tal como se describe en el PEIVD -Protocolo de Evaluación Inicial de Víctimas Directas- (Lorente F. 2003) un buen procedimiento de triaje grupal pasa por la distribución de las víctimas en grupos homogéneos.

En este sentido un segundo nivel de triaje debe concluir en la diferente ubicación de supervivientes y/o familiares del pasaje y supervivientes y/o familiares de la tripulación, ya que fácilmente pueden producirse culpabilizaciones y conflictos entre ambos grupos, teniendo especial cuidado en que no se pueda interpretar ninguna discriminación (tanto positiva como negativa) en el trato. Tal sería el caso si por ejemplo se ubica un grupo en hangares y al otro en hoteles.

SUPERVIVIENTES PASAJEROS				Familiares de los Supervivientes Pasajeros.	
INDEMNES	HERIDOS	CON PRÓXIMOS ENTRE LOS HERIDOS	CON PRÓXIMOS ENTRE LOS FALLECIDOS	DE FALLECIDOS	DE HERIDOS

SUPERVIVIENTES TRIPULACIÓN		Familiares de los Supervivientes Tripulación	
INDEMNES	HERIDOS	DE MUERTOS	DE HERIDOS

Todo lo dicho es también aplicable en el caso de producirse víctimas ajenas al vuelo tales como vecinos de la zona donde pueda haberse producido el impacto o el aterrizaje forzoso. En dicho caso deberíamos contemplar no solo la asistencia a víctimas y familiares sino también el desarrollo de algún tipo de programa de salud mental comunitaria dirigido a la población general de la zona.

Intervención según los grupos

Según los grados de afectación podemos pensar en diferentes tareas, espacios donde llevarlas a cabo y tipos de asistencia, tal como se describe en el cuadro siguiente.

GRUPO	UBICACIÓN ASISTENCIA	TAREAS HABITUALES	TIPOS DE ASISTENCIA
Supervivientes indemnes	Salas de acogida en el aeropuerto	Evacuación, declaraciones judiciales,	Facilitación Evaluación Asistencia psicológica si procede. (Desactivación).
Supervivientes heridos	Centros Sanitarios	recuperación efectos personales propios.	
Supervivientes con familiares heridos			
Supervivientes con familiares fallecidos	Salas de acogida o judiciales (depósitos, tanatorios o "in-situ")	Declaraciones judiciales, Identificación cadáveres, Recuperación efectos, Gestiones con la funeraria.	Facilitación, asistencia y acompañamiento.
Familiares de fallecidos			
Familiares de heridos	Centros Sanitarios	Gestiones asistencia y evacuación.	

Organización ambiental en el aeropuerto

En función del número de víctimas se precisará de un número mayor o menor de salas, tendiendo siempre al mayor fraccionamiento posible de los grupos.

Sabemos que el mayor grado de intimidad se conseguiría con una sala por familia en el caso de víctimas mortales y salas para grupos no superiores a las 15-20 personas si se trata de supervivientes ilesos. Debido a ello si la intervención se dilata, resultará más adecuado buscar alojamiento a las familias en hoteles cercanos, la percepción de proximidad al aeropuerto es importante sobretodo en el caso de que la demora se deba a una búsqueda de los restos del aparato.

Los gestores aeroportuarios tienen el hábito y la pericia profesional de manejar contingentes elevados de personas y mercancías en un breve lapso de tiempo. Dicha tarea crea con el tiempo esquemas cognitivos muy arraigados, de tal modo que en una situación de emergencia es altamente probable que dichos esquemas útiles y valiosos en una situación regular, se impongan igualmente cuando en realidad resultan cuanto menos inapropiados.

Dicho de otro modo, en circunstancias normales los gestores aeroportuarios ubican grupos numerosos en espacios amplios y diáfanos, en los cuales se procura una mínima interferencia en el entorno visual y auditivo del usuario, especialmente importante si nos referimos al contacto con pantallas de información, en nuestro recuerdo personal sobre salas de espera, embarque, llegadas y partidas se mantiene constante este principio. Pues bien, en circunstancias de emergencia los citados gestores tenderán a mantener como tendencia recurrente este tipo de espacios para la acogida de víctimas y familiares. Lo cual en ocasiones dificultará nuestro trabajo de asistencia, ya que impedirá el fraccionamiento al que nos hemos referido anteriormente.

Sin embargo las anteriores aseveraciones deben ser matizadas adecuadamente, en primer lugar quizás sea imposible disponer de otro tipo de salas debido al propio diseño de los espacios, en ocasiones la saturación de las instalaciones hará que la mejor opción (o la menos mala) sea un hangar vaciado de forma apresurada de los elementos mecánicos y de mantenimiento que le serían propios.

