

# Cuadernos de **CRISIS**

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

**Grupo de intervención psicológica en catástrofes del COP-Navarra:  
Una experiencia con más de 10 años de funcionamiento**  
*José Luis Eslava Lekunberri y Leticia Merino Armenteros*

**Intervención psicosocial de los trabajadores sociales  
en emergencias y catástrofes**  
*Angel Luis Arricivita*

**Desarrollo de un programa de inoculación de estrés para  
personal laboral en un centro público de atención y  
coordinación de llamadas de emergencia**  
*J. Gómez-Segura, A. Puerta Torres,  
E. Parada Torres, J. Martín Oterino y  
F.A. Muñoz Prieto*

**Epidemiología del TEPT en los atentados del 11-S:  
Un análisis crítico del concepto de estrés postraumático**

*Beatriz Vera Poseck*



## CUADERNOS DE CRISIS

La revista electrónica con contenidos para los profesionales de la psicología de las emergencias y la intervención en crisis.

Nuestras páginas acogen material relacionado con la gestión de las emergencias desde la perspectiva de la intervención psicosocial, la gestión del estrés en situación crítica y en particular al trabajo que prestan en este campo los profesionales de la psicología, las consecuencias y efectos de los incidentes traumáticos sobre la población afectada y los profesionales que intervienen en ellos, así como las técnicas usadas para su mitigación o abordaje.

Acogemos también trabajos que contienen elementos comunes o fronterizos con la teoría y la práctica de la intervención psicológica en emergencias.

**Suscríbase gratuitamente en la siguiente dirección:**

*[suscripciones@cuadernosdecrisis.com](mailto:suscripciones@cuadernosdecrisis.com)*

### **Cubierta**

Arrastrado por la fuerza del agua

*Fotografía de Roser Bragulat*

*Aún cuando existe un arbitraje previo a su publicación, Cuadernos de Crisis no está obligatoriamente de acuerdo con las opiniones vertidas en nuestros contenidos, la responsabilidad de los cuales recae únicamente en sus autores.*

## DIRECCIÓN

### ***Ferran Lorente i Gironella.***

[felogi@cuadernosdecrisis.com](mailto:felogi@cuadernosdecrisis.com)

Psicólogo consultor de emergencias.

### ***Natxu Brunet i Bragulat.***

[natxu@cuadernosdecrisis.com](mailto: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.

### ***Agusti Ruiz i Caballero***

Médico de emergencias. Especializado en medicina hiperbárica.

Director Gerente de l' Institut d'Estudis Mèdics (IEM)

### ***Josep Garre i Olmo***

Psicólogo y epidemiólogo

Hospital de Sta. Caterina. Girona

### ***Fernando A. Muñoz Prieto***

Psicólogo

Director de IPSE-Intervención Psicológica Especializada

## SUMARIO

### **Editorial**

#### **Grupo de intervención psicológica en catástrofes del COP-Navarra:**

##### **Una experiencia con más de 10 años de funcionamiento.**

José Luis Eslava Lekunberri y Leticia Merino Armenteros

#### **Intervención psicosocial de los trabajadores sociales en emergencias y catástrofes.**

Angel Luis Arricivita

#### **Desarrollo de un programa de inoculación de estrés para personal laboral en un centro público de atención y coordinación de llamadas de emergencia.**

J. Gómez-Segura, A. Puerta Torres, E. Parada Torres, J. Martín Oterino y F.A. Muñoz Prieto

#### **Epidemiología del TEPT en los atentados del 11-S:**

##### **Un análisis crítico del concepto de estrés postraumático.**

Beatriz Vera Poseck

## EDITORIAL

Los humanos necesitamos constantemente nuevos “inputs” que nos permitan establecer hipótesis respecto al futuro que nos aguarda.

Dicho de otro modo necesitamos información constante que nos permita imaginar los escenarios aproximados en que vamos a desenvolvemos próximamente.

Todo ello a fin de prever nuestra situación, sopesando con la debida anticipación opciones y alternativas en este marco hipotético.

Es tan acuciante esta necesidad de información que en ausencia de información fiable y contrastada, los humanos estamos dispuestos a tomar en consideración todo tipo de majaderías paranormales y patrañas de videntes o pitonisas a sabiendas de su falsedad, todo antes que la “insoportable ausencia de futuro”.

Dicho fenómeno es observable frecuentemente en el mundo de las emergencias, tal es el caso de búsquedas infructuosas de desaparecidos, pero también subyace en el fenómeno del rumor.

Todo esto viene a cuento de unas recientes reuniones y cursos con personal sanitario (prehospitalario y de urgencias en grandes hospitales) en los cuales surgió entre otros temas el que tratamos, viéndose como conflictos interpersonales entre sanitarios y pacientes, o familiares de estos, que pueden acabar en agresiones físicas, frecuentemente (pero no siempre) tienen su origen en una deficiente información. Que el presente número de cuadernos de crisis profundice la senda de la información científica y fiable. A todos salud.

*Ferran Lorente i Gironella*

# GRUPO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CATÁSTROFES DEL COP-NAVARRA. “UNA EXPERIENCIA CON MÁS DE 10 AÑOS DE FUNCIONAMIENTO

*José Luis Eslava Lekunberri*

Psicólogo Clínico y Vocal del Grupo de trabajo de Intervención Psicológica en Catástrofes del COP-Navarra. [n029658@cfnavarra.es](mailto:n029658@cfnavarra.es)

*Leticia Merino Armenteros*

Psicóloga y Coordinadora del Grupo de trabajo de Intervención Psicológica en Catástrofes del COP-Navarra. [letimar75@yahoo.es](mailto:letimar75@yahoo.es)

## RESUMEN

Exponemos en este trabajo una visión en perspectiva de los diez años de funcionamiento del Grupo de Trabajo de Intervención Psicológica en Catástrofes. Su origen y consolidación, su vinculación conveniada con Administraciones, las actividades y programas de trabajo interno desarrollados, el modo de funcionamiento de l@s miembros del grupo y la firme decisión de continuar trabajando por lograr que nuestra profesión encuentre el lugar que le corresponde en la atención de las emergencias.

## ABSTRACT

In this work we give a perspective of the ten years work of the Psychological Intervention in Catastrophes Work Group . We show its origin and consolidation, its links with Administrations, the activities and

internal work programmes developed, the operating system of group members and firm decision to continue working to ensure that our profession finds the place to which it belongs in the ambit of Emergency Care Provision.

## PALABRAS CLAVE

COP-Navarra; Intervención grupo; Catástrofes

## I. INTRODUCCION

Un breve recorrido con la perspectiva de los casi diez años de funcionamiento del Grupo de Intervención Psicológica en Catástrofes del COP-Navarra, nos lleva a reflexionar sobre la propia respuesta que nuestra profesión ha dado y está dando a la atención de víctimas de catástrofes y Emergencias. Una demanda

social de ayuda psicológica, que ya nadie pone en duda, tras las intervenciones realizadas en estos últimos años. Podemos hablar ya de diez años de trabajo en el Contexto de nuestro Colegio Oficial.

La Constitución de la Asociación “Psicólogos Sin Fronteras, PSF-Navarra”, la actuación de alguno de sus miembros en las inundaciones acontecidas en Biescas y posteriormente en el accidente ferroviario de Uharte Arakil, la asunción del grupo por parte del COP-Navarra, la consecución de Convenios con las Administraciones Públicas y Autonómicas y la dinámica continua de trabajo del propio grupo, han marcado pasos paralelos con el propio desarrollo técnico-profesional que nuestra disciplina ha realizado en el área que nos ocupa.

### **I.a. Constitución de la Asociación Psicólogos Sin Fronteras de Navarra**

Si bien el Grupo de Intervención Psicológica en Catástrofes, objeto de este trabajo, lo vinculamos totalmente a la actividad colegial, es de justicia recordar sus inicios y origen.

El 26 de Octubre de 1995, un grupo de colegiados y no colegiados fundamos la Asociación “Psicólogos Sin Fronteras de Navarra”, “Nafarroako Mugarik Gabeko Psikologoak”, cuyo objetivo tal y como recogemos en el acta de constitución era el de *“Promover acciones y proyectos de apoyo e intervención psicosocial en comunidades desfavorecidas o en situación de vulnerabilidad, así como **la asistencia psicológica a víctimas de catástrofes naturales o conflictos bélicos**”*. Dicha Asociación aun siendo independiente del Colegio Oficial de

Psicólogos, sí tuvo, ha tenido y tiene manifiestamente desde su fundación el apoyo total de las distintas Juntas de Gobierno de nuestro COP-Navarra. De hecho, su domicilio social es el propio Colegio Oficial.

Lo cierto es que en nuestros primeros pasos y aún hoy, las áreas de trabajo desarrolladas iban encaminadas al trabajo con transeúntes con problemática de salud mental amparados por Cáritas, trabajo con menores socialmente desprotegidos, inmigrantes....Desde luego no pensamos, en un primer momento, que el área de intervención en conflictos bélicos o grandes desastres fuera un tema prioritario dadas las características del grupo y la escasa frecuencia de acontecimientos bélicos o grandes catástrofes con posibilidad de actuación desde nuestro contexto.

### **II.b. Intervención en inundaciones de Biescas y accidente Ferroviario de Uharte Arakil**

No había pasado ni un año desde la Constitución de PSF-Navarra cuando el 8 de agosto de 1996, Cruz Roja telefoneó al Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra solicitando Profesionales de Salud Mental para la atención a los afectados y familiares de víctimas mortales tras las inundaciones de Biescas. Para entonces, aunque las primeras noticias hablaban de 8 muertos y no de los 87 que al final fueron, los miembros de nuestra ONG, sí que estábamos comunicados y en alerta, pero desgraciadamente sin la menor estructura o logística de actuación. Fue así que la intervención la hicimos enmarcados como voluntarios de Cruz Roja. Nuestra actuación en los primeros momentos se desarrolló en el

apoyo psicológico durante la fase de reconocimiento de cadáveres por familiares intentando dar contención y apoyo emocional fundamentalmente a víctimas y familiares con reacciones que superaban la lógica y esperada desesperanza produciendo cuadros psicopatológicos de shock emocional con pérdida de realidad o manifestaciones de ansiedad que superaban la capacidad del sujeto para afrontar el lógico dolor producido por la pérdida de seres queridos o por la espera interminable del hallazgo de los cuerpos de los desaparecidos.

Sin duda, se trataba de un examen de reválida de nuestra actividad como psicólogos clínicos. Pero las reflexiones que nuestro grupo realizó tras la intervención, fueron mucho más allá de la propia capacitación técnica, sin duda importantísima, en la actuación del psicólogo en catástrofes, y se centraron también en la propia logística o estructura de nuestra intervención.

Si bien el esfuerzo formativo técnico ha supuesto la actividad más importante del grupo en estos diez años, las reflexiones realizadas tras la intervención en Biescas y posteriormente en el accidente de Uhart Arakil nos motivaron a contactar con profesionales psicólogos que habían intervenido en diferentes catástrofes para poner en común nuestras inquietudes respecto a la optimización de nuestra intervención.

Estas inquietudes giraban en torno a la idea de no quedarnos únicamente en el seguimiento clínico de la víctima en los momentos posteriores al acontecimiento, sino a la necesidad de incluirnos como profesionales junto al resto de profesionales sanitarios y/o de salvamento o incluso de la gestión en los aspectos que nos competen. Por eso

pensamos en una serie de circunstancias que ajustarían mejor la intervención profesional:

- Que cada Comunidad dispusiera de sus propios recursos para la intervención psicológica con afectados de catástrofes, por el conocimiento contextual y humano que se requiere de la población sobre la que se interviene.
- Necesidad de detectar e intervenir en los cuadros desadaptativos producidos en los propios trabajadores de salvamento, policías, bomberos... muchas veces ignorados y con graves consecuencias durante la intervención y posteriormente en forma de Trastornos postraumáticos.
- Necesidad de integrarnos en las propias estructuras que las Administraciones tienen para este tipo de situaciones en los Diversos Planes Territoriales de Intervención en Emergencias. Integramos además en el área sanitaria de dichos Planes.
- Necesidad de realizar Convenios con la Administración para una colaboración mantenida en el tiempo.
- Contar cada grupo de intervención con un número elevado de profesionales que pudieran intervenir en varios escenarios de forma simultánea (In situ, tanatorios, hospitales, albergues...) El análisis de otras catástrofes nos hace estimar un número bastante elevado de familiares y amigos cercanos a la víctima a los que atender o contener. El caos que

normalmente acompaña a estas situaciones normalmente ralentiza o paraliza el trabajo de otros profesionales, como forenses, en la identificación de fallecidos o la propia intervención de los equipos de rescate.

## **II. CONVENIO CON ADMINISTRACIONES PÚBLICAS**

Las reflexiones anteriormente citadas, son las que activamente fuimos desgranando en nuestros encuentros con colegiados del resto del país. El consenso alcanzado entre varios grupos de distintas comunidades hizo que la Junta Estatal del Colegio Oficial de Psicólogos, en febrero de 1997, formara un Grupo de Trabajo de Intervención Psicológica en Desastres con los siguientes objetivos:

- Organización o colaboración en unas Jornadas de Intervención Psicológica en Desastres, para recoger el conocimiento y las experiencias acumuladas de intervención y transformarlas en un proyecto de formación. (Se contaría con los psicólogos que intervinieron en Biescas)
- Diseño de un Plan de Formación para Intervención Psicológica en desastres.
- Formación especializada de un grupo de psicólogos en intervención en desastres con la suficiente profesionalidad y conocimientos, sin que sea necesario improvisar en el momento en que ocurra la catástrofe. Estos Grupos se constituirían en cada Colegio Autonómico.

- Conectar esta actividad colegial con ONG's, Ministerio del Interior, Cruz Roja, Protección Civil y Psicólogos Sin Fronteras, de forma, que en caso de necesidad, existan las medidas de movilización y la red de alerta adecuada.
- Buscar fondos europeos o nacionales que permitan financiar la formación de esta figura de intervención.
- Canalizar todo el trabajo que llevemos, en este sentido hacia los medios de comunicación, instituciones y población en general, y generar así una percepción positiva hacia las intervenciones psicológicas.
- Crear un Comité Nacional del COP, que se responsabilice de los objetivos propuestos.

Nuestro Grupo participó activamente, desde su constitución, en dicho comité. Si bien algunos de los objetivos del comité establecido, como la formación de un grupo de psicólogos preparándose para este tipo de actuación, ya lo habíamos hecho en Navarra, nos pareció sumamente importante apoyar esta organización colegial como medio de impulso y avance de otras delegaciones. La determinación que tomamos aquí, fue que el Grupo establecido en Navarra vinculado a Psicólogos Sin Fronteras pasara a depender del COP-Navarra, aun cuando sus integrantes fuesen los mismos.

### **II.a. Convenio entre Ministerio del Interior, la Dirección General de**

## **Protección Civil y el Colegio Oficial de Psicólogos (15 de diciembre de 1998)**

En Navarra, ya habíamos establecido los primeros contactos con Protección Civil Autonómica para la firma de un Convenio de Colaboración. Sin embargo fue a nivel Estatal donde se fraguó el primer Acuerdo de Colaboración entre Psicólogos y Administración.

Con fecha 15 de Diciembre de 1998 se firmó el “Convenio Marco de Colaboración”, entre el Ministerio del Interior, La Dirección General de Protección Civil y el Colegio Estatal de Psicólogos. El objetivo de dicho Convenio Marco fue *“...el establecer las previsiones de colaboración entre la Dirección General de Protección Civil del Ministerio del Interior y el COP para la realización de estudios, el diseño de programas de formación y su puesta en marcha, así como la intervención psicológica en materia de Emergencias y Catástrofes que puedan afectar a cualquier punto del territorio español”*.

Y entre las actividades de desarrollo del Convenio, hubo un acuerdo específico por el que la Dirección General de Protección Civil realizó un curso de “Formación de Formadores”, para los representantes de las diversas delegaciones, con el compromiso de que posteriormente cada Delegación del COP, realizara su propio curso de formación para los integrantes de sus grupos.

El Curso que se desarrolló en Madrid en mayo de 2000 tuvo como objetivos:

- Conocer Modelos de Intervención Psicológica en Catástrofes.

- Identificar las manifestaciones psicológicas de los afectados por catástrofes.
- Conocer diferentes técnicas y estrategias terapéuticas relativas a los afectados con catástrofes.

El compromiso de organizar un curso parecido en Pamplona, vio la luz en noviembre del mismo año 2000 y lo organizamos conjuntamente entre El Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra, Psicólogos Sin Fronteras de Navarra y SOS Navarra.

## **II.b. Primer Convenio de Colaboración entre el COP Navarra y el Gobierno de Navarra (28 Diciembre de 2000).**

Tras muchos intentos y propuestas de Convenio con la Administración de Navarra, el acuerdo de colaboración, que buscábamos desde 1997, llegó un mes después de la celebración del curso de formación que hicimos conjuntamente con SOS-Navarra.

Fue un Convenio de Colaboración que además del Equipo de Intervención Psicológica en Catástrofes, contempló a otro equipo de Intervención Psicológica de Urgencias. La capacidad de activación de dicho equipo de Intervención Psicológica de Urgencias, correspondía al Centro de Coordinación Operativa SOS-Navarra (al igual que para el Equipo de atención en Catástrofes) y a la OFICINA DE ATENCION DE VICTIMAS DEL DELITO, creada por Decreto Foral 128/1998, de 20 de abril.

Este Convenio tuvo vigencia hasta Diciembre de 2002, dado que con el objetivo de realizar otro Convenio mejorando las condiciones del

Equipo de Intervención Psicológica de Urgencias, nuestro Colegio hizo la correspondiente denuncia para iniciar otro tipo de acuerdo.

### **II.c. Segundo Convenio de Colaboración entre COP-Navarra y Gobierno de Navarra (9 septiembre de 2003)**

Este nuevo Convenio sin embargo, no contempló al Equipo de Emergencias. El Gobierno de Navarra, optó por contratar la asistencia técnica para la realización de Atención Psicológica de Urgencia y Atención Terapéutica a las víctimas del delito y/o emergencias para el año 2003 y posteriores, con lo que el nuevo convenio firmado el 9 de septiembre de 2003 que es el que nos rige en este momento se realizó exclusivamente para el Grupo de Intervención Psicológica en Catástrofes.

