

Asistencia e intervención en crisis para bomberos: Presentación de un caso.

Anna Subirà Sender

Psicòloga de la Direcció General de Prevenció, Extinció d'Incendis i Salvament

Mail: anna.subira@gencat.cat

Introducción

La asistencia e intervención en crisis para el personal operativo del Cuerpo de Bomberos de la Generalitat de Catalunya, se reguló por decreto¹ en 2007 y está en funcionamiento desde 2008, a cargo del Equipo de Asistencia e Intervención en Crisis (EAIC), el cual depende de la Unidad de Grupo de Emergencias Médicas (GEM).

La función principal del EAIC es prestar asistencia psicológica a los miembros del cuerpo de bomberos y otro personal operativo cuando, durante la intervención en una emergencia, se produce un incidente crítico que puede provocar secuelas psicológicas en el personal implicado.

La metodología de intervención del EAIC, salvo especificidades relacionadas con el tipo de incidente y las personas afectadas, generalmente consiste en sesiones de apoyo en grupo y/o en asistencias individuales, según el modelo americano de gestión del estrés por incidente crítico².

Una de las normas indispensables para llevar a

cabo este cometido es la confidencialidad absoluta sobre todo aquello que los afectados manifiestan tanto durante las sesiones en grupo como en las sesiones individuales. Por este motivo, algunos detalles del caso que aquí se expone han sido omitidos, así como nombres de lugares y personas.

1. Asistencia e intervención en crisis

Tipo de emergencia: Accidente de tráfico con heridos y/o atrapados.

Descripción del accidente: Choque entre dos vehículos. Uno de los vehículos cae por un desnivel resultando muertos los cuatro ocupantes de una misma familia (dos adultos y dos niños de 4 y 1 años). El ocupante del otro vehículo es evacuado en estado grave al hospital.

Incidente crítico: Muerte de víctimas sensibles (niños)

Intervención:

A los dos días del incidente, se llevó a cabo una sesión de apoyo en grupo, para las dotaciones de los tres parques de bomberos que estuvieron

1 DECRET 183/2007, de 28 d'agost, d'estructuració de la DGPEiS del Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació i d'organització operativa i territorial del cos de bombers de la Generalitat de Catalunya (DOGC núm. 4958 – 30/08/2007)

2 Critical Incident Stress Management (CISM). Mitchell, J. T. & Everly, G. S. Jr.

interviniendo en el accidente. La sesión fue conducida por una psicóloga del EAIC-GEM, duró 3 horas y asistieron 10 personas.

La sesión se desarrolló en formato PEGS (Powerful Event Group Support)³ y, de acuerdo con el protocolo, después de haber proporcionado información sobre el estrés, consejos para manejarlo y teléfono de contacto por si alguien necesitaba ayuda adicional, se cerró sin haber detectado ningún caso que necesitara asistencia individual en aquel momento.

Seguimiento

Cuatro meses después de la sesión, se lleva a cabo el seguimiento mediante llamadas telefónicas.

La mayoría manifiestan que se encontraron mejor los primeros días después de la sesión, excepto dos personas que refieren haber estado peor⁴, y actualmente todos se sienten igual que antes del incidente.

A la pregunta "*¿Qué te fue más útil de la sesión?*" la respuesta más común es "*ver que todos estábamos igual, que no era el único afectado*".

Todos encuentran útil y suficiente la información sobre el estrés que se les proporcionó durante la sesión.

Durante la exploración no se observa

³ Anteriormente denominada CISD – Critical Incident Stress Debriefing

⁴ Se considera normal el empeoramiento de los síntomas después de una sesión y, de hecho, se avisa a los participantes de que esto puede ocurrir. En cualquier caso, no es debido a la participación en la sesión, sino a la fluctuación de intensidad de los síntomas que tiene lugar durante los días siguientes al incidente crítico.

sintomatología postraumática residual y respecto a la pregunta "*¿Qué piensas ahora de la experiencia vivida?*" la respuesta es común a la gran mayoría: "*He aprendido de la experiencia.*"

2. Asistencia individual

Aproximadamente unos 20 días después del incidente, uno de los afectados se pone en contacto con el EAIC-GEM para pedir asistencia.