En segundo lugar un espacio diáfano puede ser modificado, mediante paneles o plantas que actúen como medianeras entre los grupos, en caso de necesidad cualquier elemento de interposición vale. En el bienentendido de que a mayor disparidad en la situación corresponde también una mayor distancia física, es decir no separaremos con un simple panel a la familia que recibe al piloto físicamente incólume de los parientes del pasaje que esperan los cuerpos de sus fallecidos.

En tercer lugar pueden existir situaciones que no precisen del citado fraccionamiento y en las que sea importante el acceso diáfano a las fuentes de información electrónicas. Otro tanto ocurre con los grandes ventanales sobre las pistas o los accesos a las instalaciones, lo cual en ocasiones puede proporcionar imágenes no deseadas. Así serían indicados cuando esperamos un contingente de supervivientes y todo lo contrario si lo que se espera es una hilera de ataúdes o de sacos de plástico. Todo ello representa una muestra más de lo que hemos repetido hasta la saciedad, en Psicología de las Emergencias los protocolos nunca pueden ser cerrados y debe haber un análisis permanente de cada situación concreta y una respuesta adecuada a ella.

PAA

Si el número de supervivientes es elevado podemos plantearnos la necesidad de establecer un Puesto de Asistencia (en crisis) Avanzado, donde poder efectuar una primera evaluación individual .

El puesto de asistencia en crisis estaría constituido por diversos espacios (de las dimensiones de un pequeño despacho) donde poder realizar un primer triaje, el cual pasaría por una breve evaluación a los indemnes y heridos leves, a fin de principalmente detectar si han existido respuestas de disociación en el momento del incidente y si precisan de mayor intervención. Aunque sugerir un tiempo siempre es aventurado, entre 15 y 30 minutos por persona puede ser en la mayor parte de los casos suficiente.

El propio edificio y la organización ambiental del PAA, así como la actitud de los profesionales que lo atienden, debe transmitir a los asistidos percepción de seguridad, estos deben “saber que el incidente ya ha finalizado y que se encuentran a salvo”. Debe encontrarse próximo al PMA (Puesto Médico Avanzado).

Sala de chocados

Destinada a los individuos detectados en el primer triaje del PAA como chocados (estupor reactivo) en tanto no superen las fases de sugestión y recuperación o sean evacuados. Una sola sala es suficiente, generalmente o se dan pocos casos de choque o si eso ocurre son pocos los que permanecen mucho tiempo en dicho estado.

Características de la sala:

Confort ambiental, especialmente térmico.
Que transmita percepción de seguridad.

Características de la asistencia:

En todo momento se debe procurar, con las prevenciones habituales, que alguien (no necesariamente psicólogo) mantenga contacto físico con las víctimas, ya que su conciencia se encuentra al mínimo y es la manifestación de apoyo más elemental que les podemos transmitir.

Del mismo modo a lo largo de las diferentes fases del shock, especialmente las de sugestión y de recuperación, debe haber una supervisión permanente del grupo.

Sala de descanso

Destinada al equipo de asistencia psicosocial. Próxima a la zona de intervención pero aislada de la misma.

Alimentos y bebidas

En todas las salas deben encontrarse alimentos y bebidas disponibles, a pesar de que las víctimas siempre verbalizan carencia de apetito, también siempre acaban comiendo algo y en cualquier caso repercute de modo positivo en su percepción de la asistencia dispensada.

ESPACIO-FUNCIÓN	CARACTERÍSTICAS
Puesto de Asistencia en Crisis Avanzado PAA	Destinado a Evaluación, mejor varias salas pequeñas (dimensiones de un despacho) que una sola grande. Evaluación 15-30' / persona.
Sala de chocados.	Acceso muy controlado. Confort ambiental, percepción de seguridad. Salas de pequeñas dimensiones, para 10-15 personas cada una.
Oficina de información.	En la entrada de la zona de acogida.
Salas de acogida/intervención	Mejor varias de pequeñas dimensiones (para 10-15 personas) que no una sola muy grande, si ello no fuere posible, organizar la sala grande en espacios menores delimitados (plantas y mamparas).

Sala de descanso.	Es la sala donde descansan los intervinientes, cercana pero aislada del resto de espacios. Apta para unas 10-15 personas).
Locutorios telefónicos.	Suficientes y separados unos de otros (maximizar la intimidad).
Tanatorios provisionales	Si es posible, organizados de modo que no sea preciso ver todos los fallecidos, que no coincidan los que entran con los que salen.(Aranda J. A. 1997)

Centros sanitarios

Los protocolos vigentes para emergencias sanitarias resultan en que sus centros coordinadores tienden a dispersar al máximo las víctimas en los diferentes hospitales de la zona. Dicha medida está destinada a no colapsar ningún centro, de tal modo que los diferentes centros puedan asumir sin demasiado problema el flujo de víctimas que les vaya siendo derivado. De tal modo es eficaz esta medida que en ocasiones hemos acudido a atender víctimas en centros hospitalarios cuyo personal ni se había percatado de la crisis, ya que sus repercusiones en el centro no se diferenciaban en nada de las “puntas” ocasionales.

