

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

## FACULTAD DE MEDICINA

MASTER UNIVERSITARIO EN ANÁLISIS Y GESTIÓN DE  
EMERGENCIA Y DESASTRE

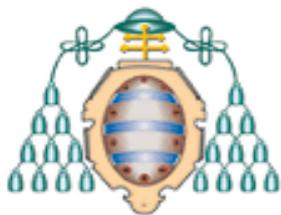
# **EL PAPEL DEL VOLUNTARIADO EN LOS DESASTRES: una revisión sistemática de la literatura.**

**AUTOR:** José Manuel Villadangos Fernández

**TUTOR:** Rafael Castro Delgado

**COTUTOR:** Carlos Arango Pérez

**JULIO 2014**



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

FACULTAD DE MEDICINA

MASTER EN ANÁLISIS Y GESTIÓN DE EMERGENCIA Y DESASTRE.

AUTOR: José Manuel Villadangos Fernández. JULIO 2014.

#### RESUMEN:

**Introducción:** Pese a la importancia de los voluntarios en los desastres, no se ha encontrado un criterio común sobre las funciones a ejercer por los mismos en la fase post-catástrofe. En concreto, no se han detallado los problemas que se puedan producir en los diferentes tipos desastres, en los emplazamientos, y en las organizaciones. Por ello se ofrece una revisión crítica de diferentes estudios sobre el tema mediante un análisis descriptivo novedoso que revela la relevancia de las variables estudiadas.

**Objetivo:** Analizar la función y los problemas del voluntariado en la literatura científica, mediante una revisión sistemática de artículos sobre el voluntariado en los desastres.

**Metodología:** revisión sistemática de la literatura científica utilizando como palabras clave "volunteer" y "disaster". Se utilizaron la fuente de datos Pubmed, y las dos revistas especializadas *Prehospital and Disaster Medicine* y *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. Se realizará un análisis descriptivo del tipo de actuación en tres contextos (tipos de catástrofe, continentes y ONGs involucradas) relacionados con ocho tipos de actuación (apoyo psicosocial, captación, formación, logística, salud mental, sanitaria aguda, sanitaria preventiva y tareas de campo). También se realizará un segundo análisis sobre los problemas en el voluntariado dentro de tres ámbitos, cada uno dos subtipos -relaciones interpersonales (con otros compañeros y/o con los afectados), problemas de salud (propios y/o a terceros) y deficiencias en la gestión (logísticas y/o legislativas)- todo estará centrado en la fase post-desastre y los diez últimos años de publicaciones.

**Resultados:** se han localizado 1173 artículos relacionados, de los que 25 cumplían todos los criterios de inclusión. Dos artículos eran revisiones sistemáticas, cuatro eran cartas al editor y el resto publicaciones científicas. Es escasa la publicación en revistas americanas que no sean norte-americanas . No hay publicaciones españolas.

**Conclusiones:** se debe mejorar en todas las áreas sanitarias (aguda, mental y preventiva) y en logística. La formación del voluntariado es fundamental y no lo es el apoyo psicosocial. Las tareas de campo, captación, logística y preventiva son fundamentales en los desastres antrópicos. La logística es lo más importante en las catástrofes naturales y no lo son el

apoyo psicosocial ni el área salud, mental y preventiva. El voluntario afiliado siempre es mejor que aquél no afiliado en todas las áreas de intervención, si está totalmente entrenado por su organización.

Palabras clave: Desastres. ONG. Salud. Voluntarios afiliados. Voluntarios no afiliados.

#### ABSTRACT:

**Introduction:** Despite the importance of volunteers in disaster, There was not a common understanding on the functions to be exercised by them in the post-disaster phase. Specifically, it was not detailed the problems that may occur in different disaster types, settings, and organizations. Therefore, a critical review of various studies on the subject is provided by a novel descriptive analysis which reveals the importance of the variables.

**Objective:** To analyze the role and challenges of volunteering in the scientific literature by a systematic review of articles on volunteering in disasters.

**Metodology:** Systematic review of the literature using the keywords "volunteer" and "disaster". Pubmed source data were used, and the two specialized journals Prehospital and Disaster Medicine and Disaster Medicine and Public Health Preparedness. A descriptive analysis of the sort of action in three contexts (types of disaster, continents and involved NGOs) related to eight types of action (preventive health, psychosocial support, recruitment, training, logistics, mental health, acute health and field work) will be conducted. A second analysis on the problems in volunteering in three areas, each two subtypes-interpersonal relationships (with peers and / or affected), health problems (own and / or others) and deficiencies are also made in the management (logistics and / or legislative) – all these analyzes will focus on the post-disaster phase and the last ten years of publications.

**Results:** 1173 papers have been located related items, of which 25 papers met all inclusion criteria. Two articles were systematic reviews, four were letters to the editor and the others were scientific publications. All the papers coming from America were from North-America excepting one. No Spanish publications were found.

**Conclusions:** it should be improved at all health areas (acute, mental and preventive) and logistics. Volunteer training is essential but not psychosocial support. Field work, recruitment, and logistics are crucial in preventive manmade disasters. Logistics is the most important over natural disasters and are not psychosocial support and health, both mental and preventive areas. Voluntary affiliation is always better than unaffiliated in all areas of intervention, when person is fully trained by his organization.

**Keywords:** Disaster. NGOs. Health. Affiliated volunteers. Unaffiliated volunteers.

## ÍNDICE

|                      |        |
|----------------------|--------|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | pág 4  |
| 2. OBJETIVOS.....    | pag 7  |
| 3. METODOLOGIA.....  | pág 7  |
| 4. RESULTADOS.....   | pág 8  |
| 5. DISCUSIÓN.....    | pág 36 |
| 6. CONCLUSIONES..... | pág 39 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA..... | pág 39 |

## UNIVERSIDAD DE OVIEDO – FACULTAD DE MEDICINA

### MASTER EN ANÁLISIS Y GESTIÓN DE EMERGENCIA Y DESASTRE.

AUTOR: José Manuel Villadangos Fernández. JULIO 2014

#### 1. INTRODUCCIÓN

La investigación en desastres tiene un futuro prometedor para lo que debe encontrar un lenguaje común en todos los Gobiernos. De hecho, estudios previos postulan un crecimiento exponencial de investigadores en esta materia para el 2025<sup>(1)</sup>. En la literatura especializada se define desastre, desde la perspectiva del CRED<sup>(2)</sup>, en base a uno o más de los siguientes criterios: 1) ser 10 o más los muertos que se hayan producido en el mismo acontecimiento; 2) 100 o más personas deben haber sido afectadas directamente de forma oficial; 3) el estado o país en el que acontece el evento debe declarar formalmente el estado de emergencia y/o 4) se requiere ayuda internacional para poder responder de forma adecuada al evento. Dado que el objetivo de este trabajo no es dilucidar los términos exactos ni académicos de lo que es o no es un desastre, se da por argumentada esta parte mediante el uso del *Centre for Reseach on the Epidemology of Disasters* -CRED en base a la inclusión oficial del *The International Disaster Database* -EM-DAT.

Para este trabajo se utilizará como definición de desastre, basada en la literatura previa, como una *situación o evento que sobrepasa la capacidad local, haciendo necesaria la solicitud a nivel nacional o internacional de asistencia externa*. A pesar de que los desastres se están incrementando desde hace más de 40 años<sup>(3, 4)</sup>, el número de voluntarios definidos como *walk-in* volunteers, esta menguando<sup>(3)</sup>; no obstante, su aportación cada vez es mayor a nivel mundial. Sin embargo, en diversas organizaciones aumentan las afiliaciones llegando a superar los dos millones de voluntarios en la Cruz/Media Luna Rojas, en el año 2010<sup>(4)</sup>. Puesto que la eficacia y eficiencia mejoran pero los voluntarios no afiliados decrecen, cabe pensar que nos encaminamos a un cambio en la organización de los voluntarios a nivel mundial, pasando de una concepción de voluntario individual a una de voluntario dentro de una organización acreditada.

De aquí se desprende una definición ambigua de voluntario como una persona externa al accidente afiliada a una organización, que recibe entrenamiento básico, o como una persona externa sin entrenamiento (*walk-in volunteer*)<sup>(3)</sup>.

Sin embargo, no todas las personas que acuden a un desastre se pueden considerar como voluntarios. En la literatura especializada se utiliza el término *mass assault* (“*personal*

*convergente que tiene una franja de motivaciones para presentarse en un área concreta*<sup>(5)</sup> para categorizar a las mismas: 1) *returnee*, consiste en la gente que vive en el área afectada pero que está siendo evacuada; 2) *ansiosa*, persona de fuera de la comunidad que viene al área para obtener información sobre familiares y/o amigo; 3) *curiosa*, que acude a la zona del desastre con el objetivo principal de ver la destrucción causada; 4) *exploiter*, persona que intenta usar el desastre para obtener ganancias o beneficios; y 5) *helper*, persona que viene de ambos lados, dentro y fuera de las jurisdicciones locales, con el propósito de ayudar a las víctimas y/u otros afectados<sup>(5)</sup>. Esta clasificación ya permite discernir la dificultad organizacional de los voluntarios en el emplazamiento de la catástrofe porque a menudo, ellos son supervivientes que forman parte del proceso de recuperación tras la fase de impacto<sup>(3)</sup>.