Los objetivos que recoge dicho convenio son:

- Poner en funcionamiento un proceso ágil de actuación en situaciones de emergencia grave, desastre o catástrofe, que permita movilizar a un grupo de psicólogos expertos en este tipo de intervención, para evitar improvisar en el momento que ocurran las situaciones mencionadas.
- Definir las materias objeto de intervención relacionadas en el Anexo "Intervenciones".
- Contribuir a optimizar la actuación de los profesionales de la psicología y entidades que necesariamente intervienen en este tipo de

acontecimientos, procurando en todo momento que en las actuaciones encaminadas a la resolución de las catástrofes sean considerados, previstos y tenidos en cuenta los efectos y reacciones psicológicas adversas que se provocan en víctimas, familiares, allegados, población en general o en los propios integrantes de los operativos de rescate que pudieran actuar.

- Velar por la calidad de la asistencia profesional y la formación permanente del psicólogo implicado en este proyecto.
- Contribuir a la formación continua de otros profesionales implicados en este campo de actuación (policías, bomberos, operadores del centro de emergencias 112, médicos, ATS, voluntarios...)
- Seguir trabajando para el logro de un modelo común de intervención psicológica en desastres en el marco de la colaboración con participantes en otras experiencias similares en el ámbito estatal y/o internacional, intercambiando información y experiencias de intervención.

Al Convenio firmado, viene anexo un programa actualizado y negociado con la Administración respecto a la financiación económica y respecto a los protocolos de activación e intervención del grupo que señala el Convenio. En dicho programa, se especifican:

- Los supuestos de intervención del grupo; Emergencia Grave, Crisis Grave, Accidente con múltiples víctimas mortales, Desastre y Catástrofes.
- La disposición del Grupo de Intervención; 24 horas del día los 365 días del año.
- Los grupos de riesgo que podrán ser atendidos.
- Para la Intervención "In Situ" o Primeros Auxilios Psicológicos.
- Para la Asistencia en el contexto de Hospitales.
- Para la Asistencia en posibles zonas de acogimiento: Niños, ancianos, Acompañamientos familiares.
- Para la intervención en Tanatorios-Depósitos de Cadáveres.

El Procedimiento o Protocolo Operativo de Activación e Intervención del Grupo:

- La solicitud del grupo de psicólogos especialistas para la intervención en catástrofes, la realizarán los responsables del Servicio de Protección Civil (SOS- Navarra) atendiendo a los criterios de concurrencia de alguno de los supuestos acordados en el programa.
- La llamada se realiza a uno de los dos coordinadores del grupo, que a su vez, tras la valoración del acontecimiento activará al número de psicólogos que crea relevante para la intervención.

Existe una redistribución interna de los miembros del equipo, que se activaría en función de las características del suceso que requiriera nuestra intervención. Dicha redistribución facilitaría profesionales para:

- La coordinación operativa con SOS.
- Para el Consejo Asesor de Emergencias, medios de comunicación o relaciones públicas.

Por las condiciones que habitualmente imperan en las catástrofes, del traslado del grupo de psicólogos a las distintas ubicaciones de intervención, se encargaría el Propio Servicio de Protección Civil.

### III. ACTIVIDADES Y PROGRAMAS

En términos generales podemos afirmar que el Grupo en su evolución nunca se ha apartado de las dos grandes líneas de acción que mantenemos desde su constitución:

- La Formación continua y especializada de todos sus miembros.
- La vinculación de nuestra posible intervención con las propias estructuras de respuesta gestionadas por las Administraciones Públicas.

En este sentido, y sobre todo tras la firma del primer Convenio de Colaboración que nos permitió financiar parte de la formación continua, hemos desarrollado todas nuestras actividades:

- Formación impartida en Intervención Psicológica en primeros auxilios a otros profesionales e instituciones relacionadas con la intervención en

- Catástrofes; médic@s y enfermer@s de urgencias, profesionales de salvamento de DYA, bomberos de Navarra, policía foral de Navarra...
- Formación y apoyo para el establecimiento de grupos de psicólogos de intervención psicológica en otras comunidades; La Rioja, Euskadi, Andalucía Oriental Andalucía Occidental, Castellón...
  - Intervención en diversos medios de comunicación; TV, Radio, Periódicos.
  - Artículos de opinión en revistas especializadas sobre la materia.
  - Presentación de ponencias y comunicaciones en jornadas, encuentros y congresos nacionales e internacionales.
  - Visita a las ubicaciones posibles de nuestra intervención intentando protocolizar nuestro trabajo en dichas dependencias; Servicio de Urgencias de Hospital Virgen del Camino, Servicio de Urgencias de Hospital de Navarra, Depósito Forense de Navarra, Sala de operadores de SOS-Navarra....
  - Reuniones con responsables de Bomberos, Policía Foral, Escuela de Seguridad, Directores de Servicio de Urgencias Hospitalarias...
  - Realización anual de Simulacros de Activación Interna del Grupo.
  - Participación como docentes en Postgrados Universitarios de Emergencias.
- Preparación e impartición de Cursos de Formación Interna para los miembros del Grupo.
  - Invitación a psicólog@s intervinientes en distintos desastres acontecidos en el país en los últimos años para intercambiar experiencias; Cataluña, Tenerife, Ávila, Soria, Extremadura....
  - Encuentros con responsables y profesionales psicólog@s de Instituciones no públicas como ONGs, Cruz Roja, ICAS...
  - Elaboración de Guías de Primeros Auxilios Psicológicos para intervinientes, bomberos, policías, personal de salvamento...
  - Reuniones con Responsables de Protección Civil Nacional y Autonómica.

#### **IV. DINÁMICA DE TRABAJO. FUNCIONAMIENTO INTERNO DEL GRUPO.**

El Grupo, en coherencia con la línea teórica defendida de poder actuar en varias ubicaciones a la vez, tiene un número elevado de componentes.

En concreto somos 40, los psicólog@s con los que Protección Civil contaría en un momento dado para la intervención en dichos supuestos. Número a primera vista elevado, pero que tras el análisis de diversos acontecimientos catastróficos acontecidos en nuestro país; Biescas, Uharte Arakil, Badajoz, Melilla, Valencia, Soria, atentado en Madrid ... se nos antoja incluso escaso, en función del número de víctimas producido y teniendo en cuenta los

2-3 días de intensidad de la intervención con la consiguiente necesidad de establecer turnos de descanso.

Estos cuarenta profesionales, disponen de un seguro de muerte e invalidez sufragado por Protección Civil. El Convenio considera una partida económica para la remuneración en el supuesto de intervención. Por otra parte, el Gobierno de Navarra, se compromete a realizar las gestiones necesarias en los centros de trabajo de cada uno de los psicólogos especialistas, que quedan a su disposición, para que en caso de ser movilizados, el profesional pueda salir de su puesto de trabajo sin traba alguna y el empresario quede indemnizado económicamente por dicho motivo.

Pero el Grupo de trabajo en sus actividades cuenta con un número mayor de cuarenta miembros. Otros colegiad@s del COP, que participan en nuestras reuniones, se van integrando en el equipo conforme se van produciendo bajas, tras cumplimentar una ficha de inscripción. Cada mes, la lista actualizada, en cuanto a cualquier modificación de teléfonos de contacto o mail de cualquiera de sus integrantes, es entregada a SOS-Navarra.

Mínimamente nos venimos reuniendo una vez al mes en asamblea para decidir acciones formativas a realizar o programar diversos trabajos. En ocasiones estas reuniones se utilizan para el trabajo, pero en general en lo que hacemos es la programación de acciones a realizar en otras jornadas. Cualquier acción formativa impartida o recibida por uno de los miembros, es devuelta en otra jornada como un elemento de formación más para el resto del grupo.

El pasado septiembre de 2004, el grupo se dotó de un Reglamento de Funcionamiento Interno

para el grupo. El Reglamento entre otras cuestiones, considera una Comisión Rectora formada por un coordinador@ y siete vocales elegidos en la asamblea por el Grupo. Las funciones de esta Junta Rectora son:

#### **COORDINADOR/A:**

- Servir de puente de comunicación con la Junta de Gobierno del COP-Navarra y el Vocal que la Junta designe para nuestro grupo de trabajo.
- Ser uno de los dos representantes del COP-Navarra en las reuniones de seguimiento del Convenio de Colaboración con la Administración.
- Seguimiento de la marcha del presupuesto económico elaborando la memoria técnica y económica del grupo.
- Convocar las reuniones a mantener por la Comisión Rectora y por el Grupo con su orden del día y acta correspondiente.
- Recibir y pivotar las iniciativas de los miembros del grupo a la Comisión y viceversa.

#### **VOCAL 1.**

- Coordinar la realización del Simulacro anual de activación del Grupo.
- Asignar a los miembros del Grupo a los distintos Subgrupos de actuación que tenemos protocolizados.
- Actualización mensual de listados de miembros del grupo a enviar a SOS-

Navarra, dando a conocer las altas y bajas producidas en cada momento.

- Actualización de las fichas de Inscripción y baja del Grupo.
- Estudio de las modificaciones a realizar en el Programa Anual que acompaña al Convenio.

#### **VOCAL 2.**

- Coordinar la Formación Continua Interna de los miembros del Grupo
- Impulsar la realización de los Módulos del Curso Básico de Formación, para todos los miembros del Grupo.

#### **VOCAL 3.**

- Coordinar la asistencia de miembros del Grupo a acciones externas; cursos, jornadas, presentación de ponencias en congresos etc.
- Coordinar la realización de devoluciones al grupo de las acciones formativas externas realizadas por cualquiera de sus miembros.
- Coordinar las propuestas para alcanzar un criterio consensuado de distribución equitativa de los recursos económicos del Grupo dedicados a este tipo de acciones formativas.

#### **VOCAL 4**

- Coordinar la formación a impartir por miembros del grupo a médicos, diplomados en enfermería, personal de rescate, bomberos, policías, otros psicólogos...

- Intercambio de cursos de formación con otros grupos de voluntarios de Protección Civil (Cruz Roja, DYA, Perros de rescata...)

#### **VOCAL 5**

- Coordinación de la Propuesta de Protección Civil de crear un equipo reducido de psicólogos emergencistas para la emergencia cotidiana; accidentes laborales y de tráfico, intentos de suicidio etc.

#### **VOCAL 6**

- Organización de la documentación técnica del Grupo.
- Organización de biblioteca.
- Recopilación de acciones formativas del grupo.,
- Impulsar investigación y trabajos en revistas especializadas.
- Equipamiento del Grupo.

El Grupo está totalmente consolidado, teniendo a su vez, un gran potencial para proseguir en una buena línea de trabajo en la materia. Pensamos que se ha constituido en un gran recurso de Protección Civil, si por desgracia ocurriera cualquiera de los sucesos susceptibles de nuestra activación.

Por último, esperamos también que pronto el Colegio Oficial y Protección Civil, lleguen a un acuerdo para establecer la figura del Psicólogo no únicamente en desastres, sino en la pequeña emergencia cotidiana. Llevamos tiempo intentando acercar posturas, que sin duda darán lugar a un encuentro entre la

Administración y los profesionales de la psicología: De este modo, la víctima de la emergencia y sus familiares podrán verse beneficiados de una asistencia integral. Hoy por hoy, como Grupo tomamos un posicionamiento firme en cuanto a que dicha asistencia no

puede darse únicamente desde el voluntariado. En primer lugar por respeto a las víctimas y en segundo lugar por una consideración de nuestra profesión que haga justicia a su preparación técnica y profesional.

# INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES EN EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES.

*Angel Luis Arricivita.*

Experto en intervención psicosocial y emergencias.

Servicio Aragonés de Salud. [www.psicosocial-emergencias.com](http://www.psicosocial-emergencias.com)

## RESUMEN

Las situaciones de emergencia generan multitud de problemas y necesidades (sanitarios, de rescate, de seguridad, sociales, etc.). Desde hace unos años ha cobrado un interés significativo, sobre el resto de actuaciones, la intervención psicosocial en emergencias y catástrofes; tanto en España como en espacios internacionales.

Dicha intervención, inicialmente denominada asistencia social, requiere la participación, entre otros, de trabajadores sociales.

Este artículo fundamenta la actuación de los profesionales del Trabajo Social; y las tareas circunscritas al trabajo inmediato y puntual, a la prevención primaria y a la rehabilitación psicosocial.

**Palabras clave:** intervención psicosocial, emergencia, catástrofe, trabajador social, equipo psicosocial.

## ABSTRACT

Emergency events create different health, rescue, safety and social related challenges and needs. In the last few years, psychosocial intervention in emergencies and disasters is gaining significant interest, compared to other

kind of interventions, both in Spain and internationally.

Psychosocial intervention, formerly known as social assistance, requires of the involvement, among other agents, of social workers.

This article describes the basis of the activities of the professionals of Social Work; and the immediate and specific task, in the primary contingency planning and psychosocial rehabilitation.

**Key words:** psychosocial intervention, emergency, catastrophe, social worker, psychosocial team.

## CONCEPTOS

Antes de desarrollar el tema del presente artículo y, en definitiva, responder a la cuestión de por qué están presentes los trabajadores sociales en situaciones de emergencia y cuál es el papel que desempeñan, parece que puede ser conveniente o, cuando menos clarificador, concretar qué se entiende (y entiendo) por *emergencia* o situación de emergencia, por un lado; y, por otro, entorno al concepto *psicosocial*.

No son pocas las definiciones en torno al término *emergencia* (REAL ACADEMIA

ESPAÑOLA, 2001)(ROMAN Y OTROS, 2004: 154)(ARRICIVITA, 2003: 250)(GOBIERNO DE ARAGÓN, 2002: 11358), por tanto, en el intento de aglutinar aspectos comunes de ellas se puede conceptualizar la emergencia como un hecho súbito, inesperado, indeseable y, generalmente, imprevisible que, cuando menos, interrumpe y altera la *rutina* cotidiana de la/s persona/s directamente afectada/s, de su entorno cercano (familia, vecinos, etc.) y/o de una colectividad (grupo, pueblo, ciudad, etc.); requiriendo su resolución (la de sus diferentes problemas), con frecuencia, actuaciones urgentes.

Sin ser este el espacio para entrar en matizaciones conceptuales, si es preciso apuntar que no todas las emergencias tienen connotaciones de catástrofe; y, además, *urgencia* y *emergencia*, en el espacio sanitario son dos conceptos que tienden a considerarse equivalentes (ALLUÉ, 1999:18-19).

Por otro lado, el concepto *psicosocial* entendido como la indisociable relación mutua entre la persona (cómo/qué piensa, qué siente, cómo actúa...) y su entorno social (familia, amigos, vecinos, compañeros de...) y condiciones de vida, constituye un modelo de entender y de *hacer* de la actividad humana y que, lógicamente, no escapa a las situaciones de amenaza, destrucción y pérdida.

Desde este punto de partida hablar de problema psicosocial puede ser considerado desde dos vertientes (ITUARTE, 1992:9-11): Por un lado, un problema social (familiar, laboral, económico, legal, etc.) al que, normalmente, acompaña el consiguiente desasosiego, angustia, miedo, incertidumbre,

tristeza, rabia, etc., es decir: *malestar psicológico*, en grado variable, que no psicopatología.

La interrelación entre problemática social y malestar psicológico está ampliamente estudiada y suficientemente demostrada en múltiples espacios (atención primaria de salud, comunidad, consultas hospitalarias, etc.) tanto de nuestro medio como más allá de nuestras fronteras (LOBO Y OTROS, 1982: 427-441)(ARRICIVITA Y OTROS, 1993: 157-179)(ZIMMERMAN-TANSELLA Y OTROS, 1990: 136-144).

Un ejemplo de problemática psicosocial en el campo que nos ocupa, las emergencias, podría ser la surgida por el derrumbamiento de una vivienda habitada. Al problema social repentino de posibles pérdidas humanas y, por supuesto, de alojamiento, de enseres materiales y de recuerdos personales, es previsible encontrar en las personas afectadas reacciones de: nerviosismo, miedo, angustia, dolor, rabia, etc. en los primeros estadios; que son interpretadas, en términos generales, como *normales ante una situación anormal* (ROBLES Y MEDINA, 2002: 100)(ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002: 21)(FERNANDEZ, 1999: 69)(SEYNAEVE - G.J.R.- 2001:3).

Una segunda lectura de problema psicosocial sería el caso de un problema/síndrome/síntoma psicológico presente en un espacio social determinado, es decir, en un grupo de personas y/o una comunidad concreta que, en nuestro caso, ha tenido una experiencia estresante o traumática.

Un ejemplo propio del campo que nos ocupa podría ser: trastorno de estrés postraumático (problema-síndrome psicológico) presente en un grupo de jóvenes del *accidente del autobús de Soria* (julio de 2000). En este caso hay un doble medio social; por un lado *grupal*, como tal grupo de jóvenes que ha tenido una misma vivencia y presenta una misma patología; y además existe un contexto social *comunitario*, en cuanto que pertenecen a un mismo colegio y son de un mismo pueblo. Es un caso evidente de fractura del tejido social que, a los ojos de los profesionales de la salud mental en catástrofes, define a éstas como tales y la aleja de versiones puramente numéricas.

*Lo psicológico y lo social*, de las personas afectadas por una experiencia estresante o traumática, no puede entenderse por separado, como si cada uno de ellos fuera un añadido del otro. Sólo puede entenderse como *un todo*: un modo de entender y de proceder.

Desde esta perspectiva, hablar de problemática e intervención social, sobre todo en situaciones estresantes o traumáticas, es hablar de problemática e intervención psicosocial o, por qué no, de trabajo psicosocial.

Esta visión va a guiar la exposición de este artículo.

## FUNDAMENTACIÓN

Las diferentes situaciones de emergencia (accidente, violación, agresión, incendio, atentado, derrumbamiento, inundación, etc.) son vivencias de “peligro, daño, pérdida y/o amenaza” (BARRÓN, 1996: 39) para los diferentes implicados (afectados directos, sus

familiares y allegados, una colectividad, incluso los intervinientes). Estos eventos, documentados en la literatura científica como *acontecimientos vitales estresantes* (BARRÓN, 1996: 38-41)(REVILLA Y OTROS, 1994:71-78), en no pocas ocasiones traumáticos, comprometen la salud, la autonomía, incluso la vida de la/s persona/s (ARRICIVITA, 2003: 251)(REVILLA Y OTROS, 1999: 275-291)(COLOM, 1997: 19-23).

En estas circunstancias las vertientes físico-somática, social y psicológica de la persona se ven afectadas. De tal manera que junto a los problemas físicos acaecidos (traumatismos, heridas, accidente vascular-cerebral, quemaduras, infarto, etc.), es frecuente la existencia de dificultades o problemas de orden social: ausencia y/o pérdida de familiares, de alojamiento, necesidades de aseo-higiene, de alimento, de información, de ropa, de organización personal y familiar, pérdida de trabajo y medios económicos, etc.; que suelen ir acompañados de reacciones psicológicas tales como: miedo, angustia, bloqueo, impotencia, negación, etc.; las cuales, por lo menos en los primeros estadios de la emergencia, no deben interpretarse como psicopatología (ROBLES Y MEDINA, 2002: 100)(ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002: 21)(FERNANDEZ, 1999: 69) (SEYNAEVE -G.J.R.-, 2001:3)(VERA, 2000)(PUERTAS, 2002) (ARRICIVITA, 2005).