1ª sesión:

El motivo de consulta se centra en la presencia de pesadillas que no han cesado desde entonces. Además se siente apático y no tiene ganas de hacer nada. Es mando intermedio y últimamente tiende a analizar su actuación en las intervenciones con cierto exceso de preocupación. Además en su turno tiene una persona conflictiva que no sabe como manejar. Esta situación contribuye a añadir dudas sobre su competencia como mando.

Exploración de las pesadillas: En los días posteriores al incidente tuvo imágenes intrusivas sobre el accidente, que fueron desapareciendo. Refiere extrañado que el contenido de las pesadillas actuales no tiene nada que ver con el accidente, pero sí que las tiene desde entonces. En sus sueños aparecen compañeros suyos, de otros turnos o parques de bomberos, que acaban de sufrir accidentes graves; las imágenes son muy impactantes (amputaciones, fracturas abiertas...). Los sueños los ve como "desde fuera", él no participa en la intervención, excepto alguna vez.

Preguntándole sobre incidentes críticos anteriores, explica la muerte de un bombero durante una intervención, hace bastantes años. Lo pasó muy mal entonces, pero cree tenerlo

superado. Le explico que es posible que esa experiencia traumática del pasado no estuviera superada realmente, sino en estado latente y que, si así fuera, la experiencia crítica actual puede haber actuado como desencadenante de la sintomatología postraumática relacionada con el incidente de años atrás.

Para el abordaje terapéutico establecemos dos focos a tratar: en primer lugar el incidente crítico por la muerte de un bombero en el pasado y, en segundo lugar, el exceso de preocupación actual sobre su competencia como mando.

2ª sesión

Para el tratamiento de la sintomatología postraumática relacionada con el incidente crítico de hace años, utilizamos la técnica EMDR⁵ (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing), aplicando el protocolo en 8 fases.

Construimos lugar seguro durante la *fase de preparación*.

Durante la *fase de evaluación* montamos la diana sin creencia positiva, dadas sus dificultades para expresar nada positivo relacionado con la experiencia:

- a) Imagen: Relacionada con el incidente.
- b) Creencia negativa: "No quiero estar ahí"
- c) Creencia positiva: Ausente. VOC(1-7) = No valorable.
- d) Emoción: "Hundimiento, tristeza".
SUDS(0-10) = 8
- e) Sensación corporal: "Flojera por todo el cuerpo"

Para cerrar sesión completa los SUDS deberán bajar a 0 y el VOC deberá alcanzar el 7.

Iniciamos *fase de desensibilización* con estimulación táctil ("tapping" en rodillas).

Durante la primera tanda de estimulaciones se va desarrollando toda la experiencia vivida hasta el momento del entierro, con dos abreacciones: una de rabia y otra de llanto que le impide hablar. Al final de esta primera tanda los SUDS(0-10) están entre 2 y 3.

La segunda tanda de estimulaciones transcurre con las imágenes más ligeras, menos intensas y más rápidas, sin tanta angustia, sin sensación de esfuerzo cuando recuerda partes de su vivencia realizando tareas en el lugar del incidente. Esta tanda termina también con el final del entierro y los SUDS valorados en 0.

Al final de la fase de desensibilización, es capaz de verbalizar "*He aprendido de esta experiencia e intento evitar a mi personal que viva situaciones similares*".

En la *fase de instalación*, tomamos esta reflexión como creencia positiva con un VOC que fácilmente alcanza el 7.

En la *fase de chequeo corporal* refiere tensión en las piernas (SUDS corporal = 3-4) que logramos reducir a SUDS=0 mediante estimulación.

Cerramos sesión completa.

3ª sesión

La *fase de seguimiento* la llevamos a cabo después de una semana. Se encuentra muy bien. Prácticamente ni siquiera ha soñado durante estos días. Piensa que tendría que haberlo hecho

⁵ Desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular. Francine Shapiro.

antes.

Dedicamos el resto de la sesión a hablar sobre el rol del mando intermedio y las situaciones de conflicto con las que se encuentra, a fin de buscar una situación concreta sobre la que trabajar el segundo foco de la terapia con EMDR.