Se han tomado diferentes perspectivas que merecen ser mencionadas encontradas en los artículos válidos del presente estudio, al menos las más características. Por ello, se continuará con las clasificaciones dicotómicas de los voluntarios, siendo la primera según su pertenencia a organizaciones formales o ausencia de las mismas.

Algunos autores propusieron clasificar a los voluntarios según fueran afiliados o legos<sup>(6)</sup>, donde los afiliados son aquellos que “*están apuntados a una organización reconocida legalmente como miembros de la misma*” y los profanos/legos son aquellos que “*no están afiliados con una organización reconocida de respuesta a catástrofes, y además no están familiarizados con el rescate y/o el trabajo de recuperación*”. En este estudio están excluidos los estudiantes y el personal escolar de los voluntarios profanos por problemas metodológicos.

Otra clasificación dicotómica, basada en la pericia de la persona, es la de voluntarios especialistas en oposición a voluntarios de apoyo<sup>(7)</sup>, donde los especialistas en desastres poseen habilidades profesionales concretas, como las de profesionales de la medicina, y los voluntarios de apoyo que son el ciudadano medio. Aunque éste sea un profesional de su área, si no posee habilidades especializadas en los desastres ha de ejercer de voluntario de apoyo. Esta clasificación da paso a otra ya más clásica pero no por ello menos pertinente como es voluntarios profesionales en oposición a no-profesionales<sup>(8)</sup>, donde los profesionales incluyen a todos los voluntarios que posean una licencia y credenciales en vigor certificadas (las cuales les habilitan para la intervención en un rango de las catástrofes muy concreto). Los no-profesionales serían aquellos que no presentan los criterios establecidos a priori (*lay rescuers*)<sup>(8)</sup>. Así, se puede ser un profesional en un área desempeñada con la legislación en la mano y no serlo en otra adyacente por estar fuera de las credenciales del voluntario, lo cual crea un conflicto ético en el voluntario que puede ayudar, pero legalmente está incapacitado y podrá ser sancionado jurídicamente como persona individual, en el caso de negligencia sobre sí mismo, a terceros o a materiales<sup>(9)</sup>.

Incluso dentro de los voluntarios afiliados hay diferentes niveles como son: los entrenados, los cuasi-profesionales y los legos. Dentro de los entrenados pueden serlo con simulaciones, simulacros y/o sólo con bases teóricas (que pueden ser hasta no-presenciales). Aún más, de los tres tipos de entrenamiento citados existen dos niveles: entrenamiento base o genérico que poseen todos los miembros de la organización y entrenamiento específico o especializado<sup>(10-13)</sup>, el cual, ya habilita al voluntario como actor profesional en su área, cosa que no hace el primer entrenamiento.

La última clasificación dicotómica es el haber colaborado en otras ocasiones, esto es, ser veterano, o no haber actuado nunca como voluntario en desastres, lego<sup>(3, 10, 12, 14-16)</sup>. En referencia a esta distinción se puede hablar del *medical tourism* en el ámbito de las Ciencias de la Salud, como el voluntariado que “*se practica en el tercer mundo por parte de los facultativos de la medicina, dentro de las intervenciones hacia la búsqueda de cuidado médico para minimizar costes y a veces, evitar restricciones regulativas*”<sup>(17)</sup>.

En este trabajo se fundamenta en la distinción entre voluntarios afiliados (*voluntario u organización sin ánimo de lucro que está entrenada para actividades de respuesta en desastres específicas. La relación con la organización precede al inmediato desastre, y ellos son movilizados por la organización para llegar a desempeñar un aspecto particular en la administración de la emergencia*) y no afiliados (*aquellos que no forman parte de una agencia de voluntarios reconocida y a menudo no tienen entrenamiento formal en respuestas de emergencia, procediendo de un número no gestionado o desconocido de voluntarios, aportando escaso trabajo directo, y caracterizados por un descontrol generalizado*)<sup>(5)</sup>.

Para terminar con la clasificación de voluntarios, se propone el término *apoyo social activo* sobre los miembros de la comunidad que han sido intervinientes en catástrofes, como voluntario genérico. Esta función de apoyo social activo la desempeñarán los demás miembros de la comunidad, esto es, ayudar a los que ayudan<sup>(18)</sup>. Una especie del descanso del guerrero donde la propia comunidad refuerza en valores cívicos, al regreso del desastre, preparando al voluntario para el siguiente, donde la consigna es *estar siempre preparados* dando la oportunidad de ser proactivos en el hacer a las comunidades más seguras y saludables, esto es, aumentando su resiliencia<sup>(11)</sup>.

A pesar de ser considerados una pieza indispensable dentro del engranaje en el afrontamiento de catástrofes tras la fase post-desastre<sup>(7)</sup>, los voluntarios son observados paradójicamente como *“un punto de vista desafortunado con tendencia a establecerse en las organizaciones como problemas que deben ser gestionados y controlados. Todos los voluntarios (deben llegar a estar) agrupados juntos como espectadores y ser vistos como un problema que debe ser manejado”*<sup>(5)</sup>. Por ello, como son múltiples y variadas las funciones del voluntariado el resultado es un amplio abanico de resolución de problemas que debe ser gestionado con todos los tipos de voluntarios, ya que los afiliados también son víctimas de los procesos y/o enfermedades del emplazamiento de la catástrofe<sup>(8, 19)</sup>.

En cuanto a la gestión del riesgo en los voluntarios, el *Medical Reserve Corps* propone en su gestión del riesgo, ya que toda actividad envuelve riesgo y éste nunca puede ser eliminado de forma absoluta, proteger a sus voluntarios<sup>(12)</sup>. Para ello, el MRC se basa en tres principios: reducir el riesgo de daño (intencionado o no intencionado) en los individuos que están siendo ayudados por los voluntarios y los voluntarios en sí mismos; reducir el riesgo de pérdidas financieras a los voluntarios y a la agencia para la que prestan sus servicios; y reducir el potencial daño hacia los bienes intangibles de la agencia como son su reputación, sus colaboradores, y su pericia para reclutar nuevos voluntarios junto con la recaudación de fondos<sup>(12)</sup>. Por ello, todas las acciones dentro de la organización ya preparan, o deberían hacerlo, con antelación planes de contingencia en cada una de las fases del voluntariado, de forma resumida son: selección, preparación, activación, supervisión y protección; todo impartido siempre desde los *volunteer staging and training area* (VSTA), entrenamiento básico, y después hacia el *point of distribution* (POD) correspondiente, que es donde se imparte el entrenamiento especializado con labores de campo<sup>(10, 12)</sup>.

Este trabajo es pertinente en el sentido de ser la primera aproximación al fenómeno del voluntariado como una posibilidad de ayuda y mejora en las labores y los procesos implicados en la fase post-desastre; no sólo por recordar que son necesarios, sino imprescindibles por su presencia en la fase de impacto y las posteriores, que son post-impacto y recuperación. Cada desastre posee su propio nicho ecológico en el que está asentado de forma cultural, geográfica, socio-demográfica y de recursos disponibles; no se pretende proponer un voluntario universal que esté exento de las variables del contexto, ya que es imposible, sino sistematizar las variables de peso que están presentes en la fase post-impacto de cualquier desastre. Tras un desastre masivo *“la persona está a menudo rebosante de sentimientos como indefensión, horror, y miedos por su propia seguridad. Los individuos están expuestos a múltiples fuentes de estrés que incluyen pérdida de familiares,*

*cuerpos inertes, propiedades destruidas, productos químicos peligrosísimos, traumas físicos y distorsiones que todo ello incrementa la tensión de los que lo experimentan*<sup>(4)</sup>. No todos los voluntarios son veteranos de las catástrofes, y no todos los veteranos son inmunes a este tipo de voluntariado. Se enfrentan pues a otro tipo de problemas. De hecho, el riesgo de distrés se incrementa encada misión a la que el voluntario es asignado<sup>(20)</sup>, por lo que la preparación de los mismos es la mejor variable que predice un despliegue propicio, una actuación eficiente y un retorno sin problemas significativos a su vida pre-voluntario. Esto tiene como objetivo proseguir en misiones futuras, captar nuevos compañeros, extender la diplomacia médica, reducir el *burnout*, motivar a los compañeros, legitimar internacionalmente la acción, responsabilizar reconociendo la labor como otro profesional y reducir costes<sup>(4, 5, 13, 14, 21-23)</sup>.