Normalmente, ante una situación estresante o traumática la/s persona/s involucrada/s suelen ver desbordados sus recursos y capacidades. De tal manera que de repente y sin elegirlo, pasarían a encontrarse en una posición de mayor vulnerabilidad y de cambio de su

situación social. Consecuentemente precisarán, de atención social inmediata y, a veces, durante largo plazo por carecer de **apoyo social** (emocional, material, informacional, etc.) (BARRÓN, 1996: 41-49)(REVILLA Y FLEITAS, 1991: 18-20)(MONTERO Y RUIZ, 1997: 253-268) necesario y/o suficiente para autodesenvolverse.

Es preciso matizar que es equivocado limitar este tipo de actuación a eventos de "gran impacto" (inundaciones de Badajoz y Melilla - 1997-; los accidentes de autobús en la Muela - Zaragoza, 1999- y Soria -2000-, atentado 11M, etc.); las urgencias-emergencias del día a día, son relegadas con frecuencia al capítulo de sucesos de "menor" entidad y, sin embargo, también comprometen la autonomía de los afectados y, por tanto, necesitan de actuaciones que van más allá de lo meramente *físico*.

En este sentido, las actuales líneas de intervención en emergencias colectivas y en catástrofes, insisten en la necesidad de un abordaje desde **equipos psicosociales** integrados por *trabajadores sociales, psicólogos, personal sanitario, etc.* procedentes de diferentes Instituciones (Protección Civil, Bomberos, Consejerías de Salud y de Servicios Sociales, etc); cuyo trabajo multidisciplinar permita responder a la amplia gama de problemas y necesidades sobrevenidos (SEYNAEVE -G.J.R.-, 2001:9)(GUTIÉRREZ Y VERA, 2000) (GUTIÉRREZ, 1999)(GUTIÉRREZ, 2000)(ARRICIVITA Y PÉREZ, 2005: 44-46).

## MARCO LEGISLATIVO

La fundamentación científica expuesta viene acompañada de otras de carácter legislativo que la reconocen y la demandan: A nivel nacional, tanto la Ley de Protección Civil (ESTADO ESPAÑOL, 1985: 425-429) como su Norma Básica (ESTADO ESPAÑOL, 1992: 3765), al amparo de los derechos fundamentales relacionados con el tema y recogidos en la Constitución, establecen las acciones a llevar a cabo en situaciones de emergencia entre las que se encuentran: *asistencia sanitaria y social*; y *albergue de emergencia* (ESTADO ESPAÑOL, 1992: 3765).

Incluso cabe apuntar, la publicación en el año 1989 por parte de la Dirección General de Protección Civil de "La asistencia social" (DIRECCIÓN G. DE PROTECCIÓN CIVIL, 1989) dentro de su colección de textos didácticos; probablemente la primera publicación española sobre esta temática específica.

En el ámbito de la Comunidad de Aragón (y también en el resto de Comunidades Autónomas, existiendo escasas diferencias entre ellas) estas acciones también tienen este reconocimiento y quedan plasmadas en el Plan Territorial de Protección Civil de Aragón (GOBIERNO DE ARAGÓN, 1995: 2203 y 2204), en los planes de emergencia existentes de ámbito municipal, supramunicipal y comarcal (GOBIERNO DE ARAGÓN, 1996: 2219) y en el Plan Sectorial de Acción Social (PROCIAC) (COMISIÓN PROTECCIÓN CIVIL DE ARAGÓN, 1995: 4) que determina que "*las situaciones a atender alcanzan a todo tipo de emergencia provocada por cualquier causa de origen natural o por la actividad humana y*

*comprenden desde la emergencia que afecta a un reducido número de personas, susceptible de gestionarse con los recursos de Acción Social habituales de la zona geográfica en que se produzca, hasta la catástrofe o calamidad pública, que requiera la movilización de recursos de otros puntos de Aragón e incluso, de otras Comunidades Autónomas”* (COMISIÓN PROTECCIÓN CIVIL DE ARAGÓN, 1995: 3).

La planificación expuesta determina las funciones, ámbito de actuación, dirección y composición del Grupo de Acción Social (GOBIERNO DE ARAGÓN, 1995: 2203 y 2204)(GOBIERNO DE ARAGÓN, 1996: 2219) COMISIÓN PROTECCIÓN CIVIL DE ARAGÓN, 1995: 4 y 5); y matiza que estará integrado, entre otros por los *Servicios Sociales de Base; y los asistentes sociales de entidades públicas y privadas...como hospitales, geriátricos, etc.*; es decir, los trabajadores sociales sanitarios.

Cabe apuntar que la peculiaridad, a diferencia de los otros Grupos de Acción (Sanitario, Orden, Salvamento y Logístico), es que los receptores de su labor profesional no son sólo la población afectada sino también los propios intervinientes.

Este panel legislativo se completa con la Ley de protección civil y atención de emergencias de Aragón (GOBIERNO DE ARAGÓN, 2002: 11357) como herramienta de organización, gestión y atención en emergencias.

Se puede concluir, cuando menos, que:

- La intervención social, o psicosocial, es una pieza más en el puzzle de la

atención global en situaciones de emergencia.

- No es nueva, aunque sí poco conocida.

## **SITUACIONES SUSCEPTIBLES DE INTERVENCIÓN.**

Por un lado, son situaciones objeto de intervención de los trabajadores sociales, las tipificadas como de riesgo de emergencia en los Planes Especiales y Territoriales de Emergencias-Protección Civil. En concreto, en el Plan Territorial de Protección Civil de Aragón, independientemente del nivel de actuación y fase de activación que se determine, se establecen diversas situaciones como (GOBIERNO DE ARAGÓN, 1995: 2203 y 2204): *incendios forestales, accidentes en el transporte civil (ferrocarril, carretera y aéreo), rescate por actividades deportivas, riesgos asociados al terrorismo, etc.*

Cabe matizar que si bien se ha hecho mención al Plan de Emergencias de la Comunidad de Aragón, cada Comunidad Autónoma tiene su propio Plan; y las diferencias de riesgos entre los diferentes Planes de Emergencias no son significativas. Claro está que las Comunidades limítrofes con el mar cuentan con las lógicas especificidades.

Existe un segundo grupo de situaciones que, sobre todo en el ámbito de la Acción Social, adquieren denominaciones diversas tales como: “emergencias individuales”, “urgencias sociales”, etc; quizás para distinguirlas de eventos que afecten a mayor número de personas (*emergencias colectivas*); o que

resulten más complejas: *grandes emergencias o catástrofes* (Samur SOCIAL, 2005: 23 y 60).

Son sucesos que en el marco de la planificación y operatividad general de las emergencias, son tipificadas como “emergencias sociales” ó “emergencias de asistencia social”. También estos casos requieren intervención inmediata y coordinada con otros grupos de actuantes al estar en riesgo la salud y/o autonomía de los implicados, incluso la vida (ARRICIVITA, 2003: 250-251).

Conviene apuntar que dicho concepto, “emergencia social”, es relativamente nuevo y discutible a la vez; ya que toda emergencia es social, porque de lo contrario no existirían como tal; y, a su vez, cualquier emergencia, tal como ya se ha apuntado, genera problemas y necesidades sociales de diferente grado y tipo (ausencia y/o pérdida de familiares, de alojamiento, necesidades de aseo-higiene, de alimento, de información, etc.)(Samur SOCIAL, 2005:23) (ARRICIVITA, 2005), por lo que lleva implícito su carácter social.

Por tanto, no habría razón aparente para hacer diferenciaciones de emergencia; porque si no, a la vista de los casos habituales que a continuación se exponen, pareciera que se pretende hacer distinciones entre receptores de la atención.

Algunos de estos sucesos habituales que se han venido agrupando bajo el paraguas de “emergencias sociales” serían (S.I.T.A.DE., 2003)(SERVICIO MUNICIPAL DE URGENCIAS SOCIALES-AYTO. BILBAO, 2003): Agresiones y violaciones (a mujeres, niños, ancianos, principalmente), abandono, expulsión o fuga del

domicilio familiar (de mujeres maltratadas, niños, adolescentes, etc.), pérdida o desaparición de personas: de ancianos que viven solos; de éstos y otras personas con problemas de orientación temporo-espacial, etc.

Ahora bien, si con la adjetivación de “sociales” se pretende manifestar la presencia de problemas y necesidades de esa índole y, por tanto, la necesidad de intervención psicosocial en una determinada emergencia o catástrofe, parece acertada la definición de Emergencia Social que propone el Samur SOCIAL: “Aquella situación no prevista que afecta y compromete las capacidades personales, los recursos y medios de subsistencia y las relaciones o redes sociales y familiares” (Samur SOCIAL, 2005:23); siendo una de sus características que, en dependencia del número de afectados, puede ser de carácter *individual, familiar, colectiva y/o gran emergencia*.

Para responder a esta problemática emergente, han proliferado en los últimos tiempos Servicios Sociales especializados con denominaciones diversas: “unidades de urgencias-emergencias sociales”, “servicio de urgencias sociales”, “servicio de emergencias sociales”, etc., y con modelos de gestión, también, diversos; los cuales se contemplan como servicios propios de las nuevas estructuras de atención sociosanitaria (COLOM, 1997: 109).

Por último cabría añadir, en el caso específico de Aragón, un tercer grupo de situaciones de emergencia: las emergencias sanitarias.

Se trata de *urgencias vitales* en las que “está en peligro -real o potencial- la vida o funciones

biológicas importantes de una persona y que requiere asistencia inmediata y cualificada “in situ” (CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO-GOBIERNO DE ARAGÓN, 2000: 99).

Aragón cuenta, desde el año 2000, con un Plan Integral de Atención a la Urgencia y Emergencia Sanitaria en Aragón impulsado desde la Consejería de Salud del Gobierno de Aragón. Este Plan recoge algunas de estas situaciones (CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO-GOBIERNO DE ARAGÓN, 2000: 89 y 99): Infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebro-vascular aguda, traumatismo cráneo-encefálico, intoxicaciones agudas, urgencias diabéticas, urgencias psiquiátricas, accidentes con múltiples víctimas o emergencia colectiva, catástrofes, etc.

Es observable, en lo expuesto y sin entrar en un análisis exhaustivo de los tres grupos de situaciones, la “repetición” de algunos eventos.

Lo cierto, y la realidad lo evidencia, es que es difícil encontrar una situación de emergencia (de cualquier nombre), en cualquiera de sus fases, en la que exclusivamente intervenga un profesional de una única disciplina. Y esto sucede porque la situación requiere resolver problemas de índole diversa.

Es decir, se actúa sobre unas mismas situaciones (ej. accidente de tráfico) que resultan ser multiproblemáticas (traumatismos diversos, atrapamiento, necesidad de información, falta o pérdida de los “suyos”, angustia, necesidades básicas por cubrir, falta de medios materiales diversos, etc.).

Por tanto, en el objetivo de una atención completa a los diferentes afectados, hay una necesidad de trabajo en equipo multiprofesional, debidamente organizado, coordinado y protocolizado, sobre unas mismas situaciones que generan problemas y necesidades diversos y específicos a la vez (sanitarios, psicológicas, sociales, de rescate, etc.) y que requieren soluciones también específicas. Este planteamiento precisa, además, de una colaboración continua entre las diferentes disciplinas de forma que el trabajo peculiar de cada profesional apoye y complemente el realizado por el resto (SEYNAEVE -G.J.R.-, 2001: 9 y 23)(GÓMEZ Y TOMÁS, 1989: 107-115) (ARRICIVITA, 1999: 335-342).

Las tres denominaciones de emergencias expuestas tienen un denominador común:

- SITUACIONES ESTRESANTES, no poca veces TRAUMÁTICAS.
- Afectan, no sólo a los implicados directos, también a sus familiares y otros allegados, puede ser a una colectividad y también a los intervinientes.
- La salud y/o autonomía, incluso la vida de las personas implicadas están amenazadas.

## **ACTUACIONES.**

Se parte de una serie de premisas que siendo obvias o sobradamente conocidas, requieren con frecuencia ser remarcadas:

- No se debe obviar en ningún momento que la intervención social, o psicosocial, como las demás actuaciones, debe ser considerada desde los problemas y necesidades de las personas afectadas (SEYNAEVE - G.J.R.-, 2001:3)(ARRICIVITA, 1999: 338).
- Las reacciones psicológicas de las personas involucradas en una emergencia, en la fase aguda, se consideran *normales ante una situación anormal* (SEYNAEVE -G.J.R.-, 2001:3)(SLAIKEU, 1996: 125) (ROBLES Y MEDINA, 2002: 100)(4)( FERNÁNDEZ, 1999: 69)
- (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002: 21).
- La emergencia o catástrofe genera importantes problemas y necesidades prácticas y sociales que pueden conllevar un impacto psicológico, principalmente, si no tienen una respuesta adecuada (SEYNAEVE - G.J.R.-, 2001:3).
- Las emergencias colectivas y catástrofes no es una suma de *uno más uno son dos*; a diferencia de los eventos de menor magnitud, son cualitativamente complejas. Requieren, sobre todo en los primeros estadios post-impacto, un abordaje diferenciado que se plasmaría en acciones de proactividad (SEYNAEVE -G.J.R.-, 2001:3)(GUTIÉRREZ, 2003:20).

Ha de quedar claro que la respuesta general a la catástrofe es una respuesta compleja. En

este marco, la intervención psicosocial sólo se puede entender, tal como se ha apuntado anteriormente, como una pieza más del puzzle de respuesta globalizada y, por tanto, integrada en la planificación y operatividad de emergencias y catástrofes (COBO, 2004:5).

En este sentido los expertos europeos en intervención psicosocial en emergencias colectivas apuntan que “una forma práctica, y probablemente la más eficiente, sería ligar la respuesta psico-social a la planificación de la emergencia médica” (SEYNAEVE -G.J.R.-, 2001:9).

Si bien es cierto que hay una demanda unánime entre los diferentes colectivos actuantes acerca de la necesidad de un mando único en la gestión de una emergencia, no es menos cierto que este mando único precisa asesoramiento técnico específico en la gestión global de la misma. Requiere la participación, entre otros, de un gestor-asesor social o una agencia psicosocial con tareas clave en el “*antes de*”, “*durante*” y “*después de*”, donde las actuaciones de esta índole en espacios de emergencia, lejos de ser un acto puntual, improvisado e infundado, tienen su encuadre en el modelo de *intervención en crisis* (SEYNAEVE -G.J.R.-, 2001:13)(ARRICIVITA, 1999: 339-341)(ARRICIVITA, 2000: 20)(SLAIKEU, 1996:6)(ESCARTÍN, 1992:134)(CHANA, 2000:8).

Las tareas a llevar a cabo por los profesionales del ámbito social tienen como objetivo general ayudar a la/s persona/s afectada/s en el afrontamiento y resolución de la situación crítica, por un lado; y en el proceso de solución de problemas, por otro (SLAIKEU, 1996:105).

El “antes de” (prevención primaria) contempla como premisa que *no es posible intervención sin preparación previa*; y entre sus acciones estarían (SEYNAEVE -G.J.R.-, 2001:11)(UNIDAD DE PSICOLOGÍA DE CATÁSTROFES, 2002)(ARRICIVITA, 1999: 338-339)(ARRICIVITA, 2005:46):

a) Planificar, programar y protocolizar la intervención social ante determinados riesgos y situaciones estresantes o traumáticas de forma que, ante la eventualidad, posibilite una respuesta lo más organizada posible, inmediata y de resolución favorable para los afectados; sin dejar de ser conscientes de las limitaciones y peculiaridades que impone, *a la hora de la verdad*, cada catástrofe.

b) Formación y entrenamiento continuado del personal interviniente (bomberos, policías, guardias civiles, sanitarios, etc.) en aspectos psicológicos, sociales, de organización, de recursos, de autocuidado, etc. vinculados a las situaciones de crisis.

c) Se precisan estudios e investigaciones sobre aspectos, problemas y necesidades sociales en relación con las situaciones de emergencia.

d) La abundante y variada información que se genera exige una específica gestión de la misma, tanto en el *durante* como en el *después de*, que requiere ser previamente organizada.

Así mismo, la experiencia ha dejado claro que el primer escalón de apoyo psicosocial suelen ser, junto con los primeros servicios de emergencias, las personas que estaban *ahí* y

*en ese momento*: testigos, sobrevivientes, vecinos, etc.; es decir, *la gente ayuda a la gente*.

Se ha observado también que muy a menudo en situaciones donde está presente el dolor, el sufrimiento, la angustia..., las personas reaccionan, por lo menos en los primeros momentos, sacando lo mejor de sí mismos.

Además, la existencia de *red social* (familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc) y la percepción, por parte de las personas afectadas, de su *apoyo social* (emocional, material, etc), junto a factores sociales y culturales, se define como crucial en su proceso rehabilitador (medio-largo plazo) (SEYNAEVE -G.J.R.-, 2001:3) (ROBLES Y MEDINA, 2002: 102-103)(UNIDAD DE PSICOLOGÍA DE CATÁSTROFES, 2002).

Parece clara, por tanto, la necesidad de formar a la población en el marco de las emergencias y catástrofes, en general, y, en particular, en los aspectos psicológicos y sociales presentes en ellas. Así como disponer, conforme a necesidades territoriales y específicas, de un voluntariado organizado, formado, entrenado, a la vez que activado y dirigido de forma protocolizada (ARRICIVITA, 2005:45).

Otras acciones posibles en prevención primaria pueden ser (SEYNAEVE -G.J.R.-, 2001: 11)(ARRICIVITA, 1999: 338-339):

- Determinación de estándares formativos, red de acción, etc.
- Detección y catalogación de personas en riesgo de aumentar su vulnerabilidad ante emergencias: enfermos crónicos, incapacitados- físicos, mentales y sensoriales-, ancianos que viven solos y/o *frágiles*,...
- Previsión de necesidades básicas tanto en los afectados como el personal interviniente en el marco de los Planes que se elaboren.
- Valoración social de potenciales centros de acogida.
- Valoración, catalogación y actualización de posibles recursos sociales y/o sociosanitarios a precisar por los afectados, familiares y por el personal interviniente en una emergencia.