Estas medidas sin embargo aumentan la complejidad de la organización de la asistencia psicológica, ya que se produce una dispersión de recursos humanos, y un aumento de los desplazamientos

Ámbitos de enlace

Dado que irán surgiendo todo tipo de problemas de orden práctico que precisarán de los recursos logísticos del aeropuerto y que estos para ser dispensados requieren de numerosos protocolos burocráticos que enlentecen el proceso. En todo momento debe haber, en contacto con el coordinador de los psicólogos o fácilmente accesible, alguien de la dirección con una amplia capacidad de decisión sobre instalaciones y recursos, un buen lugar físico de ubicación puede ser la oficina de información.

BIBLIOGRAFIA

- Aranda J. A. 1997 “Intervención psicológica inmediata con víctimas de una catástrofe natural” Papeles del Psicólogo núm. 68. pp.20-29 Colegio Oficial de Psicólogos.
- Organización Aeronáutica Civil Internacional “Convenio de Aviación Civil Internacional” [Anexo 13](#) ,Chicago, 1.944. citado en <http://www.fortunecity.com/olympia/jordan/568/1.html>
- (*) Air Disaster , 2005. <http://www.airdisaster.com>
- Lorente F. “Programa de entrenamiento urgente para intérpretes en intervención en crisis” Cuadernos de Crisis, núm. 1, Vol. 1, pp.4-9, 2002 http://www.cuadernosdecrisis.com/PDF/cdc_001.pdf
- Lorente F. “Protocolo de evaluación inicial de víctimas directas (PEIVD)” Cuadernos de Crisis, núm. 2 Vol. 1, pp. 4-11, 2003. http://www.cuadernosdecrisis.com/PDF/cdc_002.pdf

RESEÑA DEL LIBRO “MIRADAS HACIA LA VIDA. GANAR AL PERDER”

Probablemente habíamos coincidido con Cristina Millán antes en alguna reunión, curso o jornada de esos que por fortuna empiezan a ser frecuentes en nuestro colectivo emergencista. Debido a que mi memoria sigue criterios que por el momento no me han sido desvelados, no puedo recordar en cual de ellas.

Pero fue en el congreso de Huesca cuando Cristina, que coordinaba la mesa en que yo intervenía, entró en mi memoria al asombrarme con su pericia, al resumir, enlazar y construir un hilo conductor coherente entre seis intervenciones (algunas difíciles de casar con el resto), en el justo momento de concluir la sexta de ellas.

Esa admiración ha surgido de nuevo tras la lectura del libro cuya autoría comparte con María Antonia Plaxats.

Se trata de un sabio y fluido diálogo entre ambas autoras, y digo sabio por que parten de experiencias profesionales dilatadas de las cuales han sabido aprender y aprehender lo realmente importante y esto se trasluce de modo evidente en este libro, cuya intención es... “enseñarnos a asumir y asimilar las pérdidas significativas para vivir de manera más consciente, serena y creativa”.

Leyendo “Miradas... he recordado a Avelina Peleato, una de las “madres” de la intervención en desastres española, que me dijo una vez “los niños de nuestra consulta no salen en los libros”, refiriéndose a la distancia existente entre las situaciones culturales reflejadas en los libros de casos DSM y la realidad. Acostumbrados como estamos a la literatura de auto-ayuda de origen forastero que presenta situaciones culturalmente exóticas, la proximidad y cotidianidad de los niños y adultos de “Miradas...” es tan útil como tranquilizante.

Concluyo con el mejor elogio que se pueda hacer a un libro de auto-ayuda. A mí personalmente me ha ayudado.

Ferran Lorente Gironella

TÍTULO: “MIRADAS HACIA LA VIDA. Ganar al perder.”

AUTORAS: María Antonia Plaxats y Cristina Millán

EDITORIAL: OCÉANO, S.L.

AÑO: 2005

DIRECCIONES DE REFERENCIA: www.oceano.com. www.miradashaciala vida.com

277 páginas

CAPÍTULOS:

- Ganar al perder.
- Buscando sentido.
- Esperanzas y falsas expectativas.