## 2. OBJETIVOS

Este trabajo se focalizará en una revisión sistemática de artículos publicados a nivel mundial, en los últimos diez años, dentro de la temática del voluntariado en los desastres, centrándose solamente en la fase post-desastre (con exclusión total del área cooperación y desarrollo). El objetivo general es analizar la función y los problemas del voluntariado en la literatura científica, atendiendo a su ámbito de actuación. Para ello se llevará a cabo siguiendo unos objetivos específicos:

- 1) Analizar las funciones atribuidas a los voluntarios. Para ello se realizará un análisis descriptivo del tipo de actuación en los diferentes contextos (tipos de catástrofe, continentes y ONGs involucradas). El tipo de actuación del voluntario puede ser uno o varios de los siguientes referidos: apoyo psicosocial, captación, formación, logística, salud mental, sanitaria aguda, sanitaria preventiva y tareas de campo.
- 2) Atender a los problemas en el voluntariado dentro de tres ámbitos: relaciones interpersonales (con otros compañeros y/o con los afectados), problemas de salud (propios y/o a terceros, derivados de la actuación) y deficiencias en la gestión (logísticas y/o legislativas).

## 3. METODOLOGIA

La revisión, que se ha hecho siempre siguiendo una metodología PRISMA<sup>(24)</sup>, se ha realizado siguiendo una revisión bibliográfica cuyas fuentes de datos fueron la base de datos Pubmed y las revistas *Prehospital and Disaster Medicine* y *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. La búsqueda se ha realizado de forma directa sobre los índices mediante los buscadores que ofrecen tanto la base de datos como las propias revistas. Ambas revistas han sido elegidas por estar consideradas entre las principales dentro del ámbito de los desastres a nivel internacional. Finalmente, ha sido revisada la bibliografía de los artículos relevantes que se han localizado, con la intención de encontrar más información pertinente sobre esta temática.

Las variables de estudio de cada artículo han sido: 1) Tipo de actuación, subdividido en 8 tipos: apoyo psicosocial, captación, formación, logística, salud mental, sanitaria aguda, sanitaria preventiva y tareas de campo; en 3 contextos: tipo de catástrofe, continentes y ONGs involucradas. 2) Problemas del voluntariado, subdividido en tres ámbitos: 1º. Relaciones interpersonales -con otros compañeros y/o con los afectados- 2º. Problemas de salud -propios o a terceros- y 3º. Deficiencias en la gestión -logísticas y/o legislativas-. La búsqueda se ha focalizado en un lapso de tiempo de una década, el comprendido entre los años 2004 y 2014, y los términos de búsqueda han sido “*disaster*” y “*volunteer*”.

Se han seleccionado aquellos artículos en los que se realiza la descripción, análisis o estudio del rol de actuación y problemas inherentes al proceso de ser voluntario en el ámbito post-impacto dentro de las catástrofes a nivel mundial. Se han excluido los artículos que sólo argumentaban sobre el voluntariado –y por ende el voluntario- de forma vaga o imprecisa. Los artículos recolectados al inicio mediante las palabras clave han sido descartados en base a los títulos y las temáticas expuestas. Posteriormente se han analizado los resúmenes de aquellos seleccionados, aunque lo fuesen de forma superficial, con los voluntarios y los desastres. De éstos, se han recolectado para la lectura total del artículo y su análisis, los que cumplían los criterios de descripción, análisis o estudio del rol de actuación en su contexto y los problemas en el desempeño del voluntariado. Finalmente, se han considerado artículos válidos aquellos en los que se hace referencia a la mayoría, con un mínimo del 60%, de las variables de estudio.

#### 4. RESULTADOS

##### Descripción general de la revisión de todos los artículos.

En la base de datos Pubmed se han localizado 581 artículos con las palabras clave. De estos artículos, se analizaron 91 resúmenes y, en base a la información suministrada en el abstract, se determinó si hacía referencia a los voluntarios de forma directa. Se analizaron 26 artículos que hacían referencia a los voluntarios de forma directa, de los que 20 se consideraron válidos y 6 no válidos. No fueron leídos aquellos artículos que no pudieron ser conseguidos mediante el sistema de préstamos inter-bibliotecarios de la rama Ciencias de la Salud. En la revista *Prehospital and Disaster Medicine* se localizaron 399 artículos que cumplían los criterios de búsqueda. De ellos, se analizaron 40 resúmenes y de ellos 13 cumplían los criterios, por lo que estos 13 fueron analizados en su totalidad (10 también habían sido localizados en Pubmed). De éstos, se consideraron 4 válidos (1 coincidente con Pubmed) y 9 no válidos (9 coincidentes con Pubmed). Finalmente, en la revista *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* se localizaron 183 artículos que cumplían los criterios de búsqueda. De ellos, se analizaron 32 resúmenes y de ellos 7 cumplían los criterios, por lo que fueron analizados en su totalidad (5 también habían sido localizados, 4 en Pubmed y 1 en *Prehospital and Disaster Medicine*). De éstos, se consideraron 1 válido (coincidente con *Prehospital and Disaster Medicine*) y 6 no válidos (1 coincidente con *Prehospital and Disaster Medicine* y Pubmed y 5 coincidentes con Pubmed).

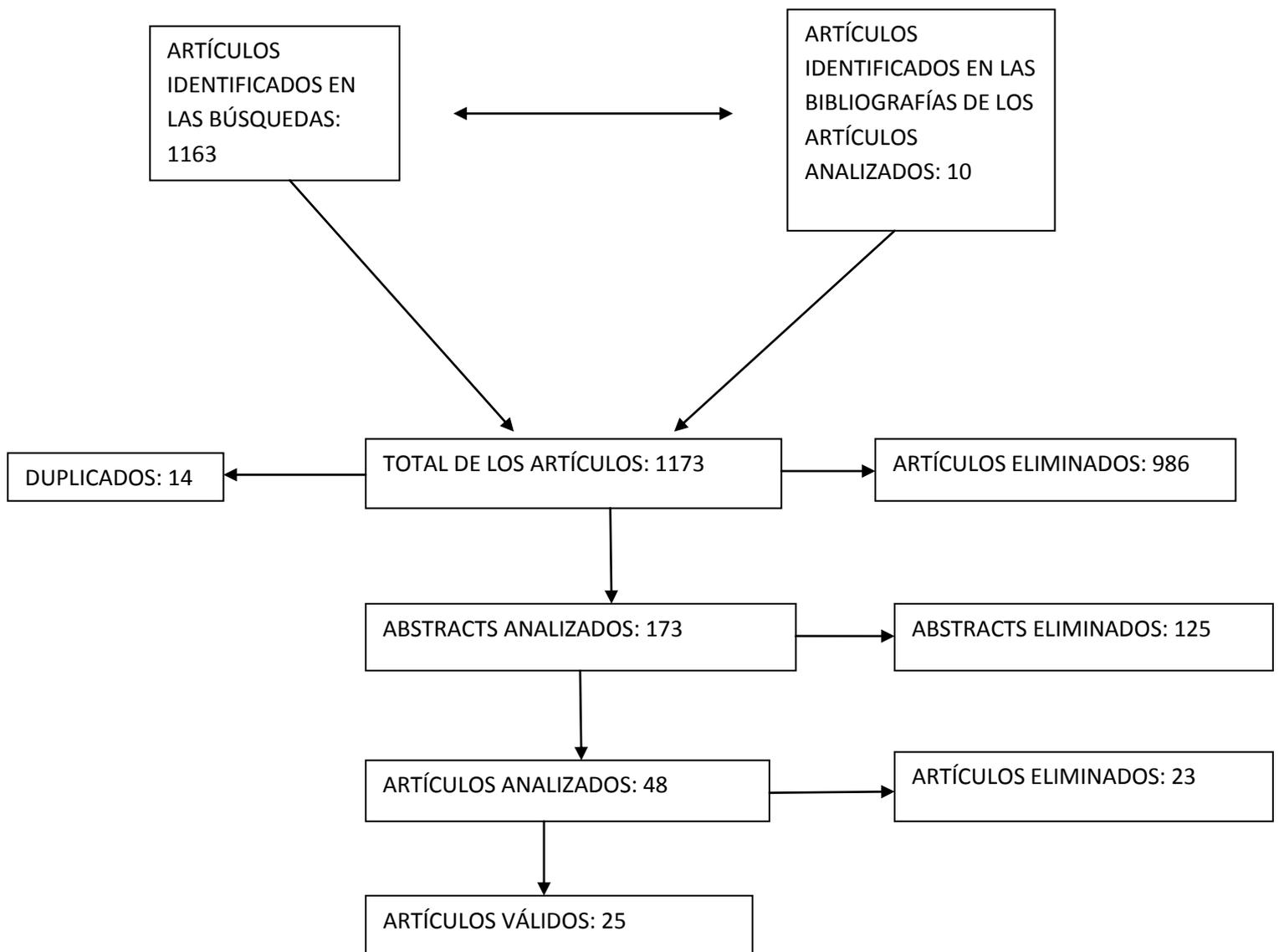
En la revisión de las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados se localizaron 10 que cumplían los criterios de búsqueda, de éstos se seleccionaron 2 tras la lectura del resumen, y ambos fueron considerados válidos. De éstos, al ser analizados en su totalidad, fueron considerados ambos no válidos. En la Tabla 1 se puede ver un resumen de la búsqueda que fue adaptada a la metodología PRISMA en la Figura 1.