La actividad en el “*durante*” (prevención secundaria) (SEYNAEVE -G.J.R.-, 2001: 23)(ARRICIVITA, 1999: 340)(ARRICIVITA, 2005: 44-45)(GOBIERNO DE ARAGÓN, 1995: 2204)(GOBIERNO DE ARAGÓN 1996: 2219)(COMISIÓN DE PROTECCIÓN CIVIL DE ARAGÓN, 1995: 5) tiene como objetivo organizar, coordinar, dirigir y desarrollar acciones directas de:

- Primera evaluación de necesidades.
- Activación de recursos sociales.

- Apoyo psicológico a los afectados, familiares, allegados y participantes (profesionales y voluntarios).
- Acompañamiento a afectados, familiares y allegados en su traslado a domicilios (propio, de familiares, etc.) o centros específicos (hospitales, centros de acogida, etc.); en recogida de objetos personales; realización de trámites, etc.
- Información y asesoramiento. Dar información *sensible*.
- Búsqueda-localización y reagrupamiento de familiares y/o allegados de personas implicadas en una situación social traumática.
- Ayuda en organización personal-familiar.
- Cobertura de *necesidades básicas* (alojamiento, alimento, ropa, aseo-higiene...), facilitación de otros recursos sociales (humanos y materiales), etc.
- Colaboración en recogida de útiles de necesidad en situaciones de evacuación de domicilio; así como en inventariado de desperfectos derivados de la emergencia.
- Información a los familiares y/o allegados del personal actuante en la crisis acerca de su situación personal.
- 

Además de otras indirectas como:

- Dirección y coordinación de las tareas entre administraciones, servicios, organizaciones y otros colectivos,
- Coordinación y mediación entre afectados y servicios.
- Asesoramiento a gestores de la emergencia.
- Organización de acciones y seguimiento a medio-largo plazo.
- Investigaciones y análisis, etc.
- Provisión de infraestructura y logística.
- Control de identificaciones, derivaciones, ubicaciones y situación de los afectados tanto en el lugar de la emergencia como en centros de acogida (polideportivos, hospitales, escuelas, hoteles, etc.) si lo precisara el caso.
- Organización y coordinación de los afectados ante posibles evacuaciones.
- Organización y adaptación, ante una evacuación, de las infraestructuras determinadas como centros de acogida.
- Participación en la organización de la vida de albergue, mientras dure la situación.
- Gestión de problemas y necesidades sociales de los albergados.
- Organización y coordinación del posible voluntariado operativo en la emergencia.

Ya en el medio-largo plazo (rehabilitación psicosocial) (SEYNAEVE -G.J.R.-, 2001: 27 y 32)(ARRICIVITA, 1999: 341)(ARRICIVITA, 2005: 44-45) se contemplan actuaciones de:

- Asegurar el seguimiento de las respuestas psicosociales en la fase intermedia y de largo plazo.
- Evaluación de todo el proceso, es decir, que abarque desde la prevención primaria a la rehabilitación psicosocial, conociendo sus diversas actividades y resultados. De esta forma se posibilita una mejor preparación a una nueva intervención.
- Derivación de los afectados a programas, servicios o recursos específicos.
- Reagrupamiento familiar de posibles evacuados.
- Evaluación de la intervención en general y de la intervención social en particular.
- Información y Asesoramiento.
- Seguimiento de las actuaciones que lo precisen (reuniones institucionales, con afectados, entrevistas, visitas domiciliarias, etc.).
- Realización de informes sociales.
- Puesta en marcha y/o gestión de servicios específicos conforme a las necesidades planteadas (de información, de asesoramiento, de coordinación, de apoyo al duelo,

jurídicos, de realización de trámites, etc.).

Y una última actividad en el marco de la acción, y no por eso la menos importante; es más, sería prioritaria: el cuidado de la salud mental como intervinientes, que incluye y exige autocuidado.

En la sociedad pervive todavía el mito de que los bomberos, sanitarios, y otros profesionales de situaciones de crisis, son personas “fuertes” y que disponen de múltiples recursos en comparación con los afectados, que se perciben como desvalidos.

Junto a esto, los integrantes de dichos servicios pueden “anestesiarse” emocionalmente, “parapetándose” en sus uniformes y materiales; o considerar que las necesidades de los afectados directos son más importantes (CERVERA, 2004:4)(GUTIÉRREZ, 2001).

Pero la prolífica evidencia científica constata que el personal interviniente en situaciones críticas (profesionales de la emergencia, psicólogos, médicos y personal de enfermería, trabajadores sociales, etc.) ve minado “su bienestar personal, su rendimiento laboral y su entorno social y familiar” al verse expuestos a *situaciones altamente estresantes* (CERVERA, 2004:1).

Como paso previo en las actuaciones a desarrollar está la toma de conciencia por parte del propio personal de los diferentes servicios de crisis (sanitarios, bomberos, seguridad, teleoperadores, tanatólogos, personal psicosocial y judicial, periodistas, etc.), sus mandos gestores y la sociedad en general, de

la evidente vulnerabilidad y los riesgos existentes.

Los hechos expuestos junto con la validez ampliamente estudiada y demostrada del *apoyo social* (emocional, informacional, material, etc.) como amortiguador del impacto de vivencias estresantes (BARRÓN, 1996:41-50)(REVILLA, 1994: 80-83)(REVILLA, 1999: 344-345), fundamentan la necesaria implantación, en cada organización asistencial de emergencias-crisis, de un programa de gestión de estrés y apoyo psicosocial.

El cual ha de tener un carácter integral, contemplando objetivos y actuaciones de (SEYNAEVE-G.J.R.-, 2001: 38) (ARRICIVITA Y PÉREZ, 2005:46)(CERVERA, 2004:10)(GUTIÉRREZ, 2001)(VALERO, 2001)(CRUZ ROJA ESPAÑOLA, 2001: 13-21):

- Prevención primaria: Selección de personal, formación y entrenamiento psicosocial, etc.
- Prevención secundaria: apoyo emocional, rotación, descanso, etc.
- Prevención terciaria: debriefing, información, apoyo práctico, evaluación, seguimiento, etc.

## A MODO DE CONCLUSIÓN

Los trabajadores sociales, principalmente, de los Servicios Sociales Básicos y de Emergencias, de los Centros de Salud, de Hospitales, y de otros Servicios Sociales y Sanitarios, tienen una responsabilidad en el marco de las emergencias y catástrofes, independientemente de su carácter y magnitud; no sólo en la resolución puntual e inmediata,

sino también en actuaciones de carácter preventivo, educativas, de rehabilitación, de investigación, de planificación, etc.

Su labor, en dependencia de factores diversos, precisará integrarse en un trabajo de equipo psicosocial donde la especificidad de cada uno de sus integrantes apoye y complemente la tarea del resto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLUÉ MARTÍNEZ, Xavier, (1999): Urgencias. Abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas, MIRA editores, S.A., Zaragoza.
- ARRIVITA, Angel L., SAZ, Pedro. y LOBO, Antonio (1993): "Malestar psíquico y problemática social en pacientes de Atención Primaria. Detección e interacciones", en Trabajo Social y Salud, nº 15, p. 157-179, Asociación Trabajo Social y Salud, Zaragoza.
- ARRIVITA, Angel L., (1999): "Emergencias. La intervención del trabajador social", en: Trabajo Social y Salud, nº 34, p. 335-342, Asociación Trabajo Social y Salud, Zaragoza.
- ARRIVITA AMO, Angel L., (2003): "Situaciones sociales traumáticas (emergencias-urgencias): espacios de acción del trabajador social" en: Trabajo Social y Salud, nº 45, p. 247-259, Ed. Asociación Trabajo Social y Salud, Zaragoza.
- ARRIVITA, Angel L. y PÉREZ SALES, Pau (2005): "La intervención psicosocial en catástrofes. El punto de vista de los actores", en Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar, nº3 p. 44-46, Institut de Serveis Sanitaris i Socials, Barcelona.
- ARRIVITA, Angel L., (2005): "presentación" en [www.psicosocial-emergencias.com](http://www.psicosocial-emergencias.com) .
- BARRÓN LÓPEZ DE RODA, Ana, (1996): Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones; Siglo Veintiuno de España Editores, S.A., Madrid.
- CERVERA GOIZUETA, María (2004): "Los intervinientes: las víctimas terciarias de las emergencias", en Congreso nacional de intervención psicosocial en emergencias y catástrofes, ponencia Mesa 8, Huesca.

- COBO PLANA, Juan A. (2004): “Catástrofes: reflexiones sobre una actuación de futuro”, en Congreso nacional de intervención psicosocial en emergencias y catástrofes, ponencia Mesa 1, Huesca.
- COLOM MASFRET, Dolors (1997): La atención sociosanitaria del futuro, MIRA, Zaragoza.
- COMISIÓN DE PROTECCIÓN CIVIL DE ARAGÓN (1995): Plan Sectorial de Acción Social (PROCIAC), Gobierno de Aragón, Zaragoza.
- CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO (2000): Plan Integral de Atención a la Urgencia y Emergencias Sanitaria en Aragón, Gobierno de Aragón, Zaragoza.
- CRUZ ROJA ESPAÑOLA (2001): Estrés de los intervinientes en emergencias, Cruz Roja Española, Madrid.
- CHANA GARCÍA, Carlos (2000): “Equipos multidisciplinares apoyo humano. Taller específico para trabajadores sociales”, Oficina Central de Cruz Roja Española, Madrid.
- DIRECCIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN CIVIL (1989): La asistencia social, Dirección General de Protección Civil, Ministerio de Interior, Madrid.
- ESCARTÍN CAPARRÓS, M<sup>a</sup> José (1992): “Manual de Trabajo Social (modelos de práctica profesional)”, Aguaclara, Alicante.
- ESTADO ESPAÑOL (1985): “Ley 2/1985, de 21 de Enero, sobre Protección Civil” en: Boletín Oficial del Estado, nº 22, 425-429, Madrid.
- ESTADO ESPAÑOL (1992): “Real Decreto 407/1992, de 24 de Abril, por el que se aprueba la Norma Básica de Protección Civil” en: Boletín Oficial del Estado, nº 105, 3764-3767, Madrid.
- FERNÁNDEZ, Juan M. (1999): Manual práctico de apoyo psicológico en situaciones de emergencia, Grupo Editorial Universitario, Granada.
- GOBIERNO DE ARAGÓN (1995): “Decreto 109/1995 de 16 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se aprueba el Plan Territorial de Protección Civil de Aragón” en: Boletín Oficial de Aragón, nº 62, 2194-2212, Diputación General de Aragón, Zaragoza.
- GOBIERNO DE ARAGÓN (1996): “Orden de 30 de Abril de 1996, del Dpto. de Presidencia y Relaciones Institucionales, por la que se desarrolla la regulación de los Planes de Emergencia de Protección Civil de ámbito municipal, supramunicipal o comarcal, y de medidas de fomento” en: Boletín Oficial de Aragón, nº 55, 2215-2223, Diputación General de Aragón, Zaragoza.

- GOBIERNO DE ARAGÓN (2002): “Ley 30/2002, de 17 de diciembre, de protección civil y atención de emergencias de Aragón” en: Boletín Oficial de Aragón nº 151, 11357-11370, Diputación General de Aragón, Zaragoza.
- GÓMEZ LÓPEZ, L.I. Y TOMÁS AZNAR, C. (1989): “Aspectos psicológicos y sociológicos en los desastres” en Trabajo Social y Salud nº 2, 107-115, Asociación Trabajo Social y Salud, Zaragoza.
- GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ, Luz (1999): “La presencia de psicólogos ya se considera como un recurso más en una gestión eficaz de la catástrofe” en: Protección Civil, nº 1, [www.proteccioncivil.org](http://www.proteccioncivil.org), Madrid.
- GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ, Luz y VERA NAVASCUÉS, Isabel (2000): “El papel del psicólogo en los desastres” en: Conferencia Virtual sobre Teoría y práctica de las Ciencias Sociales en situaciones de riesgo catastrófico, CEISE, Dirección General de Protección Civil, [www.proteccioncivil.org](http://www.proteccioncivil.org), Madrid.
- GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ, Luz (2000): “Hacia una red de intervención psicosocial en desastres” en: Protección Civil nº 4, [www.proteccioncivil.org](http://www.proteccioncivil.org), Madrid.
- GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ, Luz (2001): “Los equipos de emergencias: impacto psicológico tras el desastre”, en Protección Civil nº 10 [www.proteccioncivil.org](http://www.proteccioncivil.org), Dirección G. de Protección Civil. Ministerio de Interior, Madrid.
- GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ, Luz (2003): “La rehabilitación psicosocial (“Outreach”)", en Protección Civil, nº 16, [www.proteccioncivil.org](http://www.proteccioncivil.org), Dirección G. de Protección Civil, Ministerio de Interior, Madrid.
- ITUARTE TELLAECHE, Amaya, (1992): Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, Siglo XXI de España Editores, Madrid.
- LOBO, Antonio y otros (1982): “Problemática social y psiquiátrica en una consulta de medicina interna”, en: Comunicación Psiquiátrica, Universidad de Zaragoza, Zaragoza.
- MONTERO PIÑAR, Isabel y RUIZ PÉREZ, Isabel y otros (1997): Psiquiatría social y comunitaria (I), ICEPSS, Canarias.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2002): Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias, Serie Manuales y Guías sobre Desastres nº 1, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

- PUERTAS, Elena (2002): "Las catástrofes y el estrés" en: Protección Civil, nº 12, [www.proteccioncivil.org](http://www.proteccioncivil.org), Madrid.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2001): Emergencia, en: Diccionario de la Real Academia Española (22ª edición) [www.rae.es](http://www.rae.es), Ministerio de Cultura, Madrid.
- REVILLA, Luis de la y FLEITAS, Luis (1991): "El apoyo social y la atención primaria de salud", en: Atención Primaria, Vol.8, nº9, SEMFYC, Barcelona.
- REVILLA, Luis de la (1994): Conceptos e instrumentos de la atención familiar, Ediciones. Doyma, Barcelona.
- REVILLA, Luis de la y OTROS (1999): Manual de Atención Familiar I. Bases para la práctica familiar en la consulta, Fundesfam, Granada.
- ROBLES SÁNCHEZ, José I. y MEDINA AMOR, José L. (2002): Intervención psicológica en catástrofes, Editorial Síntesis, Madrid.
- ROMÁN SOLER, Artur y otros (2004): "Aproximación al Trabajo Social en la Emergencia. Un nuevo contexto de intervención" en: Servicios Sociales y Política Social, nº 66, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, Madrid.
- Samur SOCIAL (2005): Samur SOCIAL. Un compromiso con los Ciudadanos y la Solidaridad. Memoria 1er año de actuación. Junio 2004-junio 2005, Ayuntamiento de Madrid, Madrid.
- SERVICIO MUNICIPAL DE URGENCIAS SOCIALES- AYTO. BILBAO (2003): Folleto informativo del Servicio e información facilitada por la directora del Servicio Pilar Górgolas, Ayuntamiento de Bilbao.
- SERVICIO DE INFORMACIÓN TELÉFONICA Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS (S.I.T.A.D.E.)-AYTO. MADRID (2003): Información facilitada por la directora del Servicio Ana Santos, Madrid.
- SEYNAEVE (G.J.R.) (Edit.)(2001): Psycho-Social Support in situations of mass emergency. A European Policy Paper concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disasters, Ministry of Public Health, Brussels, Belgium.
- SLAIKEU, Karl A. (1996): Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación, 2ª Edición, El Manual Moderno, Méjico.

- UNIDAD DE PSICOLOGÍA DE CATÁSTROFES (2002): “Reacciones de la población en situaciones de emergencia colectiva”, en: Protección Civil nº 13, [www.proteccioncivil.org](http://www.proteccioncivil.org) , Dirección G. de Protección Civil, Ministerio de Interior, Madrid.
- VALERO ALAMO, S. (2001): Manual para el cuidado de la salud mental de los equipos de primera respuesta, [svaleroalamo@hotmail.com](mailto:svaleroalamo@hotmail.com), Lima.
- VERA NAVASCUÉS, Isabel (2000): “Apoyo psicológico en catástrofes”, en: Protección Civil, nº 3, [www.proteccioncivil.org](http://www.proteccioncivil.org), Madrid.
- ZIMMERMAN-TANSELLA, C & SICILIANI (1990): “Social problems, social support and emotional distress in the community” en: Goldberg DWK & Tantam D, eds The public health impact of mental disorders, Hogrefe & Huber Publishers, Toronto.

# DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE INOCULACIÓN DE ESTRÉS PARA PERSONAL LABORAL EN UN CENTRO PUBLICO DE ATENCION Y COORDINACION DE LLAMADAS DE EMERGENCIA

*J. Gómez-Segura<sup>1</sup>, A. Puerta Torres<sup>2</sup>, E. Parada Torres<sup>2</sup>, J. Martin Oterino<sup>2</sup> y F.A. Muñoz Prieto<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Psicólogo. Dirección General de la Guardia Civil. Madrid. España

<sup>2</sup>Psicólogo. IPSE-Intervención Psicológica Especializada. Madrid. España

## RESUMEN

El objetivo del trabajo consiste en el estudio de la incidencia de un programa formativo de inoculación de estrés en un grupo de teleoperadores pertenecientes a un centro público de atención y coordinación de llamadas de emergencia, evaluando con medidas repetidas diferentes parámetros de salud laboral y estrategias de afrontamiento.

El análisis efectuado a las variables dependientes del estudio parece confirmar la idoneidad del marco teórico formativo utilizado en el desarrollo de actitudes más proactivas en un contexto preventivo de formación continuada en emergencias.

## ABSTRACT

The object of the work consists in the study of the effectiveness of a stress inoculation training program in a group of teleoperators working in a public emergency call center using repeated measures evaluation of different work health parameters and coping strategies.

The analysis done on the dependent variables of the study seems to confirm the suitability of the theoretical formative framework used in the development of more proactive attitudes in the context of continuing prevention training for emergencies.

The objective of the work consists of the study of the incidence of a formative program of inoculation of stress in a group of teleoperators pertaining to a public center of attention and coordination of emergency calls, evaluating with repeated measures different parameters from labor health and strategies of coping.

The analysis conducted to the dependent variables of the study seems to confirm the suitability of the used formative theoretical frame in the development of more proactive attitudes in a preventive context of formation continued in emergencies.

## Palabras clave:

Inoculación de estrés, burnout, afrontamiento, personalidad resistente, emergencias, teléfono.

### **Key words:**

Inoculation of stress, burnout, coping, hardiness, emergencies, telephone.

### **Correspondencia:**

Fernando A. Muñoz Prieto  
IPSE-Intervención Psicológica Especializada  
C/ Capitán Haya Nº 1 Plta 15 28020 MADRID  
direccion@ipse-psicologia.com

## **INTRODUCCIÓN**

La sociedad actual está organizada de tal manera que el trabajo se ha erigido en uno de sus valores más importantes constituyéndose, además, en una de las necesidades básicas del hombre. La realización de la actividad laboral no tiene un sentido sólo profesional, en ella se implica el individuo como totalidad, produciéndose vivencias e ideas muy diversas, que afectan a su autoestima, su seguridad emocional, así como otras necesidades humanas como la de logro, prestigio social, comunicación, etc. (González-Rey, 1998).