- Disculpa, ¡cuidado con la culpa!
- ¿Salto? ¿No salto?
- Duelo y consuelo.
- ¡Madre mía!
- Copito de nieve.
- Y la familia... ¿Qué tal?
- Encrucijada vital.
- ¿Qué calzado me pongo?
- Tacones altos.
- Zapato plano.
- En la consulta.
- 24 horas, 365 días.
- Catástrofes y otros desastres.
- Formas y formas.
- Cajón de sastre y caja de bricolaje vital.
- Adiós <<a dos>>.
- Índice analítico.
- Bibliografía recomendada y recursos de Internet.

RESEÑA SOBRE EL LIBRO “HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y ESTRATEGIAS ASISTENCIALES EN EL ÁMBITO SANITARIO (I Y II).-

Nos encontramos ante una obra que excede en mucho a las expectativas que la mención de su título pudiera despertar.

María Patricia Acinas a participado y coordinado un trabajo enorme, meticoloso y exhaustivo. Si bien cada uno de los capítulos elaborados por diferentes autores tiene valor por si mismo, conseguir el engarce, la oportunidad y la homogeneidad cualitativa de todos ellos en un marco coherente sabemos que no es tarea fácil.

No creo exagerar si digo que sus páginas recogen la práctica totalidad de la psicología aplicada al medio sanitario. De tal modo que su lectura y su consulta es indicada para cualquier profesional de este medio, incluyendo bajo dicho concepto a todo aquel que desarrolle su trabajo en alguna de las áreas que lo componen.

Dado que permite diferentes niveles de lectura sacarán provecho de ella desde el sanitario propiamente dicho, hasta el psicólogo o el trabajador social.

A pesar de que su exhaustividad le confiere un cierto aire enciclopédico, la especificidad temática de cada uno de sus capítulos facilita su uso como libro de consulta.

Mención expresa merece la poco frecuente iniciativa de incluir direcciones de Internet y recursos audiovisuales donde ampliar conocimientos sobre los temas de cada capítulo.

Pienso que es obligado felicitar a sus autores por tan brillante a la par que útil publicación.

Muchas gracias por vuestro trabajo.

Ferran Lorente Gironella

TÍTULO: “HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y ESTRATEGIAS ASISTENCIALES EN EL ÁMBITO SANITARIO (I Y II)”

COORDINADORA: María Patricia Acinas Acinas

EDITORIAL: Formación Alcalá

AÑO: 2004

DIRECCIÓN DE REFERENCIA: www.zonadesalud.org

VOLUMEN I

(563 páginas)

- La comunicación en contextos sanitarios. María del Carmen Maestro Hernández.
- Relación entre el profesional sanitario y el paciente. Sara Merino Llorente
- Uso la comunicación no verbal. María Patricia Acinas Acinas
- La relación de ayuda en las situaciones sanitarias. Mónica Castellanos Sánchez

- Habilidades sociales y resolución de conflictos. María Jesús González García
- Obtención y transmisión de información entre implicados en una situación sanitaria. María Sagrario Elizari Roncal y Flor de Castro Rodríguez
- El paciente durante el traslado/espera de atención en el centro sanitario. Flor de Castro Rodríguez y María Sagrario Elizari Roncal
- Habilidades de comunicación con niños y adolescentes. Rebeca Alba Santamaría
- Habilidades de comunicación con personas mayores. María del Carmen Maestro Hernández.
- El apoyo social. Rebeca Alba Santamaría y Estela Palacios Rodríguez
- El estrés del personal sanitario. El burnout. Marco A. Granado Martínez
- El mobbing dentro de las instituciones sanitarias. María Patricia Acinas Acinas y Estela Palacios Rodríguez.
- Glosario de términos
- Casos prácticos
- Cuestionario de evaluación de conocimientos

VOLUMEN II

(557 páginas)

- Comunicación en una situación de urgencia. Ana Calvo Peix
- Intervención en crisis. Ana Calvo Peix
- Comunicación en condiciones difíciles. María Patricia Acinas Acinas
- La relación con los familiares en una situación urgente. Natalia Lorenzo Ruiz
- El paciente ansioso. María Patricia Acinas Acinas
- El paciente agresivo o agitado. María Patricia Acinas Acinas
- El paciente suicida. María Patricia Acinas Acinas.
- Actuación ante malos tratos, agresiones y abusos sexuales. María Jesús González García.

- El paciente con fobias médicas. María Patricia Acinas Acinas
- El paciente con dolor. María Patricia Acinas Acinas
- El paciente psiquiátrico. María Patricia Acinas Acinas
- Intervención psicológica en grandes emergencias y catástrofes. Natalia Lorenzo Ruiz.
- Glosario de términos
- Casos prácticos
- Cuestionario de evaluación de conocimientos

Cuadernos de **CRISIS**

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

<http://www.cuadernosdecrisis.com>
redacción@cuadernosdecrisis.com