**Tabla 1.** Resultados globales de la búsqueda

|  | Pubmed | Prehospital | Preparedness | Referencias en artículos | TOTAL              |
|--|--------|-------------|--------------|--------------------------|--------------------|
| Seleccionados según palabras clave       | 581    | 399         | 183          |                          | 1173               |
| Susceptibles de cumplir los criterios de | 91     | 40          | 32           | 10                       | 173<br>(excluyendo |

|                                |    |    |   |   |                               |
|--------------------------------|----|----|---|---|-------------------------------|
| búsqueda                       |    |    |   |   | duplicados)                   |
| Artículos completos analizados | 26 | 13 | 7 | 2 | 48<br>(excluyendo duplicados) |
| No válidos                     | 6  | 9  | 6 | 2 | 23<br>(excluyendo duplicados) |
| Válidos                        | 20 | 4  | 1 | 0 | 25<br>(excluyendo duplicados) |

**Figura 1.** Resultados de la revisión según la metodología PRISMA.



## Funciones del voluntariado y los diferentes ámbitos de actuación.

En la tabla 2 están reflejados los datos obtenidos de cada artículo analizado válido, 25 artículos en total, ordenados por fecha de publicación de la más antigua hasta el presente.

Para comenzar, hay dos (8%) revisiones sistemáticas y cuatro cartas al editor (16%).

Por funciones del voluntariado en el tipo de catástrofe hay dieciséis (64%) que hacen referencia a todo tipo de desastres naturales (diez artículos, 40%) y antrópicos (seis artículos, 24%). Sin embargo, sólo uno (4%) trata desastres antrópicos en exclusiva.

Dentro de los dieciséis (64%) que hacen referencia a todo tipo de desastres naturales hay siete (28%) que se refieren a huracanes en los que: tres (12%) son de apoyo psicosocial, uno (4%) es de captación, uno (4%) es de formación, tres (12%) son de logística, dos (8%) de salud mental, dos (8%) son de sanitaria aguda, dos (8%) son de sanitaria preventiva y uno (4%) es de tareas de campo.

Respecto de los terremotos hay seis (24%) donde cuatro (16%) son de apoyo psicosocial, cuatro (16%) son de captación, cinco (20%) son de formación, cinco (20%) son de logística, tres (12%) son de salud mental, cuatro (16%) son de sanitaria aguda, cuatro (16%) son de sanitaria preventiva y cinco (20%) son de tareas de campo.

Por último, escrito sobre tsunamis hay tres (12%) en los que uno (4%) es de apoyo psicosocial, dos (8%) son de captación, dos (4%) son de formación, tres (12%) son de logística, uno (4%) es de salud mental, uno (4%) es de sanitaria aguda, dos (8%) son de sanitaria preventiva y uno (4%) es de tareas de campo.

Sobre desastres antrópicos hay siete (28%) artículos de los cuales tres (12%) son sobre terrorismo, otros tres (12%) son sobre desastres tecnológicos y uno (4%) es sobre conflictos armados. Así, en los versados sobre terrorismo (12%), uno (4%) es de apoyo psicosocial, uno (4%) es de captación, dos (8%) son de formación, dos (8%) son de logística, uno (4%) es de salud mental, uno (4%) es de sanitaria aguda, dos (8%) son de sanitaria preventiva y uno (4%) es de tareas de campo.

Respecto a los desastres tecnológicos (12%), uno (4%) es de apoyo psicosocial, dos (8%) son de captación, uno (4%) es de formación, dos (8%) son de logística, dos (4%) son de salud mental, uno (4%) es de sanitaria aguda, dos (8%) son de sanitaria preventiva y dos (8%) son de tareas de campo.

Por último, el artículo referido a conflictos armados (4%) se focaliza en el apoyo psicosocial, la captación, la formación, la logística, la salud mental y las tareas de campo.

No se especifica el tipo de desastre en ocho (32%) artículos por lo cual no pueden ser analizados en esta sección específica. De forma descriptiva versan en los siguientes porcentajes: dos (8%) son de apoyo psicosocial, cinco (20%) son de captación, cinco (20%) son de formación, cuatro (16%) son de logística, cuatro (16%) son de salud mental, tres (12%) son de sanitaria aguda, cinco (20%) son de sanitaria preventiva y cinco (20%) son de tareas de campo.

Por continentes, es América con diecinueve (76%) artículos la mayor generadora de publicaciones, aunque es en concreto USA, como País, con dieciocho (72%), la que domina este ámbito dejando en segundo lugar al continente Europeo con cuatro (16%) y al Asiático con dos (8%). Sin embargo, el lugar del desastre estudiado por continentes revela catorce (56%) en América, ocho (32%) en Asia y tres (12%) en África. Y para puntualizar más, los artículos referidos a la intervención dentro del Estado propio (sin salir de las propias fronteras) son doce (48%) y por lo tanto, trece artículos (52%) son sobre intervenciones en el extranjero.

Por lo tanto, en América (76%) del total, seis (24%) son de apoyo psicosocial, nueve (36%) son de captación, catorce (56%) son de formación, once (44%) son de logística, siete (28%) son de salud mental, seis (24%) son de sanitaria aguda, nueve (36%) son de sanitaria preventiva y diez (40%) son de tareas de campo.

En Europa (16%) la mitad (8%) son de apoyo psicosocial y de captación, tres (12%) son de formación, de logística y de salud mental, uno (4%) es de sanitaria aguda y todos (16%) son de sanitaria preventiva y tareas de campo.

Y en Asia (8%) la mitad (4%) son de apoyo psicosocial, captación, sanitaria aguda, y todos (8%) son de formación, logística, sanitaria preventiva y tareas de campo.

No se han encontrado publicaciones relevantes a los criterios del trabajo, de los continentes África y Oceanía,

Las ONGs son aludidas en dieciocho (72%) artículos, así siete (28%) artículos no especifican las ONGs vinculadas con sus trabajos y/o estudios asociados a voluntarios. Destacan la ARC (24%), MCR (24%) y MSF (16%); después en dos artículos (8%) hacen referencia a OMS, HOPE, Órdenes Evangélicas, Cruz y Media Luna Rojas. Finalmente, sólo en un artículo (4%) se mencionan a WADEN, FIVOL, OCVMRC, DMAT, OTAMCT, NVOAD, HAP, PMI y Terror Free Tomorrow.

Respecto a CR (8%) más ARC (24%) da un total de ocho (32%) artículos de los que cinco (20%) son de apoyo psicosocial, captación y formación, cuatro (16%) son de logística y salud mental, tres (12%) son de sanitaria aguda, cinco (20%) son de sanitaria preventiva y siete (28%) son de tareas de campo.

En alusión a MCR (24%) tres (12%) son de apoyo psicosocial, cinco (20%) son de captación, cuatro (16%) son de formación, cinco (20%) son de logística, dos (8%) son de salud mental y sanitaria aguda, cuatro (16%) son de sanitaria preventiva y cinco (20%) son de tareas de campo.

En relación a MSF (16%) dos (8%) son de apoyo psicosocial, uno (4%) es de captación, otro de formación y otro de logística, tres (12%) son de salud mental, sanitaria aguda, sanitaria preventiva y tareas de campo.

Finalmente, debido a la escasa aparición de ONGs en relación poco pertinente con los ocho parámetros de estudio, no se especifican más organizaciones en aras de una mayor comprensión del análisis, por ser éste de un grado tan específico que no puede aportar información relevante por ser una proporción inferior al 8%, e incluso al 4% en la mayoría de los casos.

#### Problemas del voluntariado derivados de la actuación.

Para analizar esta temática se han clasificado los artículos en tres áreas generales, a saber, relaciones interpersonales, problemas de salud derivados y deficiencias en la gestión.

Los veinticinco (100%) artículos analizados refieren alguno, o todos, de estos tres problemas.

Respecto a las relaciones interpersonales, se clasifican en dos subtipos: con otros compañeros, donde hay quince (60%) artículos y, con los afectados, donde hay dieciséis (64%).

En cuanto a los problemas de salud derivados, se clasifican en dos subtipos: los propios, donde hay quince (60%) artículos y, a terceros, donde hay dieciocho (72%).

Finalmente que traten las deficiencias en la gestión, se clasifican en dos subtipos: logísticas, donde hay diecisiete (68%) y, legislativas, donde hay dieciséis (64%).