Durante mucho tiempo pareció natural considerar al trabajo como una fuente de estrés, un lugar inevitable de dolor, padecimiento, enfermedad, accidentes y un largo etcétera de molestias (Moreno Jiménez y Peñacoba, 1995). Efectivamente el trabajo puede ser una importante fuente de estrés pero esta condición de "inevitabilidad" en los últimos tiempos tiende a ser cuestionada.

Esta actitud hacia la salud laboral ha extendido al ámbito del trabajo la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, incluyendo en ella no sólo la ausencia de accidentes o patologías vinculadas al trabajo, sino también la presencia de un estado dinámico de bienestar físico, social y psicológico.

El estrés laboral es visto actualmente no sólo como una amenaza para la salud de los trabajadores, sino como un peligro para las mismas organizaciones debido a los costes de absentismo, accidentes, patologías, conflictividad laboral y en general desimplicación y abandono personal por parte de los trabajadores de todo nivel. Es por esto que el estrés en el trabajo no debe ser enfocado sólo como un problema de los individuos, sino de toda la organización (Peiró, Ramos y González-Romá, 1994, Martínez, García, Muñoz, Fernández y Parada, 2001).

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986) el estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores externos o internos) y los recursos disponibles del sujeto. De esta forma, los elementos a considerar en la interacción potencialmente estresante son: variables contextuales propias del ámbito laboral, variables individuales del sujeto que se enfrenta a la situación y consecuencias del estrés.

En cuanto a los factores desencadenantes del estrés laboral podemos encontrar en la literatura especializada largas listas de estresores de tipo organizacional (ambiente físico, sobrecarga, contenidos del trabajo, conflictos de rol, desarrollo de carrera, relaciones interpersonales, estructura y clima

organizacional, estilo gerencial, estresores relacionados con nuevas tecnologías, etc) pero no siempre las causas del estrés son necesariamente organizacionales.

Más allá de las variables de la dinámica organizacional generadoras de estrés hay puestos de trabajo que son naturalmente estresantes. Así, de manera general, los profesionales del trabajo en emergencias están expuestos a situaciones altamente estresantes que repercuten en su bienestar personal, en su rendimiento laboral y en su entorno social y familiar (Parada, 1998).

Pero no sólo los trabajadores que desarrollan su trabajo en situaciones de emergencia a “pie de calle” son los únicos afectados por estas situaciones laborales especiales, en el colectivo de teleoperadores de los Centros de Coordinación de Urgencias los momentos de intenso estrés son también frecuentes (Muñoz y Alvarez, 2000) y suponen un alto costo a nivel bio-psico-social para el trabajador (Blanco, Sánchez, Gómez, Puerta y Quintana, 2003).

En la prevención del estrés laboral pueden utilizarse tres estrategias básicas de intervención: eliminar, modificar las situaciones que causan estrés o apartar a la persona de ellas; adaptar o modificar el puesto de trabajo de acuerdo con las características del trabajador, y, por último, mejorar la resistencia de la persona al estrés. Las dos primeras estrategias van dirigidas a influir en la situación de trabajo, y la tercera va encaminada hacia la persona.

Desde el Departamento de I+D+i (Investigación, Desarrollo e Innovación) de

IPSE-Intervención Psicológica Especializada, se desarrolló un programa adaptado de Inoculación de Estrés para teleoperadores profesionales, de un servicio público de atención de llamadas telefónicas y coordinación de emergencias, tipo 112, que se centró en las estrategias de intervención en la persona y no en la situación laboral. El objetivo del mismo fue facilitar que estos trabajadores pudieran desarrollar estrategias de afrontamiento adecuadas que disminuyesen el coste del estrés laboral desde el propio puesto profesional y modificasen igualmente las percepciones sobre los estímulos laborales de índole estresante, transformándolos de forma más positiva en más controlables y consecuentemente menos amenazantes. Por último, animarles a poner en marcha todos los recursos aprendidos para favorecer estilos de vida laboral más saludables

El marco teórico desde el cual desarrollamos nuestro programa de intervención es el modelo explicativo sobre el estrés propuesto por Lazarus y Folkman (1986). Partimos de la premisa de que no siempre es posible el cambio de las condiciones laborales y de que, según este modelo, la situación no es en sí misma problemática o estresante, sino que la interpretamos como tal, o consideramos que no tenemos recursos suficientes para hacerla frente, y entonces ponemos en marcha nuestra respuesta de estrés.

Por este motivo, el objetivo prioritario de nuestro programa no era el cambio del entorno de trabajo, ni de su contenido o las condiciones en que éste se desarrollase, aunque éramos conscientes de que éstas eran importantes fuentes de estrés laboral en muchas ocasiones.

Nuestro objetivo fue la inoculación de los trabajadores al estrés que generan determinadas circunstancias inmodificables del trabajo; de forma y manera que en la ecuación individuo-medio laboral, la variable personal resultase controlable por los sujetos .

Desde perspectivas metodológicas distintas se han llevado a cabo programas de entrenamiento para fortalecer el constructo teórico de personalidad resistente (hardiness). La personalidad resistente se asocia con una tendencia a percibir los potenciales eventos traumáticos en términos menos amenazadores (Kobasa, 1982) y sus efectos están mediados por mecanismos de evaluación del ambiente y por mecanismos de afrontamiento (Kobasa, 1979b). Kobasa y Maddi han desarrollado un programa de entrenamiento compuesto por tres técnicas relacionadas (reconstrucción situacional, focalización y autocompensación), que tiene como objetivo incrementar la personalidad resistente.

Desde nuestro planteamiento dicho programa hace hincapié en el *sistema de respuesta cognitivo* del sujeto, sin analizar variables igualmente fundamentales a la hora de tener marcadores fiables de respuesta, como son los sistemas fisiológico y motor. Nosotros hemos querido desde nuestro modelo, que será explicado detenidamente en el apartado siguiente, implementar un protocolo formativo amplio que abarque todas las esferas de respuestas observables y latentes, mediante un programa relativamente sencillo y rentable; lo cual le dota de un plus de eficiencia y viabilidad a la hora de su implantación, con la ventaja añadida de que los recursos aprendidos pueden generalizarse a otros ámbitos vitales,

mejorando así la calidad de vida en general del trabajador y la satisfacción con el trabajo.

## MÉTODO

### Participantes

La muestra estuvo constituida por 25 teleoperadores profesionales de emergencia, cuya participación fue voluntaria, de un total de 55 trabajadores que asistieron a los cursos que se impartían en su centro de trabajo.

El Centro Público de Atención de Llamadas de Urgencia y Coordinación de Emergencias, tipo 112, en el que se ha realizado el presente programa, desarrolla su actividad dando cobertura a todos los ciudadanos dentro del ámbito geográfico de una comunidad autónoma de España con población residente cercana a los 6 millones de personas. Dicha asistencia se realiza las veinticuatro horas al día, todos los días del año.

Los teleoperadores de emergencia de este Centro, como parte del dispositivo de atención integral a la emergencia, tienen entre sus funciones la atención telefónica de cualquier demanda de intervención ante urgencias/emergencias que reciban, y la puesta en conocimiento/activación de forma inmediata de todos los organismos competentes en la misma que proceda.

La formación se realizó con grupos reducidos, máximo de 10 participantes y un mínimo de 5 personas por curso, en un formato de 16 horas lectivas, repartidas en 6 clases a razón de 2 clases/semana.

Las sesiones se estructuraron según el modelo propuesto por Meichenbaum (1985) por el que se dividen en tres fases:

- *Fase educativa o de conceptualización:* en la que se proporciona al trabajador un marco conceptual que le permita comprender cómo puede afectarle el estrés y cómo puede hacerle frente utilizando una serie de estrategias comportamentales y cognitivas.
- *Fase de aplicación y consolidación:* en la que se da al sujeto la oportunidad de poner en práctica, en situaciones reales y a través de rolplay las habilidades entrenadas en la fase anterior.
- *Fase de ensayo o adquisición de habilidades:* en la que se enseña y entrena al sujeto en la utilización de las habilidades y estrategias de afrontamiento del estrés presentadas en la fase anterior.

Siguiendo el modelo de los tres sistemas de respuesta, los objetivos y técnicas a utilizar para alcanzarlos fueron:

SISTEMA DE RESPUESTA	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICAS A UTILIZAR
SISTEMA COGNITIVO	- Adquirir mayor conocimiento de los estresores laborales para controlarlos.	
	- Adquirir mayor autoconocimiento y control sobre la forma de interpretar el medio.	- Información sobre el problema y las variables que influyen en el mismo.
	- Interpretar menos situaciones como ansiógenas.	
	- Evaluar adecuadamente los recursos propios para hacer frente a la situación.	
	- Saber solucionar problemas de forma más adaptativa.	- Reestructuración cognitiva (Beck)
	- Disminuir la ansiedad subjetiva.	

<b>SISTEMA FISIOLÓGICO</b>	- Disminución del nivel de tensión muscular y/o vascular.	- Respiración abdominal.
	- Facilitar la relajación fisiológica, el descanso y el sueño para combatir la fatigabilidad.	- Entrenamiento en relajación muscular progresiva (Jacobson)
		- Nutrición y hábitos saludables.
<b>SISTEMA MOTOR</b>	- Reducir la evitación de situaciones conflictivas.	- Solución de problemas (D'Zurilla).
	- Reducir el impacto de la ira ante situaciones de frustración.	- Entrenamiento en habilidades sociales.
	- Mejorar las habilidades de comunicación para el trato con compañeros y usuarios.	- Control y comunicación de ira.
		- Estrategias de negociación y manejo de conflictos.

Por limitaciones ajenas al equipo evaluador no se tomaron datos de carácter sociodemográfico de la muestra, lo cual si bien limita los datos estadísticos por otro lado garantizó el anonimato y fomentó a nuestro entender la imparcialidad de las respuestas de los sujetos.

### **Instrumentos**

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

***Inventario Burnout de Maslach -MBI- (Maslach, C. y Jackson S.E., 1997):***

Adaptación española del cuestionario diseñado por las autoras en 1981. Consta de 22 elementos o ítems que están redactados de forma directa, con el fin de expresar unos sentimientos o actitudes personales.

Con él se obtiene una medida de las tres variables componentes del Síndrome de Estrés Laboral Asistencial o Síndrome de Burnout, que son las referentes al cansancio emocional (CE), a la despersonalización (DP) y a la falta de realización personal (RP). A continuación se comentan las tres escalas:

*Cansancio emocional* (CE): Los elementos que componen esta escala se refieren a los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo.

*Despersonalización* (DP): Los elementos que integran esta escala son aquellos que describen una respuesta impersonal y fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional.

*Realización personal* (RP): Esta escala contiene elementos que describen sentimientos de competencia y éxito en lo relativo al propio trabajo. Podría considerarse como una variable independiente y opuesta a las otras dos escalas.

Los profesionales con puntuaciones altas en las escalas de Cansancio emocional (CE) y Despersonalización (DP) y puntuaciones bajas en la escala de Realización personal (RP) presentarán grados elevados de vivencia del Síndrome.

***Cuestionario de Ansiedad Laboral -CAL-***  
***(González-Romá, Espejo y Lloret, 1993):***

En el ámbito de las organizaciones la medición de la ansiedad laboral no ha sido tan desarrollada como otros constructos. La mayoría de los trabajos desarrollados han intentado medir únicamente el componente cognitivo de la ansiedad.

Este cuestionario se diseñó con el objeto de evaluar la ansiedad en el contexto laboral desde una perspectiva multidimensional (cognitiva, fisiológica y motora) tal y como ya fue propuesta inicialmente por Lang (1968) en

su Teoría Tridimensional de la Ansiedad. Con un total de 29 ítems ofrece una estimación de la incidencia de la ansiedad en sus tres dimensiones.

La *dimensión cognitiva* constituye una reacción que adopta la forma de pensamientos específicos que ocurren durante el estado de ansiedad (Bystritsky et al., 1990), como pensamientos y sentimientos de preocupación, miedo, inseguridad, etc., que llevan al individuo a un estado de alerta, desasosiego o tensión, generando falta de concentración, de decisión y a la idea de que otros observan su conducta y se dan cuenta de sus problemas y torpezas (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986).

La *dimensión fisiológica* está constituida por las respuestas fisiológicas asociadas con el incremento de la actividad del Sistema Nervioso Simpático. Este aumento de actividad produce cambios cardiovasculares y un aumento de la actividad electrotérmica, del tono músculo-esquelético y del ritmo respiratorio (Bellack y Lombardo, 1984; Miguel Tobal y Cano Vindel, 1986). Algunas de estas respuestas son palpitaciones, taquicardia, temblores, sudoración, tensión muscular, entumecimiento, molestias de estómago, mareo, dolor de cabeza, fatiga, etc. (Bystritsky et al. 1990).

Por último, la *dimensión motora* está configurada por las respuestas motoras que son resultado de la activación fisiológica y las cogniciones de miedo. Son reacciones que normalmente ocurren durante el estado de ansiedad. Pueden ser directas como los temblores, gesticulación, reducción de la destreza motora, dificultades de expresión

verbal, fumar, comer y/o beber en exceso, movimientos repetitivos con pies o manos, hiperactividad (Martin y Sroufe, 1970) o indirectas, como conductas de evitación o escape.

### ***Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado -STAXI- (Spielberger, C.D. 1988, 1991):***

Para la presente investigación utilizamos una versión española (desarrollada por Miguel Tobal, Cano Vindel y Casado) que es traducción del original en inglés (State-Trait Anger Expression Inventory), respetando su formato original e intentando preservar el significado de cada ítem y adaptarlo a las expresiones del idioma español.

El instrumento consta de un total de 44 ítems distribuidos en tres partes o escalas con instrucciones específicas y que corresponden a las medidas de estado, rasgo y expresión de ira.

La escala de *ira estado* está compuesta de 10 ítems que reflejan sentimientos o acciones del tipo: estoy furioso, tengo ganas de romper cosas, me gustaría decir tacos, etc. Se puede definir como la intensidad del sentimiento de ira en un momento concreto.

La escala de *ira rasgo* también se compone de 10 ítems que reflejan cómo se siente el sujeto normalmente. Se refiere a la tendencia de un sujeto a experimentar estados de ira. Ejemplos de algunos de sus ítems son: estoy de buen humor, tengo un carácter irritable, pierdo los estribos. Esta escala ofrece además información de dos subescalas:

- *Temperamento de ira*: que refleja la propensión a experimentar y expresar ira sin una provocación específica.
- *Reacción de ira*: que mide las diferencias individuales en la disposición para expresar ira cuando se es criticado o tratado de manera injusta por otros.

La escala de *expresión de ira*, compuesta por 24 ítems, refleja sentimientos o acciones que un sujeto puede realizar cuando se enfada. Controlo mi temperamento, tengo paciencia con los demás, discuto con los demás, digo barbaridades, pierdo la paciencia, son ejemplos de algunos de sus ítems. La escala ofrece puntuaciones en cuatro subescalas:

- *Ira interna*: que se refiere a la frecuencia con la que los sentimientos de ira son contenidos o suprimidos.
- *Ira externa*: que se refiere a la expresión directa de ira de un individuo hacia otras personas o hacia objetos del entorno.
- *Control de ira*: Se refiere a la frecuencia con que una persona intenta controlar la expresión de su ira de una manera adaptativa.
- *Expresión de ira*: que proporciona un índice general de la frecuencia con que es expresada la ira, independientemente de la dirección interna o externa que tome esa expresión.

**Cuestionario de Estilos de Afrontamiento  
-COPE- (Carver, Séller y Weintraub, 1989):**

En este caso utilizamos una adaptación española (realizada por Cruzado, Vázquez y Crespo), también traducción de la escala original en inglés.

Se trata de un cuestionario que evalúa las estrategias habitualmente empleadas por la persona ante situaciones de estrés. La escala está compuesta por 60 ítems que se responden con un formato de tipo Likert de cuatro puntos. Las variables que contiene son:

*Afrontamiento activo:* llevar a cabo acciones, ejercer esfuerzos para eliminar o paliar el estresor.

*Planificación:* pensar en cómo hacer frente al estresor y planificar esfuerzos de afrontamiento activo.

*Búsqueda de apoyo social instrumental:* buscar ayuda, información o consejo acerca de qué hacer.

*Búsqueda de apoyo social emocional:* obtener simpatía o apoyo emocional de alguien.

*Supresión de actividades distractoras:* retirar la atención de otras actividades en las que se pueda estar implicado, para concentrarse de forma más completa en el estresor.

*Religión:* aumentar la implicación en actividades religiosas.

*Reinterpretación positiva y crecimiento personal:* obtener lo mejor de la situación para

desarrollarse como persona a partir de ella, o verla desde una perspectiva más favorable.

*Refrenar el afrontamiento:* afrontar la situación pasivamente, posponiendo cualquier tentativa de afrontamiento hasta que pueda ser útil.

*Aceptación:* aceptar el hecho de que el suceso ha ocurrido y es real.

*Centrarse en las emociones y desahogarse:* incremento de la atención hacia el propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar estos sentimientos.

*Negación:* rechazar la realidad del suceso estresor.

*Desconexión mental:* desconectarse psicológicamente del objetivo con el que el estresor está interfiriendo, mediante ensoñaciones despierto, sueño o autodistracción.

*Desconexión conductual:* renunciar a cualquier esfuerzo o abandonar cualquier tentativa de alcanzar el objetivo con el que el estresor está interfiriendo.

*Consumo de alcohol-drogas:* con el objetivo erróneo de intentar tranquilizarse.

*Humor:* hacer bromas acerca del estresor.

## PROCEDIMIENTO

Los participantes cumplieron en formato autoinforme una batería de test compuesta por los cuatro instrumentos ya mencionados anteriormente. A efectos de poder contrastar la eficacia de la intervención se han obtenido medidas pretratamiento antes de comenzar con el desarrollo formativo y postratamiento una vez finalizado el curso, dirigidas a valorar la incidencia y la evolución de las diversas variables que pudieran estar relacionadas con el estrés laboral.

## RESULTADOS

Los datos han sido sometidos a análisis estadístico, utilizando el programa informático SPSS (versión 11.0 para Windows). Al encontrarnos con datos referentes a un grupo

de sujetos pequeño (25 sujetos) y que presumiblemente algunas de las variables del análisis no provienen de una distribución normal, hemos optado por la utilización de una prueba no paramétrica; en este caso al tratarse de medidas repetidas, con variables cuantitativas no dicotómicas la prueba más adecuada será el estadístico W de Wilcoxon.