4ª sesión

Iniciamos la sesión con el objetivo de abordar sus sentimientos de duda sobre su capacidad como mando intermedio. Después de un tiempo intentando montar diana decidimos que no hay nada a tratar: No hay imagen, ni creencia negativa, ni emociones perturbadoras... solamente expresa con convicción creencias positivas: *"Cada vez tengo más autocontrol. No tengo miedo de afrontar cualquier situación. He ganado mucho."*

Reflexionamos acerca de lo ocurrido. El impacto de las imágenes, entre otras características de la situación, despertó la experiencia traumática latente, de modo que surgió un paralelismo entre las dos en el momento de procesar la experiencia actual. Sólo que la experiencia de hace años la vivió como bombero, bajo las órdenes de un mando que no tuvo mucha sensibilidad con lo ocurrido, mientras que la experiencia presente la ha vivido como mando.

Así, podemos ver como en el contenido de las pesadillas se mezclan elementos de las dos experiencias: *"En sus sueños aparecen compañeros suyos, de otros turnos o parques de bomberos, que acaban de sufrir accidentes graves (experiencia anterior: un bombero muere en un accidente); (...). Los sueños los ve como "desde fuera", él no participa en la intervención (experiencia actual: la función de mando requiere*

analizar el escenario de la emergencia desde una perspectiva que permita organizar y coordinar efectivos).

Este hecho explicaría, por un lado, sus dudas actuales sobre sus competencias como mando y, por otro, porqué una vez desensibilizado y reprocesado el trauma anterior, se han disipado sus dudas al respecto y han aumentado su autoconfianza, autocontrol y seguridad.

5ª sesión: seguimiento

Al cabo de un mes llevamos a cabo una visita de seguimiento. Se siente muy bien y duerme muy bien por la noche. Además, el problema que tenía con una persona conflictiva en su turno se ha normalizado, incluso esta persona ha cambiado su actitud respecto a él.

Se encuentra recuperado totalmente con lo cual damos el caso por cerrado.

Conclusión

La asistencia e intervención en crisis para personal de emergencias es una herramienta muy útil para la prevención de los efectos psicológicos negativos tras un incidente crítico. A su vez, también resulta adecuado para el cuidado de la salud mental del profesional, ya que la asistencia que proporciona el EAIC-GEM permite, por un lado, que el psicólogo detecte personas que necesitan ayuda profesional y, por otro lado, que el personal implicado disponga de teléfonos y datos de contacto por si quiere pedir asistencia, ya sea relacionada con el incidente actual o con incidentes anteriores.

Las sesiones de apoyo en grupo proporcionan al personal un espacio donde expresar y escuchar, lo cual permite deshacer la sensación de

individualidad ("Solamente me ha afectado a mi...") y normalizar las reacciones de estrés al incidente ("Todos estamos pasando por lo mismo..."), facilitando el verlas como *reacciones normales de personas normales a una situación que no es normal*. Los miembros del grupo dan y reciben apoyo entre ellos, lo cual cohesiona el equipo de trabajo para que vuelva a ser operativo.

Por otro lado, la utilización de la técnica EMDR permite, en muchos casos, un abordaje rápido y efectivo del estrés postraumático provocado por

un incidente crítico, facilitando que la persona afectada pueda incorporarse de nuevo al trabajo, prácticamente de forma inmediata, sin secuelas psicológicas que le impidan intervenir con eficacia en las emergencias futuras.

La presentación de este caso también es ilustrativa de cómo, con la técnica EMDR, tratamos el malestar *presente*, a menudo anclado en el *pasado*, para aumentar las expectativas de *futuro* y, en definitiva, facilitar el proceso de resiliencia.

Bibliografía

EVERLY, George S. Ph. D. and MITCHELL, Jeffrey T. Ph. D. (2008) *Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health*. Chevron Publishing Corp.

MITCHELL, Jeffrey T. Ph. D. (2007) *Group Crisis Support. Why it works, when & how to provide it*. Chevron Publishing Corp.

SHAPIRO, Francine Ph. D. (2001) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*. Guilford Press, 2nd edition.

SHAPIRO, Francine Ph. D. *Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares. Manual de Entrenamiento*. EMDR Institute, Inc.