**Tabla 2.** Resumen de los artículos seleccionados. Principio.

| Estudio           | Tipo desastre   | Lugar y año                  | Tipo de voluntario                        | Tema y análisis  | ONGs movilizadas                | Otros datos  |
|-------------------|---|------------------------------|---|--|---------------------------------|--|
| 1 <sup>(9)</sup>  | No especificado   | USA (2005)                   | Profesional de la Salud (excluido Mental) | Legislación de mínimos<br><br>Ensayo cualitativo   | MRC, DMAT, OTAMCT               | Urge legislar<br><br>Concepto clave<br>"voluntarios espontáneos"         |
| 2 <sup>(25)</sup> | Huracanes (George y Mitch)<br>Terremoto (Océano Índico) | USA (2005)                   | Todos                                     | Habilidades y competencias necesarias; definiciones rigurosas para implementar recursos con acciones coordinadas<br><br>Carta al Editor del tipo: Ensayo cualitativo | OMS, WADEN                      | Propone eliminar el "disaster tourism"                                   |
| 3 <sup>(23)</sup> | No especificado   | Península Escandinava (2006) | Profesional de la Salud (excluido Mental) | Constructos y categorías relevantes en la vida del voluntario en misiones al extranjero<br><br>Cuestionario cualitativo  | MSF                             | Se recomienda reconocer el voluntariado como profesión                   |
| 4 <sup>(14)</sup> | Tsunami (Indonesia)                                     | USA (2006)                   | Profesionales de la Salud                 | Convivencia voluntarios civiles sanitarios y militares de la Armada<br><br>Cualitativo   | Proyect HOPE                    | Concepto clave: "medical diplomacy"                                      |
| 5 <sup>(18)</sup> | Huracanes   | USA (2007)                   | Todos                                     | Tamaño de la organización<br><br>Cualitativo   | NVOAD, ARC, Órdenes Evangélicas | Necesidad del voluntario como <u>apoyo social activo</u> en la comunidad |

|                    |   |               |  |  |  |  |
|--------------------|---|---------------|--|--|--|--|
|                    |   |               |  | Apoyo psicosocial  |  |  |
| 6 <sup>(20)</sup>  | No especificado                                   | Italia (2007) | Todos  | Fórmula del distrés  | FIVOL  | Entrenamiento teórico siempre acompañado de práctico   |
| 7 <sup>(26)</sup>  | Tsunamis<br>Huracanes<br>Terrorismo               | USA (2007)    | Todos los vinculados a la Universidad                                    | Voluntariado potencial<br><br>Test Cuantitativo tipo: escalas Likert                           | No especificado                                | Cuerpos mejor valorados: policía y bomberos  |
| 8 <sup>(22)</sup>  | No especificado                                   | USA (2007)    | Profesional de la Salud (excluido Mental)<br><br>Focalizado en cirujanos | Rol de los cirujanos en desastres<br><br>Cuantitativo  | HAP, HOPE y Terror Free Tomorrow               | Concepto clave: "medical diplomacy"<br><br>Urge legislar   |
| 9 <sup>(6)</sup>   | No especificado                                   | USA (2007)    | Todos los afiliados (dentro de organización)                             | ¿Qué es un voluntario? Legitimidad, utilidad y responsabilidad<br><br>Cualitativo              | Sólo organizaciones oficiales, no especificado | Necesidad de asignación de roles<br><br>Mejorar protección   |
| 10 <sup>(10)</sup> | No especificado                                   | USA (2008)    | Todos  | Beneficios del uso del VSTA para los voluntarios afiliados y uso de los POD<br><br>Cualitativo | ARC, MRC                                       | Conceptos clave: "Burnout" y "volunteer off the street"<br><br>Mejorar protección<br><br>Urge legislar |
| 11 <sup>(11)</sup> | Terrorismo<br>Huracanes<br>Tormenta tropical      | USA (2008)    | Todos los afiliados (dentro de organización)                             | Historia, conceptualización y funcionamiento del MRC<br><br>Cualitativo                        | MRC, ARC                                       | Estar preparados siempre   |
| 12 <sup>(19)</sup> | Huracanes<br>Terrorismo<br>Terremotos<br>Tsunamis | USA (2008)    | Todos  | Identificar estrategias para estandarizar los entrenamientos en preventiva e                   | No especificado                                | Protección<br><br>Logística defectuosa<br><br>Falsa creencia:  |

|                    |                                  |                     |  |   |                                   |   |
|--------------------|----------------------------------|---------------------|--|---|-----------------------------------|---|
|                    |                                  |                     |  | identificación de riesgos<br><br>Cuantitativo descriptivo   |                                   | invulnerabilidad  |
| 13 <sup>(21)</sup> | Terrorismo                       | USA (2010)          | Todos  | Derechos de los voluntarios<br><br>Carta al Editor del tipo: Ensayo   | No especificado                   | Legislar compensaciones y cobertura universal                                       |
| 14 <sup>(27)</sup> | Huracanes                        | USA (2010)          | Profesionales de la Salud                    | Sintomatología del estrés<br><br>Factores del liderazgo<br><br>Cuestionario cualitativo con re-test tras un año             | Órdenes Evangélicas, ARC, MSF     | Problemas en la comunicación<br><br>Rigidez de protocolos                           |
| 15 <sup>(3)</sup>  | No especificado                  | Países Bajos (2010) | Todos  | Revisión sistemática del impacto mental en el voluntariado<br><br>Efectos y recomendaciones<br><br>Cuantitativo descriptivo | CR, Flag of the Red Crescent, MSF | Mayor confusión de rol en profesionales<br><br>Concepto clave: "walk-in volunteers" |
| 16 <sup>(15)</sup> | Terremotos<br>Conflictos armados | Canadá (2010)       | Profesionales de la Salud                    | Uso insensible o inapropiado de los voluntarios en desastres y conflictos armados<br><br>Carta al Editor del tipo: Ensayo   | No especificado                   | Reconocer como profesión en Ciencias de la Salud al voluntario                      |
| 17 <sup>(12)</sup> | No especificado                  | USA (2010)          | Todos los afiliados (dentro de organización) | Gestión del riesgo en todas las fases del voluntario afiliado   | MRC                               | Legislar<br><br>Proteger<br><br>Uso PFA   |

|                    |   |              |   |   |   |  |
|--------------------|---|--------------|---|---|---|--|
|                    |   |              |   | Exposición descriptiva  |   |  |
| 18 <sup>(13)</sup> | Huracanes   | USA (2010)   | Todos los afiliados (dentro de organización)            | Descripción intervenciones del MRC<br><br>Capacidad de respuesta y lecciones aprendidas<br><br>Cuantitativo descriptivo | OCVMRC  | Federalizar Voluntarios<br><br>Mejorar sistema de mando y activación   |
| 19 <sup>(28)</sup> | Huracanes<br>Terrorismo<br>Hambrunas              | USA (2010)   | Todos<br>Focalizado en dispensadores de retrovirales    | Crítica al mito del voluntario altruista y al concepto sostenibilidad<br><br>Cualitativo<br>Tipo: Ensayo                | OMS   | Crítica al FMI por usar el <i>triple bottom line</i> (TBL) de forma dañina en tercer mundo   |
| 20 <sup>(17)</sup> | Terremoto   | USA (2011)   | Todos   | Errores en la gestión post-desastre<br><br>Cuantitativo descriptivo   | Estimación en Haití: 10.000. No especificado. | Mejor la ayuda gestionada por organizaciones<br><br>Concepto " <i>medical tourism</i> "  |
| 21 <sup>(6)</sup>  | Terrorismo (WTC/11S)                              | USA (2011)   | Todos ( <i>affiliated and lay disaster volunteers</i> ) | Comparación de 2 grupos: afiliados y profanos<br>Ventajas siempre en los afiliados<br><br>Cuantitativo descriptivo      | ARC   | Mejorar entrenamiento específico, regular exposición y monitorizar intervinientes<br><br>Legislar cobertura<br><br>Concepto clave: " <i>lay disaster</i> " |
| 22 <sup>(7)</sup>  | Tecnológicos<br>Terremoto (Niigataken Chuetsuoki) | Japón (2012) | No profesionales (excluidos todos los de Salud)         | Constructos psico-sociológicos implicados para mejorar la relación entre voluntarios y víctimas en                      | No especificado                               | Concepto clave: " <i>aid acceptance</i> "<br><br>Uso " <i>stress-coping ability</i> " (SOC) como   |

|                    |                                       |                          |  |  |                              |  |
|--------------------|---------------------------------------|--------------------------|--|--|------------------------------|--|
|                    |                                       |                          |  | fase post-desastre<br><br>Cuantitativo descriptivo, constructos psico-sociológicos.  |                              | mejora de trabajo en líderes para cambiar estereotipos poblacionales   |
| 23 <sup>(8)</sup>  | Tecnológico (Fuga petróleo en Méjico) | USA (2012)               | Todos  | Comparación cualitativa entre profesionales y no profesionales dispensando primeros auxilios psicológicos: no constan diferencias<br><br>Cualitativa descriptiva<br><br>Revisión | ARC                          | La intervención temprana PFA no necesita de profesionales de la salud en la fase post-desastre<br><br>Legislación: uso del mismo manual todo el mundo<br><br>Concepto clave: “ <i>lay rescuers</i> ” |
| 24 <sup>(16)</sup> | Terremotos (Gemelos)                  | República de Irán (2012) | Todos no profesionales (incluida la población cercana) | Crítica a la intervención en desastres y propuestas de mejora<br><br>Carta al Editor del tipo: Ensayo  | No especificado              | Mejorar educación y entrenamiento poblacional en fase post-impacto   |
| 25 <sup>(4)</sup>  | Terremoto (Java)                      | Indonesia (2006)         | Todos  | Conductas psicopatológicas que regulan la salud mental en los voluntarios y variables afines de peso en la fase post-impacto<br><br>Cuantitativo descriptivo y correlacional     | Cruz y Media Luna Roja (PMI) | Factores influyentes en el desarrollo del voluntariado<br><br>Bagaje cultural diverso del occidental   |

**Tabla 2.** Resumen de los artículos seleccionados. Fin.

Se redactan en este apartado los 25 artículos de forma extendida para una mejor comprensión del trabajo esquematizado en la Tabla 2. Toda referencia está sujeta al estilo bibliográfico tipo Vancouver y los datos básicos expuestos de cada artículo de la selección bibliográfica llevada a cabo están organizados de la siguiente forma:

1º- Referencia del artículo (puede verse también en referencias bibliográficas).