A continuación en la tabla 1 se señalan los valores de las variables del MBI, con indicación de las medias grupales y la significación de las correspondientes diferencias, en las medidas pre y pos tratamiento.

Tabla 1. Diferencia de medias grupales (W de Wilcoxon) entre evaluaciones pre y postratamiento de las tres variables del MBI.

		Media	Z	Significación
Cansancio emocional CE	Pre	<b>21,12</b>	-1,7178	0,0858
	Pos	15,50		
Despersonalización DP	Pre	<b>9,56</b>	-0,6516	0,5147
	Pos	<b>8,50</b>		
Realización personal RP	Pre	36,12	-0,1019	0,9188
	Pos	35,70		

Nota: En negrita, valores medios por encima del punto de corte obtenido para las variables del MBI (Inventario de Burnout de Maslach), según la baremación española del cuestionario: Cansancio Emocional = 20,86; Despersonalización = 7,62; Realización Personal = 35. Seisdedos (1997).

Todas las  $p_s > 0,05$

Las diferencias encontradas no tienen intensidad significativa. No obstante es interesante observar la tendencia que aparece en la variable cansancio emocional, se trata de la variable donde la modificación ha sido mayor tras la aplicación del programa.

En el resto de variables (Despersonalización y Realización personal) no se observan

modificaciones de interés y que pudiesen relacionarse con la aplicación del programa. En la siguiente gráfica se representan los datos:

En la Tabla 2 vemos los datos referentes a la variable Ansiedad Laboral que ha sido

evaluada en sus tres sistemas de respuesta con el cuestionario CAL.

Tabla 2. Diferencia de medias grupales (W de Wilcoxon) entre evaluaciones pre y postratamiento de las tres variables del CAL

		<b>Media</b>	<b>Z</b>	<b>Significación</b>
Dimensión cognitiva	Pre	23,92	-1,5908	0,1117
	Pos	21,16		
Dimensión fisiológica	Pre	17,76	-0,4024	0,6874
	Pos	17,12		
Dimensión motora	Pre	12,48	-0,6000	0,5485
	Pos	12,32		

En este caso las diferencias que aparecen tampoco tienen significación estadística, todas las  $p_s > 0,05$ .

Como en el caso anterior volvemos a observar una tendencia, en este caso algo menor, a la reducción de la ansiedad en su dimensión cognitiva.

Por su parte las modificaciones obtenidas en los sistemas de respuesta fisiológico y motor son insignificantes.

En la Tabla 3, observamos los datos referentes a la incidencia y la expresión emocional de ira. Se indican los resultados obtenidos con el cuestionario STAXI en ambas fases de la evaluación:

Tabla 3. Diferencia de medias grupales (W de Wilcoxon) entre evaluaciones pre y postratamiento de las ocho variables del STAXI.

		<b>Media</b>	<b>Z</b>	<b>Significación</b>
Ira estado	Pre	11,60	-2,6557	<b>0,0079</b>
	Pos	10,36		
Ira rasgo	Pre	18,36	-2,1093	<b>0,0349</b>
	Pos	17,00		
Temperamento	Pre	6,64	-1,1634	0,2446
	Pos	6,24		
Reacción de ira	Pre	8,80	-2,8403	<b>0,0045</b>
	Pos	7,80		
Ira interna	Pre	15,84	-1,3798	0,1677
	Pos	14,88		
Ira externa	Pre	15,40	-1,2506	0,2111
	Pos	14,76		
Control de ira	Pre	21,24	-1,8422	0,0655
	Pos	22,52		
Expresión de ira	Pre	25,60	-2,2467	<b>0,0247</b>
	Pos	23,04		

Nota: En negrita los estadísticos significativos,  $p < 0,05$

Se detecta en lo que se refiere a la emoción de Ira, modificaciones de interés tras la aplicación del programa, tanto en la variable rasgo como estado.

Por último, en la tabla 4 analizaremos los resultados obtenidos en las variables correspondientes a la prueba COPE relativa a estrategias de afrontamiento de los sujetos.

Tabla 4: Diferencia de medias grupales (W de Wilcoxon) entre evaluaciones pre y postratamiento de las quince variables del COPE

		Media	Z	Significación
Afrontamiento activo	Pre	11,20	-0,9581	0,3380
	Pos	11,54		
Planificación	Pre	11,79	-1,3497	0,1771
	Pos	12,33		
Apoyo instrumental	Pre	10,83	-1,8357	0,0664
	Pos	11,41		
Apoyo emocional	Pre	11,33	-0,1960	0,8446
	Pos	11,62		
Supresión distractores	Pre	9,41	-0,6036	0,5461
	Pos	9,16		
Religión	Pre	5,95	-0,7001	0,4838
	Pos	6,16		
Reinterpretación positiva	Pre	12,41	-1,4912	0,1359
	Pos	12,91		
Refrenar afrontamiento	Pre	9,54	-0,7647	0,4445
	Pos	10,00		
Aceptación	Pre	9,87	-1,7531	0,0796
	Pos	11,04		
Centrarse en emociones	Pre	9,37	-1,5858	0,1128
	Pos	8,79		
Negación	Pre	5,00	-0,1177	0,9063
	Pos	5,00		
Desconexión mental	Pre	8,87	-0,0521	0,9584
	Pos	9,00		
Desconexión conductual	Pre	6,50	-0,5231	0,6009
	Pos	6,29		
Alcohol-drogas	Pre	4,33	0,0000	1,0000
	Pos	4,50		
Humor	Pre	8,79	-2,4142	<b>0,0158</b>
	Pos	9,95		

Nota: En negrita el estadístico significativo,  $p < 0,05$

El único cambio significativo es el aumento de puntuación obtenida en la variable Humor.

## DISCUSIÓN

En este tipo de estudio el objetivo ha sido explorar qué variables pueden resultar afectadas de forma positiva tras la implantación de un programa de inoculación de estrés en profesionales vinculados con la emergencia cotidiana, como son los teleoperadores de emergencia de un servicio público de atención de llamadas de urgencia y coordinación de emergencias, tipo 112.

En primer lugar, analizando los datos relacionados con el constructo de “desgaste profesional” o “burnout” se detecta un cambio en la variable de *cansancio emocional*, que aunque no es significativo estadísticamente, apunta a una correlación en esa línea. Creemos que esta tendencia podría haberse visto traducida en un hallazgo significativo si hubiésemos dispuesto de un grupo más numeroso para el análisis dadas las importantes restricciones que el estadístico W de Wilcoxon impone.

Esta variable para las doctoras Maslach y Jackson, que definieron dicho constructo en 1981, constituye el núcleo de dicho síndrome y parece verse modificada tras la implantación del programa, pasando de valores altos por encima del punto de corte (20,86) en la medición pre, a puntuaciones que lo sitúan alejado de dicho marcador (15,50) en la fase postratamiento.

En segundo lugar, comprobando la repercusión de la variable *ansiedad laboral*, aunque se repite nuevamente la tendencia a la reducción de todas las dimensiones evaluadas, tan solo la dimensión cognitiva de la ansiedad tiene un valor mayor tras la aplicación del programa formativo específico.

En tercer lugar, en la medición del factor ira / rasgo-estado, se ha producido una importante y significativa reducción del *estado de ira* en los sujetos ( $z = -2,6557$ ,  $p = 0,0079$ ). Tras tomar parte en el programa de Inoculación de Estrés estos han visto significativamente reducidos sus sentimientos de enfado en el ámbito laboral.

Esta reducción del nivel de enfado probablemente se relacione con un cambio, también significativo, en la tendencia de los sujetos a enfadarse, es decir, en su nivel de *ira rasgo* ( $z = -2,1093$ ,  $p = 0,0349$ ). Así, como vemos en los datos correspondientes a *reacción de ira*, después de la aplicación del programa los sujetos han reducido de forma muy significativa su tendencia a sentirse atacados cuando se consideran criticados o tratados de una manera injusta ( $z = -2,8403$ ,  $p = 0,0045$ ). Esta disminución de su reactancia parece relacionarse con la adopción de alguna forma de afrontamiento más “estoica” de las situaciones de estrés y no con una reducción del “mal carácter” que en general pudiera tener la persona tal y como nos informa el resultado obtenido en la variable *temperamento* ( $z = -1,1634$ ,  $p = 0,2446$ ).

En cuanto a la *expresión de ira* vemos como se ha producido una significativa reducción de la incidencia de esta emoción y por tanto de las

interferencias que ésta pueda causar en la capacidad de adaptación de los sujetos ( $z = -2,2467$ ,  $p = 0,0247$ ).

Este cambio en los sujetos no se ha producido en la dirección interna o externa de la expresión, aspectos donde no podemos considerar significativas las diferencias mostradas, pero sí se observa una tendencia interesante en el sentido de que los sujetos han incrementado su conducta dirigida al *control de ira* ( $z = -1,8422$ ,  $p = 0,0655$ ).

En cuarto lugar, tras medir en los sujetos las formas de afrontamiento utilizadas, vemos que son interesantes las modificaciones producidas en algunas de las variables.

El único cambio significativo es el aumento de puntuación obtenida en la variable *Humor* ( $z = -2,4142$ ,  $p = 0,0158$ ), es decir, después de recibir el programa los asistentes han aumentado su tendencia a asumir las dificultades con buen humor, haciendo bromas acerca de sus fuentes de estrés. Este resultado vuelve a apuntar a la instauración de una estrategia de afrontamiento más adaptativa donde prima la visión positiva frente a las dificultades.

En el resto de variables los resultados no son significativos; sin embargo no debemos dejar de comentar algunas tendencias sugerentes del cambio anteriormente comentado. Parece que los sujetos informan estar más orientados a la *búsqueda de apoyo instrumental* ( $z = -0,8357$ ,  $p = 0,0664$ ), tienen más tendencia a la *aceptación* de la realidad de sus dificultades y estresores ( $z = -1,7531$ ,  $p = 0,0796$ ), reducen su tendencia a *centrarse en las emociones* ( $z = -1,5858$ ,  $p = 0,1128$ ) y aumentan su tendencia a

*reinterpretar positivamente* la situación ( $z = -1,4912$ ,  $p = 0,1359$ ).

Cuando queremos evaluar la significación de programas como éste, específicos en el área de la formación en emergencia, hemos de partir de dificultades de orden externo al evaluador, como son por un lado la reticencia de las propias organizaciones a disponer de la herramienta de la investigación como instrumento de avance en una política integral de formación en recursos humanos; así como del propio papel del profesional interviniente que muchas veces por desconocimiento previo es reacio al consentimiento voluntario en la utilización de datos que pudieran parecer identificarles dentro de una organización.

De igual forma nos encontramos con problemas técnicos al ajustar protocolos teóricos de programa como son la duración o espaciamiento de sesiones a la realidad de una dinámica laboral que restringe dichos parámetros.

Creemos que un programa más extenso en cuanto a horario (al menos 60 horas) y con sesiones más dilatadas en el tiempo (para permitir entrenamiento personal y tareas para casa) pudiera ser más eficaz y con resultados aún más ostensibles al evaluarse con posterioridad.

De la misma manera estudios con un número más elevado de sujetos participantes, al menos con  $n=60$  nos garantizaría más la representatividad de la muestra y, consecuentemente, aumentaría la potencia de nuestros resultados, lo cual sin duda unido a la

utilización de datos sociodemográficos añadiría una riqueza de datos mayor.

Los cambios obtenidos tras el desarrollo de este programa formativo de inoculación de estrés parecen haber sido eminentemente cognitivos; los beneficios obtenidos son evidentes y cuantificables, sobre todo en términos de eficiencia ya que logra con un bajo costo, tanto en recursos económicos como materiales y humanos, una importante mejora en la reducción del estrés laboral asistencial y en las capacidades de afrontamiento de los trabajadores así como en su estado de bienestar laboral, premisa necesaria cuando hablamos en términos de salud laboral.

Nos resta la lógica inquietud por saber qué ocurrirá con la estabilidad de los cambios obtenidos, por lo que en planteamientos futuros de tipo longitudinal se debería tener prevista una segunda valoración postratamiento meses después de la intervención que nos permitiese saber hasta qué punto esos cambios aparentemente actitudinales son estables y, por tanto, implican un aumento real de pautas de afrontamiento resiliente, manteniendo un

equilibrio estable de personalidad resistente que afecte de forma positiva en su rendimiento laboral y en su capacidad para afrontar condiciones laborales altamente estresantes o difíciles; y no son sólo el producto de tener recientes en la memoria todos los conocimientos recientemente adquiridos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bellack, A.S. y Lombardo, T.W. (1984). Measurement of anxiety. En Turner, S. (Ed.), *Behavioral theories and treatment of anxiety*. Plenum Press: New York.
- Blanco Lajo, C.; Sánchez Calvín, C.; Gómez Segura, J.; Puerta Torres, A., Miguel Gómez, A. y Quintana Moreno, A. (2003). El Síndrome de Burnout en el Centro Coordinador de Urgencias del SUMMA 112. II Jornadas Nacionales de Centros Coordinadores de Médicos de España. Barcelona.

- Bystritsky, A., Linn, L.S. y Ware, J.E. (1990). Development of a multidimensional scale of anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 99-115.
- Carver, C.S.; Sheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- González-Rey, F. (1998). El estrés y sus vías de desarrollo en la institución laboral: alternativas para su prevención e intervención. En J. Buendía (Ed.): *Estrés laboral y salud*. Madrid: Biblioteca nueva.
- González-Romá, V.; Espejo, B. y Lloret, S. (1993). El Cuestionario de Ansiedad Laboral (C.A.L.). Resultados preliminares. *Psicológica*, 14, 123-136.
- Kobasa, S.C.(1979b) Personality and resistance to illness. *American Journal of Community Psychology*, 7:413-423
- Kobasa, S.C. (1982) Commitment and coping in stress resistance among lawyers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42: 707-717
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behaviour: problems in treating a construct. En Shilen, J.M. (Ed.), *Research in psychotherapy (Vol III)*, American Psychological Association, Washington.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *El estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca (V.O.: 1984).
- Martin, B. y Sroufe, L.A. (1970). Anxiety. En C.G. Costello (Ed.), *Symptoms of psychopathology: A handbook*. Wiley: New York.
- Martínez, M.J., García, A., Muñoz, F.A., Fernández, S., Parada, E. (2001). "Burn-out". Desgaste Vocacional. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 3: 124-133.
- Maslach, C. (1997). Inventario de Burnout de Maslach: Síndrome de quemado por estrés laboral asistencial. Adaptación española Seisdedos. Madrid: TEA Ediciones.
- Meichenbaum (1985). *Stress Inoculation Training*. New York: Pergamon Press.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. (1986). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Manual*. TEA Ediciones. Madrid.
- Moreno Jiménez, B y Peñacoba Puente, C. (1995). Prevención y control del estrés laboral. *Ansiedad y estrés*, 1 (2-3). 255-264.

- Muñoz, F.A., Alvarez, J.A. (2000). Programa de intervención psico-social para la información a la población en emergencias masivas y catástrofes. *Emergencias*, 12: 41-46
- Parada, E. (1998). Manual de psicología aplicada al salvamento y socorrismo. En Palacios, Iglesias, Zanfaño, Angueira y Parada: *Salvamento acuático, salvamento deportivo y psicología*. A Coruña: Xaniño.
- Peiró, J.M., Ramos, J. y González-Romá, V. (1994). Intervención organizacional para el control del estrés laboral. En J.M. Peiró y J. Ramos (Eds.) *Intervención psicosocial en las organizaciones*. Barcelona: PPU.
- Spielberger, C.D. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources Inc.
- Spielberger, C.D. (1991). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory*. Revised Research Edition. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources Inc.
- Vera, B. (2004) Resistir y rehacerse: Una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva. *Revista de Psicología Positiva*, vol. 1

# EPIDEMIOLOGÍA DEL TEPT EN LOS ATENTADOS DEL 11-S: UN ANÁLISIS CRÍTICO DEL CONCEPTO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

*Beatriz Vera Poseck*

[beveposeck@yahoo.com](mailto:beveposeck@yahoo.com)

## RESUMEN

A raíz de los atentados del 11 de septiembre en las Torres Gemelas del Edificio World Trade Center de Nueva York, USA, la comunidad científica internacional ha vuelto a retomar con énfasis los estudios y teorías en torno al concepto de trauma. La mayoría de los trabajos e investigaciones llevadas a cabo han tenido como objeto central el conocido Trastorno por Estrés Posttraumático.

En esta revisión, se pretende dar una visión más amplia del concepto, a la vez que cuestionar algunas de las asunciones básicas que se han dado como válidas en torno al mismo.

### Palabras clave

Trauma, trastorno por estrés posttraumático, epidemiología

## ABSTRACT

Immediately after the attempts of September 11 in the Twin Towers in the World Trade Center of New York, USA, the scientific international community has returned to recapture emphatically the studies and theories concerning the concept of trauma.

The majority of the works and investigations have taken as a central object the acquaintance

Posttraumatic Stress Disorder. In this review, it is tried to devote a wider vision of the concept, simultaneously that to question some of the basic assumptions that have been given like valid about it.

### Key words

trauma, posttraumatic stress disorder, epidemiology

## INTRODUCCIÓN

La fecha del 11 de septiembre de 2001 ocupará para siempre un lugar destacado en la memoria histórica de la humanidad, y los sucesos acontecidos ese día serán recordados entre los más atroces e infames que ha vivido el hombre. Más allá de esto para la comunidad científica dedicada al estudio de la salud mental esta fecha representa también un importante punto de inflexión, y es que los atentados a las Torres Gemelas de Nueva York han proporcionado a los profesionales un estupendo marco en el que estudiar cómo el ser humano reacciona y se enfrenta a experiencias extremas. Por esta razón, no es ilícito afirmar que la psicología ha

sabido encontrar en este trágico incidente un verdadero filón. Y es que lo ocurrido dejó tras de sí un valiosísimo conjunto de personas afectadas de forma directa e indirecta que la ciencia no ha dudado en aprovechar.

Dar soporte empírico a esta afirmación es tarea fácil, y vamos a hacerlo desde dos perspectivas diferentes, la psicología clínica aplicada y la psicología científico-experimental.

Por un lado, más de 9.000 expertos en consejo y ayuda psicológica se personaron en el lugar de los hechos con el fin de ayudar y apoyar a víctimas y afectados por el atentado, asumiendo de que muchos de ellos desarrollarían patologías postraumáticas si no recibían la atención psicológica inmediata adecuada (McNally, Bryan y Elhers, 2003). Sin embargo, no podemos dejar de resaltar que la demanda real de ayuda psicológica fue bastante menor de lo esperado (Kadet, 2002). Por su parte, el gobierno de los EEUU, anticipando una devastadora epidemia de problemas psiquiátricos, dedicó la friolera suma de 154 millones de dólares a un programa destinado a proveer de ayuda psicológica gratuita a los ciudadanos norteamericanos, conocido como *Project Liberty*, y en el que participan más de 3.000 profesionales de la salud mental (Kadet, 2002). Sin embargo, en mayo de 2003, 90 millones de dólares de los destinados a este proyecto permanecían aún sin ser gastados debido a la baja demanda de ayuda psicológica (Gittrich, 2003). Y mientras el director del proyecto estimó que uno de cada cuatro ciudadanos neoyorquinos iban a necesitar terapia psicológica debido a los problemas emocionales derivados de los atentados, esto es, unos dos millones y medio de personas, en marzo de 2003 sólo algo más

de medio millón habían solicitado ayuda psicológica a este proyecto (Kadet, 2000).

Por otro lado, la investigación científica que ha generado el suceso ha sido abrumadora. La urgente necesidad de evaluar el impacto de lo ocurrido y de comunicar los resultados queda reflejada en el hecho de que numerosos estudios fueron publicados ya en los meses posteriores a los atentados (Resnick et al., 2004). Una búsqueda en la base de datos Medline que incluye términos tales como "11 September 2001", "9/11" y "World Trade Center" arroja un resultado de más de 250 artículos, en poco más de dos años transcurridos. Artículos que tienen como objetivo central comunicar los resultados de la evaluación de los daños psicológicos sufridos (principalmente trastornos por estrés postraumático y depresión) no sólo por las víctimas directas sino por la población norteamericana general. Así, no se puede dejar de resaltar, que la inmensa mayoría de los estudios realizados sobre los ataques hacen referencia a patología, factores de riesgo, sufrimiento... mientras que un porcentaje más que mínimo (véanse Fredrickson et al., 2003; Peterson y Seligman, 2003) han evaluado factores de resistencia, emociones positivas..., siendo, a priori, ambas líneas de investigación igual de interesantes y reveladoras de la condición humana y de su forma de hacer frente a sucesos extremadamente adversos.

De esta manera, los artículos publicados presentan a la comunidad científica y a la opinión pública datos de prevalencia de trastornos psiquiátricos y alertan sobre la necesidad de atención terapéutica en una gran parte de la población norteamericana. Actitud en consonancia con la línea victimizadora y negativa que se tiende a seguir en el estudio

del trauma y que no es sino un reflejo de la propia línea que la psicología general ha venido siguiendo durante los últimos cincuenta años. (Gillham y Seligman, 1999).

Sin embargo, no podemos olvidar que la psicología no es sólo psicopatología y psicoterapia, nos encontramos frente a la ciencia que estudia la mente humana y debemos pedir que se ocupe de todos sus aspectos, no exclusivamente de sus debilidades y trastornos.

Vivir una experiencia traumática es quizá una de las situaciones que más aportan a la vida de una persona. Sin quitar un ápice de la severidad, gravedad y horror de estas experiencias, no podemos dejar de resaltar que es en situaciones extremas cuando el ser humano tiene la oportunidad de volver a construir su forma de entender el mundo y su sistema de valores, tiene la oportunidad de replantear su concepción del mundo y de modificar sus creencias (Janoff-Bulman, 1992), de manera que en esta reconstrucción puede darse, y de hecho se da en muchos casos, un aprendizaje y un crecimiento personal (Calhoun y Tedeschi, 1999). Y es que ante las adversidades y las pérdidas, los seres humanos mostramos una diversidad bastante mayor de emociones y reacciones de lo que los esquemas de la Psicología y la Psiquiatría, pero también la gente normal, han venido transmitiéndonos (Avia y Vázquez, 1998).

Sin embargo, la psicología ha tendido a asumir que todos los acontecimientos adversos dejan heridas psicológicas en las poblaciones, aun cuando no existe base empírica para esta generalización corta de miras y ha tendido a obviar el estudio de fenómenos como la

resiliencia, la personalidad resistente y el crecimiento postraumático.

## **ESTUDIOS TEPT**

Esta tendencia victimizadora queda perfectamente reflejada en los estudios elaborados a partir del 11-S, algunos de los cuales se analizan a continuación:

En el primero de los estudios publicados tras los ataques, sólo dos meses después de los hechos, realizado con 560 ciudadanos norteamericanos se afirma que un 90% presentaba, durante los tres o cuatro primeros días tras el atentado, al menos un síntoma de estrés postraumático leve de una lista de cinco (para evaluar la sintomatología postraumática los investigadores utilizaron una adaptación del "17-Question Posttraumatic Stress Disorder Checklist". Los cinco síntomas descritos fueron: recuerdos, pensamientos intrusivos y recurrentes, dificultades de concentración, irritabilidad o enfado, problemas de sueño y malestar al recordar lo sucedido), un 68% presentaba al menos un síntoma de los cinco evaluados de forma moderada y un 44% presentaba al menos uno de los síntomas en su forma más grave. De estos resultados, los autores concluyen que "incluso aquellos psicólogos que trabajan en Estados y regiones alejados de Nueva York deben estar preparados para asistir a mucha gente con síntomas de TEPT" (Schuster et al., 2001), dejando clara la posición victimista que se ha venido asumiendo tradicionalmente.

Un estudio algo posterior, que evalúa la presencia de sintomatología postraumática en los dos primeros meses tras los ataques en una muestra de 2.273 ciudadanos norteamericanos, revela que la prevalencia de TEPT en el área metropolitana de Nueva York es de un 11,2% y

significativamente mayor que en el resto de las áreas evaluadas. Sin embargo, los autores reconocen que los niveles de aflicción y sufrimiento encontrados en el país se sitúan dentro de los rangos normales (Schlenger et al., 2002)

Otro estudio publicado en 2002, que analiza la prevalencia de TEPT en adultos residentes en Manhattan entre 5 y 8 semanas después de los atentados, revela que nada menos que un 57,8% de los ciudadanos encuestados telefónicamente presentaba al menos un síntoma de PTSD en el último mes, entre los cuales los más comunes fueron memorias intrusivas (27,4%) e insomnio (24,5%) (Galea et al., 2002).

## LOS ESTUDIOS DE GALEA

Una gran proporción de los estudios científicos ha sido coordinada por el psicólogo Sandro Galea, del Centro de Estudios Epidemiológicos Urbanos de la Academia de Medicina de Nueva York y director de los estudios de impacto psicológico del 11-S.

Entre los diferentes estudios publicados por este autor, vamos a centrarnos en dos de ellos, que se encuentran relacionados.

El primero de estos estudios, publicado en marzo de 2002 cuenta con una muestra de 1008 adultos residentes en Manhattan (concretamente en el área 110th Street) entrevistados a través del teléfono durante los días 16 de octubre y 15 de noviembre de 2001. Para evaluar el trastorno de estrés postraumático se utilizó una versión modificada de la entrevista estructurada "Diagnostic Interview Schedule for PTSD". Según esta entrevista y siguiendo los criterios del DSM-IV, para diagnosticar un TEPT es necesario que la persona presente al menos uno de 5 síntomas

de reexperimentación, al menos tres de 7 síntomas de evitación y al menos dos de 5 síntomas de activación, que persistan durante al menos 2 semanas y que hayan aparecido en los últimos 30 días.

El análisis estadístico de los datos arrojó los siguientes resultados. La prevalencia de TEPT fue de un 7.5%, mientras que un 17,3% de los encuestados presentaron sintomatología postraumática subclínica (presencia de síntomas cuya cuantía no alcanza a cumplir criterios de diagnóstico). Sin embargo, como los mismos autores afirman, las evaluaciones prospectivas sobre TEPT en personas afectadas por experiencias traumáticas demuestran que los síntomas de TEPT decrecen de manera sustancial en los tres meses posteriores al suceso. Así, reconocen que quizá es posible que la prevalencia sintomática encontrada en el estudio refleje meras reacciones pasajeras y transitorias de estrés.

Aunque para Galea la alta prevalencia de psicopatología documentada a través de este estudio no debe resultar sorprendente debido a la brutalidad de lo ocurrido. Quizá lo realmente sorprendente sea el hecho de que un 92,5% de las personas (un 82,7% si consideramos los casos subclínicos) no presenten ningún tipo de sintomatología. En realidad no debería importarnos tanto cómo o porqué unos individuos se convierten en víctimas psicológicas, sino cómo o porqué la gran mayoría no corre la misma suerte (Summerfield, 1999b).

El segundo de los estudios, publicado en abril de 2003 tiene como objetivo estudiar la prevalencia del TEPT en la ciudad de Nueva York durante los 6 meses siguientes a los ataques terroristas. El estudio se realizó en tres

fases diferentes (1 mes, 4 meses y 6 meses después de los atentados) con tres muestras distintas (la primera de ellas es la misma que en el estudio anteriormente comentado, la segunda fue entrevistada entre el 15 de enero y el 21 de febrero de 2002 y la tercera entre el 25 de marzo y el 25 de junio), a través de entrevistas telefónicas (realizadas no sólo a personas residentes en Manhattan sino en todo Nueva York). Los análisis estadísticos del estudio revelan que la prevalencia de TEPT desciende desde el 7,5% el primer mes (dato correspondiente al estudio anterior) a un 1,7% el cuarto mes y finalmente a un 0,6% el sexto mes. Como reconocen los autores, estos datos sugieren una rápida resolución de la mayoría de los casos de estrés postraumático en la población general de Nueva York en los 6 meses posteriores a los atentados. Y aunque algunos investigadores han afirmado que los efectos psicológicos del 11-S no van a desaparecer pronto (Schuster et al. 2001), estudios como el de Galea demuestran que esto no es así.

Es importante resaltar que el estudio de Galea presenta un error metodológico fundamental, que hace muy difícil llegar a conclusiones absolutamente válidas, y es el hecho de que las muestras no son las mismas, es decir, no estamos ante un estudio de cohorte, en el que se sigue y evalúa a un mismo conjunto de personas durante un período de tiempo, como sería deseable, sino ante tres muestras distintas evaluadas en tres intervalos de tiempo diferentes, lo que hace difícil establecer conclusiones sólidas. De esta manera, no se puede afirmar con total seguridad que el 7.5% se ha reducido a un 0.6%, ya que no se trata de las mismas personas.

Obviando este importante error y siendo conscientes de que las cifras encontradas no pueden tratarse como absolutas, si es lícito al menos concluir que la idea base, es decir, la disminución de la prevalencia general del PTSD entre el primer y el sexto mes, sean estas las cifras exactas o no, existe. Al tratarse de ensayos controlados aleatorios, la presencia del azar en la elección de las muestras nos permite llegar a conclusiones válidas pues tenemos que entender que los resultados hubieran sido “los mismos” cualquiera que hubiera sido la muestra elegida.

Así, del estudio de Galea se desprende que la mayoría de los trastornos de estrés postraumático diagnosticados se solucionan en un breve lapso de tiempo. Es decir, nos encontramos con que la prevalencia inicial de lo que se considera un TEPT disminuye de forma natural desde un 7.5% a un 0,6% en un periodo de tiempo de 6 meses. En este sentido, estamos hablando del primer trastorno que se cura con el mero paso del tiempo. Creo que, en este punto, se hace inminentemente necesaria una revisión del mismo concepto de TEPT que se ha venido manejando hasta ahora. Si continuamos manteniendo que el TEPT se da en un 7.5% de los sujetos el primer mes y en un 0.6% a los 6 meses, estamos afirmando consecuentemente que nos encontramos ante uno de los trastornos más raros que existen, ya que un sujeto diagnosticado con un TEPT y catalogado como enfermo mental en un primer momento pasaría a no serlo en menos de 6 meses sin ningún tipo de ayuda profesional. De esta manera, si en un primer mes 7 de cada 100 personas podrían haber sido diagnosticadas con un TEPT y catalogadas como enfermas mentales y necesitadas, consecuentemente, de tratamiento, el estudio

de Galea demuestra que 6 meses después (ya a los 4 meses disminuye a 2 de cada 100) ni siquiera una persona de cada 100 alcanza los criterios para ser diagnosticada con un TEPT. Y aunque, insistimos, no se trata de un estudio de cohorte, a nivel de prevalencia si podemos tomar como imagen relativa que 6 personas de las 7 que tenían este trastorno se han recuperado, presumiblemente, de forma natural (si tenemos en cuenta que la demanda real de asistencia psicológica tras el 11-S ha sido muy baja).

Dado que el principio de parsimonia debe regir la ciencia, parece lógico al menos sugerir la posibilidad de que quizá haya una explicación más sencilla a estos datos. Y en este sentido, puede que sea mucho más adecuado pensar que esta prevalencia de 7,5% refleja parte de un conjunto de reacciones iniciales normales ante un suceso extremadamente adverso, que erróneamente se han considerado como síntomas patológicos y se han agrupado para convertirlos en un trastorno psiquiátrico. Y es que no parece extraño pensar que una persona enfrentada a un acontecimiento traumático, directa o indirectamente, experimente pesadillas, recuerdos recurrentes, sintomatología física asociada... La gran mayoría de las respuestas de aflicción y sufrimiento experimentadas y comunicadas por las víctimas son normales, incluso adaptativas. Insomnio, pesadillas, memorias intrusivas (algunas de las conductas y pensamientos tomados como síntomas de PTSD) reflejan facetas de respuestas normales frente a sucesos anormales (Summerfield, 2000).

## **TRAUMA Y TRASTORNO, ¿SIEMPRE UNIDOS?**

La vivencia de un suceso traumático supone para el sujeto un choque con aquello que más teme, la muerte, y la puesta en peligro de su integridad física. Las reacciones que este sujeto experimenta de forma natural y consecuente a los mecanismos de supervivencia propios de cualquier ser vivo no pueden ser directamente etiquetadas como síntomas patológicos, de la misma manera que cuando estas reacciones no están presentes no puede afirmarse, como se tiende a hacer, que nos encontremos frente a una negación-evitación que dará lugar a posteriores desarrollos patológicos graves, ya que esta afirmación no tiene fundamento científico alguno.

Se tiene la impresión de que aquel que sufre un hecho traumático tiene que tener algún tipo de alteración. Esta es una creencia que hay que abandonar, es necesario admitir que trauma no es igual automáticamente a situación psicopatológica, así como es absolutamente crucial asumir que la angustia o el sufrimiento de por sí no son trastornos psicológicos (Summerfield, 1999b).

La creencia de que existe una respuesta universal al trauma y que por lo tanto existe un conocimiento estandarizado de dicho trauma que puede enseñarse (Summerfield, 1999b) ha llevado a la comunidad científica a elaborar modelos generales de respuesta que olvidan que la complejidad de las reacciones humanas va más allá de los estereotipos ramplones impuestos por muchas de las teorías vigentes (Avia y Vázquez, 1998).

Una vez que se acepta que existe una respuesta universal al trauma, es fácil asumir que los cuestionarios y modelos occidentales

pueden aplicarse en el mundo entero. Sin embargo, el uso indiscriminado de cuestionarios y listados de síntomas para evaluar sintomatología postraumática genera una enorme cantidad de sobreestimación de los casos psiquiátricos y de la consecuente necesidad de ayuda psicológica (Summerfield, 2000). En este sentido, lo ocurrido en Estados Unidos (quizá el país donde la intervención psicológica es más aceptada por la población y donde incluso visitar a un psicólogo es un signo de distinción) con el *Project Liberty* es un claro ejemplo de ello.

En un estudio realizado con 41 médicos que intervinieron en labores de rescate y auxilio en un atentado con bomba que mató a 29 personas hiriendo a unas 300, a los que se pasó un cuestionario estructurado para medir TEPT, los resultados revelaron que un 25% de estos médicos tenían un trastorno de estrés postraumático,. Aunque los mismos autores reconocen que este porcentaje probablemente declinará en pocos meses (Firth-Cozens, Midgley y Burges, 1999). A este estudio, Summerfield responde alegando que las conclusiones a las que llegan sus autores son completamente ingenuas. Para Summerfield, los modelos del trastorno por estrés postraumático fallan estrepitosamente al distinguir entre estrés subjetivo y patología objetiva, dando lugar a que la mayoría de los casos diagnosticados con PTSD representan una mera pseudocondición (Summerfield, 2000). La tendencia de los modelos del trauma a transformar lo social en biomédico. Esta tendencia inapropiada a medicalizar la respuesta humana.

En otro estudio realizado por la AMREF (African Medical and Research Foundation) con cuestionarios psicológicos administrados a

población rwandesa que había sobrevivido a las terribles masacres de 1994 y habían perdido familiares y amigos, se encontraron rasgos característicos de TEPT hasta en un 90% de los casos, reflejada en “síntomas” como problemas de sueño, problemas de memoria, falta de concentración, tristeza, ideas de suicidio... Sin embargo, un 51% de estas personas declaró que no se encontraban tristes la mayor parte del tiempo, el 77% tenía intereses en actividades como el trabajo y el juego, el 46% se sentían capaces de hacer cosas y el 75% se sentían capaces de proteger a su familia y a sí mismos. (Summerfield, 1999b). Si consideramos estas respuestas, en lugar de sólo las referidas a síntomas de TEPT, nos encontramos ante una situación distinta, con una postura mucho más activa, de resistencia y reconstrucción.

Se podría argumentar que los trastornos del sueño y las pesadillas, como un ejemplo característico de síntomas de TEPT, reflejan una faceta de la respuesta humana universal a los acontecimientos traumáticos, y puede ser cierto, la cuestión es si dicha respuesta significa lo mismo para todas las personas y si puede ser tomado como un síntoma en todos los casos. Para un ser humano, unas pesadillas violentas y recurrentes pueden resultar irrelevantes, reconocidas solamente en caso de preguntas directas; para otro puede indicar una necesidad de acudir a un centro profesional de ayuda sanitaria; para un tercero, puede representar un mensaje de ayuda de parte de sus ancestros (Summerfield, 1999b).

En un estudio realizado con un pequeño grupo de campesinos desplazados por la guerra de Nicaragua, todos supervivientes de atrocidades, se encontró con que muchas de las conductas y sentimientos encajaban en los

síntomas y criterios de un TEPT, tenían miedo, estaban afligidos, cansados...pero no era algo a lo que los sujetos prestaran atención, sólo lo comentaban al ser interrogados. En su día a día eran activos, eficientes en el mantenimiento de su vida social de la mejor forma que podían frente a la pobreza y las amenazas continuas de nuevos ataques (Summerfield y Toser, 1991).