- 1- Tipología de desastre.
- 2- Fecha y ubicación.
- 3- Tipo de voluntariado.
- 4- Aspectos analizados.
- 5- ONGs participantes.
- 6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios.
- 7- Organizaciones gubernamentales participantes.
- 8- Esferas de actuación.
- 9- Otros datos de interés.

El orden de presentación de los artículos analizados será cronológico, comenzando por el de mayor antigüedad de publicación.

**1º- Hodge JG, Gable LA and Cálves SH: Volunteer health professionals and emergencies: assessing and transforming the legal environment. Biosecurity and Bioterrorism. 2005 Apr;3(3):216-23.**

1- Tipología del desastre: No especificado.

2- Fecha y ubicación: Abril 2005; USA.

3- Tipo de voluntariado: Profesionales de la salud (excluida salud mental).

4- Aspectos analizados:

4.1- Problemas con el marco legal en USA; los estados se rigen por diferentes leyes que dificultan e inhiben la actuación de los voluntarios.

4.2- Propuesta de mejoras unificando creando unos mínimos legales entre estados que sean consistentes y equilibren la necesidad de voluntarios para las emergencias con los derechos de las personas que reciben sus servicios.

5- ONGs participantes: MRC, DMAT, OTAMCT.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: No constan.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: Department of Health and Human Services (DHHS); Health Resources and Services Administration (HRSA); Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO).

8- Esferas de actuación: Estatal e interestatal (sólo USA).

9- Otros datos de interés:

9.1- La legislación de cada Estado obstaculiza el voluntariado a casi todos los niveles cuando deviene la necesidad de desplazarse fuera del propio.

9.2- Problemas con las denuncias de los afectados hacia los voluntarios, baja cobertura para ambos colectivos, tanto por negligencia como por compensación.

9.3- Se propone organizar para todos los Estados unas credenciales con: pautas de responsabilidad, certificación profesional, daños y perjuicios.

**2º- Birnbaum ML: Professionalization and Credentialing. Prehospital and Disaster Medicine. 2005 Aug;20(4):210-11.**

1- Tipología del desastre: Huracanes y terremotos.

2- Fecha y ubicación: Agosto 2005; USA.

3- Tipo de voluntariado: Todos (esto siempre incluye profesionales y no profesionales).

4- Aspectos analizados:

4.1- Inadecuada coordinación y control tanto a nivel nacional como internacional en los desastres. Ante la pregunta: ¿Por qué no aprendemos de las experiencias anteriores? Se responde: Faltan unas bases explícitas sobre las que entrenar a los voluntarios y juzgar sus competencias.

4.2- Inexistencia de mecanismos para la coordinación y centros de control para identificar o tener acceso a: personal cualificado, con credenciales y/u organizaciones, que puedan ser movilizadas, para necesidades específicas.

5- ONGs participantes: Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO por siglas en inglés) y World Association for Disaster and Emergency Medicine (WADEM).

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: No constan.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: Department of Health and Human Services (DHHS).

8- Esferas de actuación: Todas (nacional e internacional).

9- Otros datos de interés:

9.1- Propone eliminar el "Disaster tourism", que como refiere el artículo, en Haití (2004) creó más problemas de los que ya presentaban en la fase post-catástrofe.

9.2- Se deben incluir definiciones rigurosas de efectividad, eficiencia, eficacia, beneficios y costes en todas las intervenciones sobre las catástrofes.

9.3- Nadie tiene ni autoridad ni recursos para gestionar las responsabilidades que son asignadas por cada organización en la intervención. Pregunta sin contestar: ¿Qué organización puede tomar esta carga (de mando)? Se deben legislar unos mínimos sanitarios a nivel mundial, los Gobiernos no deben quedar solos ante los desastres.

**3º- Bjerneld M, Lindmark G, McSpadden LA and Garret MJ: Motivations, Concerns, and Expectations of Scandinavian Health Professionals Volunteering for**

**Humanitarian Assignments. Disaster Management & Response. 2006 Apr; 4 (2):49-58.**

1- Tipología del desastre: No especificado.

2- Fecha y ubicación: Abril 2006; Península Escandinava.

3- Tipo de voluntariado: Profesionales de la salud (excluida salud mental).

4- Aspectos analizados:

4.1- Encuadre teórico de los factores motivacionales humanos que explican la conducta que lleva a un humano a hacerse voluntario y le facilita la probabilidad de volver a serlo en el futuro. Bases teóricas: Maslow & Herzberg.

4.2- Medición de los siguientes constructos: Seguridad, Comunidad y Coherencia, Reconocimiento (Identificación) y Autoestima, Competencia profesional y Maestría, Afán por contribuir, Búsqueda de Autoconocimiento y Desarrollo personal, Búsqueda de Nuevas Experiencias y Deseo de Trabajo más satisfactorio.

5- ONGs participantes: MSF.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: 10 enfermeras (9 mujeres y 1 hombre) y 9 médicos (6 mujeres y 3 hombres). Estadística cualitativa en sentido categorial de los constructos ya mencionados en el punto 4.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: No.

8- Esferas de actuación: Extranjero (todo el mundo menos Suecia y Noruega).

9- Otros datos de interés:

9.1- Existe un flujo de voluntarios que acaban trabajando en ONGs y a su vez, trabajadores de las ONGs que al abandonar su puesto se hacen voluntarios de las mismas. Se solicita que el voluntariado sea reconocido como una profesión en sí misma.

9.2- Los temores entre las enfermeras se encaminan hacia perder sus círculos sociales al regreso de la misión, así como el riesgo a daño físico en situaciones inestables y potenciales vivencias arduas debido a los bajos salarios.

9.3- La probabilidad de abandono de un voluntario es inversamente proporcional a las condiciones percibidas en su asociación/lugar de trabajo, así, a mejores "bienes" percibidos menos probabilidad de abandono.

**4º- Timboe HL and Holt GR: Project HOPE volunteers and the Navy Hospital Ship Mercy. Military Medicine. 2006 Oct;171(10):34-36.** 1- Tipología del desastre: Tsunami, 24 Diciembre 2004.

2- Fecha y ubicación: Octubre 2006; USA.

3- Tipo de voluntariado: Profesionales de la salud (todos).

4- Aspectos analizados:

4.1- Problemas logísticos: el barco no pudo atracar en las Islas por la ausencia de puertos, todo desplazamiento fue mediado por helicóptero, etc.

4.2- Problemas de grado moderado en las áreas: estrés situacional y expectativas individuales.

5- ONGs participantes: Project HOPE.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: 93 voluntarios.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: USA Navy.

8- Esferas de actuación: Islas Océano Índico.

9- Otros datos de interés:

9.1- El periodo de adaptación al entorno marcial (entrenamiento) y la convivencia entre militares y civiles a bordo del Mercy, fueron favorables y positivos tanto entre militares y civiles como entre la gente del Pueblo Indonesio y todos los navegantes del Mercy. Se introduce aquí el término "medical diplomacy" entre USA y el resto del Mundo.

9.2- Se hicieron turnos rotativos con los voluntarios, de 30 días; no generaron efectos adversos sobre ellos, salvo los ya mencionados en el apartado 4.2 que se incrementaron ante entornos de ambigüedad incierta.

9.3- Se calcula que un tercio de los profesionales de la salud murieron en la catástrofe por lo que la dificultad de gestionar a los supervivientes se vio incrementada de forma aguda.

**5º- Adams LM: Mental health needs of disaster volunteers: a plea for awareness. Perspectives in Psychiatric Care. 2007 Feb;43(1):52-54.**

1- Tipología del desastre: Huracanes Katrina (agosto 2005) y Rita (septiembre 2005).

2- Fecha y ubicación: Febrero 2007; USA.

3- Tipo de voluntariado: Todos.

4- Aspectos analizados:

4.1- Prestación de "apoyo social activo" hacia los profesionales y no profesionales que actúan en los desastres.

4.2- Se constata cualitativamente que los grupos de apoyo social activo, que siempre están formados por voluntarios, han de ser pequeños. Esto aumenta la probabilidad de continuidad en labores de voluntariado y incluso en los despliegues tediosos.

5- ONGs participantes: National Voluntary Organizations Active in Disasters (NVOAD) y American Red Cross (ARC).

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: No constan.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAHMSA).

8- Esferas de actuación: Estatal e interestatal (sólo USA).

9- Otros datos de interés:

9.1- Es beneficioso el uso de voluntarios procedentes de Comunidades Cristianas.

9.2- Necesidad de atender la propia salud mental de los intervinientes en catástrofes por parte de un voluntariado que aporte recursos en salud mental, psico-educación en los cambios vitales de recuperación y mecanismos de afrontamiento con los intervinientes.

**6º- Dolce A and Ricciardi M: Impact of psychological risk factors on disaster rescue operations: The case of Italian volunteers. Disasters. 2007 Mar; 31(1):91-103.**

1- Tipología del desastre: No especificado.

2- Fecha y ubicación: Marzo 2007; Italia.

3- Tipo de voluntariado: Todos.

4- Aspectos analizados:

4.1- Las expectativas de obtener un trabajo remunerado en un futuro son la mayor motivación para trabajar de voluntario.

4.2- El distrés psicológico es la suma del perfil socio-demográfico del voluntario más su experiencia y más sus necesidades. Por ello a más años de experiencia, más probabilidad de distrés (cada año de voluntariado se incrementa 0.13 esa probabilidad).

5- ONGs participantes: Fondazione Italiana per il Volontariato (FIVOL).

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: el 61% eran desempleados, de un total de 435 voluntarios. Sólo el 21% necesitaron apoyo psicológico.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: Protezione Civile Italiana y L'Istituto Nazionale di Statistica Italiana (ISTAT);

8- Esferas de actuación: Todas (nacional e internacional).

9- Otros datos de interés:

9.1- Relación directa entre entrenamiento contextual específico más afrontamiento situacional y productividad de los voluntarios.

9.2- El entrenamiento teórico del voluntariado debe ir acompañado siempre de simulaciones dentro del aula y de simulacros con la máxima credibilidad contextual para crear un perfil de especialista en el actor post-desastre.

9.3- La media del nivel académico siempre es más elevada en mujeres que en hombres.

**7º- Fulmer T, Portelli I, Foltin GL, Zimmerman R, Chachkes E and Goldfrank LR: Organization-based incident management: Developing a disaster volunteer role on a university campus. Disaster Management & Response. 2007 Jul;5(3):74-81.**

1- Tipología del desastre: Tsunamis, Huracanes y Terrorismo.

2- Fecha y ubicación: Julio 2007; USA.

3- Tipo de voluntariado: Todos los vinculados a la Universidad que actuaron, sólo, en organizaciones privadas, donde se incluyen todas las ONGs.

4- Aspectos analizados:

4.1- Uso de toda persona vinculada a La Universidad como personal contingente de ser voluntario, por su solidaridad y habilidades específicas.

4.2- Dos tercios abogan por ayudar con un rol definido dentro de una catástrofe, mientras que el mayor temor está vinculado a las enfermedades contagiosas dentro del lugar de intervención.

5- ONGs participantes: No especificado.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: 6000 sujetos analizados. El 72% de los mismos, si su seguridad personal se ve en peligro dentro de la actividad, podría abandonar su área asignada.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: New York University.

8- Esferas de actuación: Estatal e interestatal (sólo USA).

9- Otros datos de interés:

9.1- Los voluntarios siempre juegan un rol crítico dentro de la respuesta a un desastre.

9.2- Existe un sesgo importante por no ser una muestra fielmente representativa de la población; hay sesgo de selección por ser estudiadas personas que se han auto-seleccionado como voluntarios.

9.3- La mayor confianza de los voluntarios reside en los cuerpos de Policía y Bomberos, de hecho, es superior a la depositada sobre los oficiales médicos.

**8º- Casey KM: The global impact of surgical volunteerism. Surgical Clinics of North America. 2007 Aug;87(4):949-60.**

1- Tipología del desastre: No especificado.

2- Fecha y ubicación: Agosto 2007; USA.

3- Tipo de voluntariado: Profesionales de la salud (excluida salud mental).

4- Aspectos analizados:

4.1- Diplomacia médica como forma de extender las acciones y divulgar el bien a nuestros semejantes por todo el Planeta.

4.2- Crítica constructiva al Rol del voluntario por todo el mundo.

5- ONGs participantes: Proyecto Esfera, Humanitarian Accountability Partnership (HAP), HOPE y Terror Free Tomorrow.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: hay 160.000 cirujanos voluntarios retirados en USA.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: American College of Surgeons (ACS).

8- Esferas de actuación: Todas (nacional e internacional).

9- Otros datos de interés:

9.1- Los voluntarios aún no son totalmente apreciados en todos los países y culturas.

9.2- Existencia de problemas con las licencias para ejercer, la responsabilidad del cirujano y la logística en el lugar de trabajo.

9.3- Se propone legalizar y regular las intervenciones además de fomentar como valor educacional todo ello dentro del código de conducta (código deontológico para nuestra legislación) de los Cirujanos.

**9º- Barsky LE, Trainor JE, Torres MR and Aguirre BE: Managing volunteers: FEMA's Urban Search and Rescue programme and interactions with unaffiliated responders in disaster response. Disasters. 2007 Dec;31(4):495-507.**

1- Tipología del desastre: No especificado.

2- Fecha y ubicación: Diciembre 2007; USA.

3- Tipo de voluntariado: Todos.

4- Aspectos analizados:

4.1- Funciones del voluntariado y relación del mismo con las organizaciones.

4.2- Diferenciación entre voluntario afiliado y no afiliado.

4.3- Los tres tipos de tratamiento a los voluntarios: los "sin poder de actuación", los legitimados-útiles-responsables (cuasi-profesionales) y los que se deben "descartar" por no estar entrenados.

5- ONGs participantes: No especificado.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: No constan.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: Federal Emergency Management Agency (FEMA), Urban Search and Rescue Task Force (US&R Task Force).

8- Esferas de actuación: Todas (nacional e internacional).

9- Otros datos de interés:

9.1- Se deben asignar roles siempre que se interviene con voluntarios ya que les debe proteger tanto a los afectados que como de sí mismos.

9.2- Los entrenamientos parciales no son suficientes para el desarrollo como fuerza de trabajo de un voluntario.

9.3- Se debe mantener a los voluntarios ocupados en tareas que sean envolventes para ellos mientras estén alejados de las áreas de peligro.

**10º- Aakko E, Weed N, Konrad R and Wiesman J: Rethinking volunteer management using a centralized volunteer staging and training area. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2008 Jun;2(2):127-29.** 1- Tipología del desastre: No especificado.

2- Fecha y ubicación: Junio 2008; USA.

3- Tipo de voluntariado: Todos.

4- Aspectos analizados:

4.1- Entrenamiento de voluntarios “off the street” en los *point of dispensing sites* (POD). Coordinados desde el *volunteer staging and training area* (VSTA) cuando sea un desastre de intervención a largo plazo.

4.2- Ventajas de lo anterior en: reducción de estrés, entrenamiento continuo a nuevos voluntarios, *burnout* minimizado, monitorización de todos los procesos, evitación de cuellos de botella, logística y proceso de vacunación mejorados, y finalmente entrenamiento básico riguroso para todos los voluntarios.

5- ONGs participantes: ARC y MRC.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: No constan.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: Center of Disease Control (CDC);

8- Esferas de actuación: Estatal e interestatal (sólo USA).

9- Otros datos de interés:

9.1- Se pretende crear una estandarización a nivel nacional (el proyecto es a escala mundial) en todos los procesos e intervinientes de los desastres que acontezcan en el Planeta.

9.2- Todo voluntario tiene que: conocer sus tareas personales, llevar su equipo personal de protección, estar registrado oficialmente, llevar una identificación, mostrar las credenciales oficiales de sus competencias y/o estudios, estar entrenado al menos de forma básica en el sistema operativo de mando y además en pasar otro entrenamiento avanzado o específico de respuesta.

**11º- Middleton G: Civilian volunteers building public health resilience. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2008 Dec;2(4):258-60.** 1- Tipología del desastre: Terrorismo (*antrax mailings*), Tormenta Tropical (Hanna, 2008) y Huracanes Katrina (2005), Rita (2005) y Gustav (2002).

2- Fecha y ubicación: Diciembre 2008; USA.

3- Tipo de voluntariado: Todos.

4- Aspectos analizados:

4.1- Versatilidad del Medical Reserve Corps (MRC), se adaptan a diversos desastres y subtipos de los mismos.

4.2- Funciones del MRC.

5- ONGs participantes: ARC.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: No constan.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: US Department of Health and Human Services (HHS).

8- Esferas de actuación: Estatal e interestatal (sólo USA).