Para autores como Summerfield la historia del concepto del trastorno de estrés postraumático es un claro ejemplo del importantísimo rol de la sociedad y la política en el proceso de invención más que de descubrimiento de algunas categorías diagnósticas psiquiátricas (Summerfield, 2001). Es indudable que a toda categoría diagnóstica patológica subyacen procesos sociales, pero quizá esto se haga más patente en casos como el TEPT. Y es que no puede negarse que la inclusión de este trastorno en la diagnosis clínica y su evolución como categoría diagnóstica ha supuesto la aparición de una gran industria que se beneficia de dicho trastorno.

Basta con explorar los orígenes de la aparición del trastorno en la diagnosis clínica para darse cuenta de esto. Así, el TEPT es un legado de la participación americana en la guerra del Vietnam (Summerfield, 1999a). Las consecuencias negativas que esta guerra tuvo sobre la opinión pública llevó a utilizar la nueva categoría TEPT para transformar a los combatientes en víctimas traumatizadas y destrozadas por la guerra, consiguiendo desviar la atención de la opinión pública y evitando así calificaciones negativas hacia su comportamiento durante la guerra. De esta manera, el TEPT es utilizado para legitimizar la condición de víctimas de los soldados que regresan de una malograda guerra,

consiguiendo exculparles moralmente y garantizándoles una pensión económica.

Allan Young en su libro *The Harmony of Illusions* también desarrolla una idea similar. Para este autor, el concepto de TEPT es erróneo. El trastorno no es atemporal, no es algo que haya existido siempre y que el hombre haya descubierto, es un producto histórico y social al que el hombre ha ido dando forma a través de las prácticas, tecnologías y narrativas con las que el trastorno es diagnosticado, estudiado, tratado y representado y a través de un conjunto de intereses, instituciones y argumentos morales que han ayudado a moldear la etiqueta diagnóstica hoy conocida como TEPT (Young, 1995). Con esto, Young no niega la existencia del trastorno ni su realidad, lo que afirma es que ha sido construido, *hecho real* por el hombre.

El TEPT es una categoría epistemológicamente objetiva (la gente la sufre), pero ontológicamente subjetiva (es el resultado de un elaborado proceso histórico reflejado en la construcción y desarrollo del DSM) (Cabrera-Abreu, 2001).

La categorización del TEPT contiene muchas connotaciones subjetivas, de hecho, esto no es específico del concepto de estrés postraumático, en realidad puede ser aplicado a todas las categorías diagnósticas del DSM o el CIE (Kaz de Gong, 2001).

La base fundamental de la evaluación y el diagnóstico en psicología y psiquiatría es la creencia de que toda categoría diagnóstica es objetiva y existe independientemente de nosotros. El hombre no ha hecho más de descubrir algo que ya existía. Sin embargo, es imposible aceptar esta afirmación. La normalidad-anormalidad viene delimitada por los usos sociales, políticos y económicos de un

momento histórico determinado. Somos nosotros, como sociedad, quienes decidimos qué es patológico y qué es normal, no descubrimos una categoría diagnóstica, la inventamos, en lo que podemos llamar el proceso de construcción social de la enfermedad mental.

Como perspicazmente reflexiona Summerfield, con cada nueva edición del DSM algunos trastornos son añadidos por primera vez (¿dónde estaban antes?) y otros son eliminados (¿dónde van ahora?). Este sencillo y veraz dato no es sino un claro reflejo de que las categorías diagnósticas son, ante todo, una forma de entender las cosas, un estilo de razonamiento. Podemos encontrar un claro ejemplo de esta afirmación en la homosexualidad. No mucho tiempo atrás considerada como un trastorno mental en toda regla, hoy en día es considerada normal. La homosexualidad existe de la misma manera que existía entonces, pero los usos sociales han transformado una enfermedad mental en una elección sexual absolutamente normal.

Este uso social de las categorías diagnósticas se manifiesta, quizá, de manera mucho más perceptible en el TEPT y puede ser puesto en evidencia con más facilidad que en otros trastornos. Y es que la concepción que del hombre y su existencia tenemos en las sociedades occidentales (o del Oeste) dista mucho de la que tienen en otras culturas. El TEPT es una realidad, pero una realidad que hemos construido en el mundo occidental, que no tiene por qué tener el mismo nivel de realidad fuera de nuestras fronteras. Por ejemplo, el concepto de post-traumático, es decir, posterior a un trauma, suena a chino cuando se aplica a países en guerra o conflicto permanente, en los que no hay una situación

segura a la que regresar tras el suceso. Como reconoce la psicóloga chilena Elizabeth Lira, “Para nosotros, la palabra “post” traumático reemplaza algo que no existía, ya que estábamos viviendo esa situación constantemente”, “La discusión sobre el TEPT es muy interesante, pero siempre ha sido una discusión lejana. Para nosotros no tuvo ni tiene hoy un significado específico” (Ibáñez y Díaz, 1999).

Así, la evidencia más consistente de que la categoría TEPT es una entidad hecha realidad por la sociedad occidental es el hecho más que demostrado de que los intentos de aplicarla en otras sociedades falla. Por ejemplo, un estudio realizado con un grupo de 43 personas refugiadas en Sri Lanka expuestas a un ataque aéreo a las que se les pasó una entrevista estructurada sobre sintomatología postraumática revela que un 74% de esta población experimentó reacciones inmediatas pero transitorias de estrés, mientras que un 44% presentó un cuadro patológico diagnosticable como PTSD (DSM-III) (Somasundaram, 1996). Sin embargo, ninguna de estas personas se consideró psicológicamente enferma ni demostró malestar subjetivo alguno, entendiendo sus “síntomas” como una parte inevitable de la guerra. Para el autor, esta forma de pensar es errónea, y la atribuye a una carencia de conciencia psicológica o a una negación debida al estigma social de la enfermedad mental presente en estas culturas. Cuando quizá el problema no sea otro que el hecho de que las etiquetas psiquiátricas utilizadas en occidente no sean válidas para el resto del mundo.

Otro estudio realizado con 245 adultos en Sierra Leona, tras un período de intensa violencia en enero de 1999 encuentra que un 99% de los afectados puntúa alto en la Impact

of Event Scale, lo que implica, según los autores, la existencia de PTSD severo. Y aunque reconocen que la escala no se ha validado para culturas africanas, también afirman que parece adecuado generalizar los resultados ya que la escala ha demostrado su validez (Kaz de Jong, 2000).

Uno de los mayores problemas del intento de aplicar los modelos occidentales al resto del mundo es que son precisamente estas sociedades occidentales quienes tienen una representación mucho menor en el mundo que el resto de culturas y sociedades. Además, como bien rezaba una no muy lejana campaña publicitaria, “en algunos países todos los días es 11 de septiembre” y desgraciadamente, no por casualidad, dichos países no son occidentales. Por esta razón, dada la gran cantidad de ocasiones en que profesionales de culturas occidentales se desplazan a países en los que es necesaria la presencia de ayuda psicológica tras algún tipo de conflicto, desastre natural o catástrofe, es de vital importancia darse cuenta de la relatividad de nuestras concepciones sobre el trauma y sus consecuencias y del peligro de llevarse el DSM-IV bajo el brazo. Desgraciadamente, es muy común aplicar los estereotipos occidentales de sufrimiento y trauma a culturas diferentes y es muy fácil caer en graves errores al etiquetar como patológicas conductas y sentimientos que en ningún caso son así entendidas por estas comunidades.

## **LA HIPÓTESIS DE SUMMERFIELD**

Summerfield, uno de las voces más críticas del PTSD, encuentra que son siete las principales asunciones erróneas que los profesionales de la salud mental occidentales mantienen acerca del trauma (Summerfield, 1999a), y aunque en

todos los casos hace referencia a situaciones de guerra y violencia política, ya que es su campo de investigación, estas asunciones pueden fácil y claramente aplicarse a la psicología del trauma en general:

Hay determinadas situaciones que por su gravedad y atrocidad causan no sólo sufrimiento sino trauma.

Existe una respuesta humana básica y universal ante sucesos extremadamente estresantes.

Una gran cantidad de víctimas traumatizadas necesitan de ayuda profesional.

Los modelos de trauma elaborados por la sociedad occidental son válidos para todas las sociedades y culturas del mundo.

Existen grupos e individuos más vulnerables que necesitan de ayuda profesional.

En situaciones de emergencia es necesaria una intervención inmediata para prevenir posteriores patologías.

Los trabajadores locales están demasiado abrumados y son muy vulnerables a la traumatización.

Más allá de esto, es preciso hacer hincapié en el hecho de que también en las propias culturas occidentales el concepto de TEPT falla, al mostrarse incapaz de distinguir la patología de la normalidad. Así, es conveniente recordar que este trastorno tiende a ser sobre-utilizado y que los criterios diagnósticos conocidos como síntomas deben ser objeto de exhaustivo análisis.

La evolución que en el DSM ha sufrido el concepto de TEPT desde su inclusión a comienzos de los años 80 hasta hoy demuestra de qué forma se ha ido ampliando el espectro de potenciales afectados y cómo se ha ido acomodando el diagnóstico para lograr una mayor posibilidad de cumplimiento de los

criterios en personas afectadas por sucesos extremos. En este sentido, los criterios que conforman el TEPT son muy ambiguos (Young, 1995) y han sido elaborados de forma tal que casi cualquier persona, convenientemente preguntada, puede cumplir algunos de estos criterios.

La reformulación del TEPT realizada con la aparición del DSM-III no hace sino reflejar y apoyar la expansiva industria del trauma (Summerfield, 2000). Así, según el criterio A, cualquier experiencia es potencialmente traumática (frente a manuales anteriores en los que se especificaba el tipo de experiencia que potencialmente causa un trauma). Esta flexibilización del criterio, que aparentemente mejora y optimiza el diagnóstico, tiene una cara oculta, y es que al eliminar los límites de la experiencia, cualquier situación puede elicitar un TEPT, por lo que se amplía enormemente la aplicabilidad del trastorno.

Los criterios centrales del trastorno: B (reexperimentación del suceso de forma persistente) C (evitación de estímulos relacionados con la situación vivida) y D (síntomatología física asociada) se basan en los conceptos de recurrencia e intrusividad, cuando en ningún momento quedan establecidos sus parámetros, dando lugar a una subjetividad tal que impide distinguir correctamente lo patológico de lo normal y permitiendo que el diagnóstico sea realizado en ausencia de disfunción objetiva (Summerfield, 2001).

En este sentido, como señala Young, las categorías diagnósticas del DSM siguen un patrón en el que los criterios centrales para el diagnóstico (en el caso del TEPT criterio B de reexperimentación, criterio C de evitación y criterio D de activación) son de por sí

extremadamente ambiguos, razón por la cual cada uno de estos criterios tiende a estar conformado por una serie de criterios auxiliares que ayudan al profesional a especificar y delimitar el diagnóstico (en el caso del TEPT, la reexperimentación puede darse a través de recuerdos intrusivos, pesadillas, flashbacks..., la evitación puede ocurrir en base a pensamientos, recuerdos, intereses... y la activación psicofisiológica puede manifestarse a través de sueño, ira, concentración, hipervigilancia...). El problema es que los criterios auxiliares suelen tener un nivel de ambigüedad y vaguedad sólo algo menor que los centrales, con el inconveniente añadido de que carecen de nuevos criterios sub-auxiliares que ayuden a clarificarlos (Young, 1995) por lo que requieren necesariamente de la interpretación del profesional. Así, la falta de especificidad en el TEPT hace impreciso distinguir entre las respuestas normales de estrés y las respuestas patológicas.

Por ejemplo, un estudio realizado por el ECHO en Bosnia y Croacia, incluye la soledad, la ira, los sentimientos de temor, el sentirse perdido o desorientado y el llanto frecuente como síntomas traumáticos (Agger y Mimica, 1996). Tales definiciones indiscriminadas y expansivas naturalmente confirman la presencia de sintomatología postraumática en una gran cantidad de personas y proveen de una excelente base para asegurar que la necesidad de ayuda terapéutica es inmediata.

Estas asunciones tienden a tomar reacciones normales por patologías mentales, objetivizan el sufrimiento, re-etiquetándolo como un trastorno y asumiendo la necesidad de ayuda de profesionales.

## REPERCUSIONES EN LA SOCIEDAD

Una de las peores repercusiones que el mal uso del concepto de estrés postraumático tiene en nuestra sociedad tiene que ver con la opinión pública.

Han aparecido de forma repetida en los medios de comunicación opiniones relativas al estrés postraumático como una “epidemia escondida”, sugiriendo de esta forma una entidad tan real y concreta como un agente infeccioso y tan capaz como éste de causar patologías a gran escala que, además, no desaparecen con el paso del tiempo (Summerfield, 1999). Todos hemos tenido ocasión de comprobar esto tanto en el más lejano 11-S como en los atentados ocurridos en Madrid el 11-M, cuando las televisiones se llenaron de profesionales de la salud mental alertándonos de las potenciales patologías y traumas que iba a desarrollar la ciudadanía madrileña. De esta forma, la palabra trauma pasa a formar parte del vocabulario cotidiano de la población y se perpetúa la cadena victimista y la visión del ser humano como débil y necesitado de ayuda.

Finalmente, no podemos dejar de resaltar que junto al trastorno de estrés postraumático existe otra categoría diagnóstica que, habiendo alcanzado un nivel de popularidad mucho menor que el primero, también merece un

estudio detenido. Se trata del trastorno por estrés agudo, cuyas característica fundamental es el hecho de que se diagnostica en los primeros momentos tras el acontecimiento traumático. En este trastorno la línea patología-normalidad es aún, si cabe, mucho más delgada y aunque existen muy pocos estudios con poblaciones afectadas de este trastorno, los altos niveles de prevalencia que pueden aparecer dada la ambigua definición de los criterios diagnósticos deben mantenernos alerta.

En fin, deberíamos exigir, ya que hay suficientes datos que permiten afirmar que el concepto de estrés postraumático es arbitrario y superficial y se muestra ineficaz a la hora de diferenciar la patología objetiva del malestar subjetivo, una definición mucho más exacta del concepto de trauma que consiga separar de forma clara lo normal de lo patológico y hacer así de la psicología una ciencia más rigurosa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agger, I. y Mimica, J. (1996). Psychosocial assistance to victimis of war in Bosnia-Herzegovina and Croatia. Zagreb: ECHO/ECTF
- Avia, M.D.y Vázquez, C. (1998). Optimismo inteligente. Madrid: Alianza Editorial

- Cabrera-Andreu, C. (2001). Question about current status of psychiatric classification system arise. Letters. British Medical Journal, 322, 1303
- Calhoun, L.G. y Tedeschi, R.G. (1999). Facilitating posttraumatic growth. A clinician`s guide. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Assoc. Inc.
- Firth-Cozens, J., Midgley, S.M. y Burges, C. (1999). Questionnaire survey of PTSD in doctors involved in the Omagh bombing. British Medical Journal, 319, 1069
- Fredrickson, B.L., Tugade, M.M., Waugh, C.E. & Larkin, G.(2003). What good are positive emotions in crises?: A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. Journal of Personality and Social Psychology, 84, 365-376
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J. y Vlahov, D. (2002). Psychological sequelae of the September 11<sup>th</sup> terrorist attacks in New York City. The New England Journal of Medicine, 346(13), 982-98
- Galea, S., Resnick, H., Ahern, J., Gold, J., Bucuvalas, M., Kilpatrick, D., Stuber, J. y Vlahov, D. (2002). Posttraumatic stress disorder in Manhattan, New York City, after the September 11th terrorist attacks. Journal of Urban and Mental Health, 79, 340-353
- Galea, S., Vlahov, D., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., Bucuvalas, M. y Kilpatrick, D. (2003). Trends of probable post-traumatic stress Disorder in New York City after the September 11<sup>th</sup> terrorist attacks. American Journal of Epidemiology, 158(6), 514-524
- Gillham, J.E. & Seligman, M.E.P. (1999). Footsteps on the road to positive psychology. Behaviour Research and Therapy, 37, 163-173
- Gittrich, G. (2003). 9/11 trauma aid in limbo. New York Daily News, May 27<sup>th</sup> <http://www.nydailynews.com/05-27-2003/front/v-pfriendly/story/87199p-79357c.html>
- Ibáñez, V. y Díaz, D. (1999). La respuesta social y comunitaria en las situaciones de guerra y violencia organizada. Discusión. En: Pérez Sales, P. (coord.) Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política. Madrid, Exlibris
- Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered Assumptions. New York, The Free Press
- Kadet, A.(2002). Good grief!. Smart Money, june 2002
- Kaz de Jong, M.M. (2000). The trauma of war in Sierra Leone. Lancet, 355,2067-2068

- Kaz de Jong, M.M. (2001). Uses and abuses of the concept of trauma: A response to Summerfield. The Refugee Experience. [http://earlybird.geh.ox.ac.uk/rfgexp/rsp\\_tre/student/uses/toc.htm](http://earlybird.geh.ox.ac.uk/rfgexp/rsp_tre/student/uses/toc.htm)
- McNally, R.J., Bryant, RA., Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4 (2)
- Peterson, C. & Seligman, M.E.P.(2003). Character strengths before and after september 11. *Psychological Science*, 14(4), 381
- Resnik, H., Galea, S., Kilpatrick, D. y Vlahov, D. (2004). Research on trauma and PTSD in the aftermath of 9/11. *PTSD Research Quarterly*, 15(1)
- Schlenger, W.E., Caddell, J.M., Ebert, L., Jordan, B.K., Rourke, K.M., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, J.M., Fairbank, J.A. y Kulka, R.A.(2002). Psychological reactions to terrorist attacks. Findings from de National Study of Americans´reactions to September 11. *Journal of American Medical Association*, 288, 581-588
- Schuster, M.A., Stein, B.D., Jaycox, L.H., Collins, R.R., Marshall, G.N., Elliot, M.N., Zhou, A.J., Kanouse, D.K., Morrison, J.L. y Berry, S.H. (2001). A national survey of stress reactions after the september 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345(20), 1507-1512
- Summerfield,D.(1999a). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social Science and Medicine*, 48(10), 1449-1462
- Summerfield. D. (1999b). Una crítica de los proyectos psicosociales en poblaciones afectadas por la guerra basadas en el concepto de trauma psicológico. En: Pérez Sales, P. (coord.) *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política*. Madrid, Exlibris
- Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, 322, 95-97
- Summerfiled, D. y Toser, L. (1991). "Low intensity" war and mental trauma in Nicaragua: A study in a rural community. *Medicine and war*, 7, 84-99
- Young, A. (1995). *The Harmony of Illusions*. New Jersey: Princeton University Press



# *Cuadernos de* **CRISIS**

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

<http://www.cuadernosdecrisis.com>

[direccion@cuadernosdecrisis.com](mailto:direccion@cuadernosdecrisis.com)