9- Otros datos de interés:

9.1- En el 11S muchos voluntarios altamente cualificados fueron descartados (falsos negativos) al presentarse para prestar ayuda. Se propone crear unidades locales que gestionen la acreditación del voluntario para estar preparados la próxima vez.

9.2- Una vez pre-identificados siempre deben pasar por un entrenamiento básico.

9.3- La ayuda estatal puede tardar de días a semanas en llegar y hay que estar preparados localmente en todos los estados.

**12º- Swygard H and Stafford RE: Effects on health of volunteers deployed during a disaster. The American Surgeon. 2008 Sep;75(9):747-52; discussion 752-53.**

1- Tipología del desastre: Huracanes (Katrina, 2005), Terrorismo (WTC/11S), Terremotos (China y Pakistán) y Tsunami (Indonesia, 2004).

2- Fecha y ubicación: Septiembre 2008; USA.

3- Tipo de voluntariado: Profesionales de la salud (incluida salud mental).

4- Aspectos analizados:

4.1- Problemas fisiológicos: lesiones de piel, pérdida de peso, transpiración nocturna, náuseas, vómitos, diarreas, problemas respiratorios, etc.

4.2- Problemas psicológicos: pesadillas, pensamiento evitativo, hipervigilancia, distanciamiento y estrés postraumático (síntomas).

5- ONGs participantes: No especificado.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: No son relevantes.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: North Carolina Office of Emergency Medical Services (NCOEMS);

8- Esferas de actuación: Todas (nacional e internacional).

9- Otros datos de interés:

9.1- Un elevado porcentaje de voluntarios se creen inmunes a todo tipo de peligros durante la misión; algunos se descuidan y no usan o usan mal los equipos de protección facilitados.

9.2- Siempre hay cierto grado de problemas logísticos en las intervenciones, y detrás de esto subyace a veces un problema en la organización.

9.3- Se deben estandarizar estrategias para identificar bien la forma de entrenar con respecto a la higiene, las medidas preventivas, la transmisión de enfermedades y el uso saludable del agua.

**13º- Viola D, Arno P and Tegtmeier C: Volunteer advocacy: The need for national workers' compensation. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2010 Jun;4(2):101.**

1- Tipología del desastre: Terrorismo (WTC/11S).

2- Fecha y ubicación: Junio 2010; USA.

3- Tipo de voluntariado: Todos.

4- Aspectos analizados:

4.1- Legislación deficiente (última revisión en 1972) y sistema de salud fragmentado, inequitativo e inconsistente.

4.2- Ausencia de compensaciones tanto en desastres naturales como en los hechos por el hombre. Los voluntarios sin seguro (desempleados y/o con baja especialidad) tienen poca o ninguna cobertura ante heridas y/o enfermedades.

5- ONG participantes: No especificado.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: No constan.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: No constan.

8- Esferas de actuación: Estatal e interestatal (sólo USA).

9- Otros datos de interés:

9.1- Es una carta al Editor en la que se solicita una compensación a los voluntarios damnificados del 11S como un primer paso en defensa del voluntariado a nivel de todo USA. Este programa de compensación nacional para trabajadores y voluntarios debe ser consistentemente equitativo.

9.2- USA debe estructurar una cobertura universal de acceso y alta cualificación para trabajadores y voluntarios, sin olvidarse de los trabajadores de emergencias y todo tipo de voluntarios.

**14º- Clukey L: Transformative experiences for Hurricanes Katrina and Rita disaster volunteers. Disasters. 2010 Jul;34(3):644-56.**

- 1- Tipología del desastre: Huracanes (Katrina y Rita, 2005).
- 2- Fecha y ubicación: Julio 2010; USA.
- 3- Tipo de voluntariado: Profesionales de la salud (incluida salud mental).
- 4- Aspectos analizados:
  - 4.1- Relaciones personales, frustración con el liderazgo, cambio personal y ansiedad.
  - 4.2- Tiempo necesario para acomodar el proceso experiencial vivido por cada voluntario.
- 5- ONGs participantes: Logias Religiosas o Evangélicas (no especificadas), ARC y MSF.
- 6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: 8 voluntarios veteranos (3 mujeres y 5 hombres). 80% del total con shock, irascibilidad, duelo, fatiga, pensamientos intrusivos, terrores nocturnos y sueño interrumpido.
- 7- Organizaciones gubernamentales participantes: No constan.
- 8- Esferas de actuación: Estatal e interestatal (sólo USA).
- 9- Otros datos de interés:
  - 9.1- Se encontraron áreas de conflicto al implementar las reglas de actuación de forma rígida y se propone actuar en un futuro con más pragmatismo situacional.
  - 9.2- La frustración sobre las comunicaciones recibidas se basan en: el liderazgo, la información y la experiencia de los organizadores.
  - 9.3- El re-test después de 1 año ha sido revelador en este estudio cualitativo.

**15º- Thormar SB, Gersons BP, Juen B, Marschang A, Djakababa MN and Olff M: The mental health impact of volunteering in a disaster setting: a review. The Journal of Nervous and Mental Disease. 2010 Aug;198(8):529-38.**

- 1- Tipología del desastre: No especificado.
- 2- Fecha y ubicación: Agosto 2010; Países Bajos.
- 3- Tipo de voluntariado: Profesionales de la salud (incluida salud mental).
- 4- Aspectos analizados:
  - 4.1- Confusión y ambigüedad de rol.
  - 4.2- Variables que afectan en el voluntariado en el afrontamiento de los desastres: características socio-demográficas, duración, intensidad, exposición, entrenamiento previo, experiencia y estatus del voluntario.

5- ONGs participantes: Flag of the Red Crescent, Cruz Roja y MSF.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: No constan; se revisaron 9 artículos de forma plena.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: Diversas Universidades de Centro Europa y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

8- Esferas de actuación: Todas (nacional e internacional).

9- Otros datos de interés:

9.1- Nueva categoría voluntarios, los *walk-in volunteers* : son comúnmente estudiantes de universidad o desempleados que están disponibles de forma inmediata ante un desastre. Se diferencian del voluntario clásico al ser éste: una persona externa que recibe entrenamiento básico por parte de una organización consolidada.

9.2- Propone para estudios futuros: neuroticismo, estilo de afrontamiento evitativo, historial sobre desórdenes psicológicos, heridas sufridas o temor a perder la vida, bajo apoyo social, estatus socio-económico bajo, género y juventud.

9.3- Relación débil entre exposición y TEPT, ansiedad, depresión e irascibilidad (rabia des-adaptativa).

**16º- Flegel K, MacDonald N and Hébert PC: Volunteering overseas made easy. Canadian Medical Association Journal. 2010 Oct;182(14):1493.**

1- Tipología del desastre: Terremotos y Zonas de Conflictos.

2- Fecha y ubicación: Octubre 2010; Canadá.

3- Tipo de voluntariado: Profesionales de la salud (incluida salud mental).

4- Aspectos analizados:

4.1- Voluntarios en zonas de conflicto: padecen efectos negativos, pueden ser culturalmente insensibles o categóricamente inapropiados. Incluso los voluntarios veteranos cuando son testigos de extrema depravación, violencia/brutalidad e injusticias sociales pueden generar cicatrices emocionales que desemboquen en un TPET.

4.2- Falta de coordinación, apoyo organizacional limitado y personal sin preparación son las barreras que dificultan más la labor de voluntariado.

5- ONGs participantes: No especificado.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: 30% son médicos.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: No consta.

8- Esferas de actuación: Extranjero (todo el mundo salvo Canadá).

9- Otros datos de interés:

9.1- Adolecen no tener un regreso cálido por parte de las instituciones y los compañeros después de haber cumplido la misión.

9.2- Propone legislar en las Facultades de las Ciencias de la Salud de forma reconocida la labor del voluntario como una actividad promocional elegible para todos los facultativos y entrenadores.

**17º- Fitch E: Managing the risks of incorporating volunteers into Public Health Emergency Response: The other side of the liability issue. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2010 Oct;4(3):252-54.**

1- Tipología del desastre: No especificado.

2- Fecha y ubicación: Octubre 2010; USA.

3- Tipo de voluntariado: Todos.

4- Aspectos analizados:

4.1- Gestión del riesgo con voluntarios: reducir riesgo de lesión (deseado o no deseado), reducir el riesgo de pérdidas pecuniarias y reducir el potencial daño a los haberes intangibles de la organización (reputación, alistamiento o asociados).

4.2- Fases del voluntariado: Selección, preparación, activación, supervisión y protección.

5- ONG participantes: MRC.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: No constan.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: No constan.

8- Esferas de actuación: Estatal e interestatal (sólo USA).

9- Otros datos de interés:

9.1- Propone crear protecciones legales al voluntariado en todos los estados.

9.2- Los primeros auxilios psicológicos que se entrenan en la organización también deben ser útiles al propio voluntario, incluso para su propio bienestar emocional.

**18º- Frasca DR: The Medical Reserve Corps as part of the federal medical and public health response in disaster settings. Biosecurity and Bioterrorism. 2010 Sep;8(3):265-71.**

1- Tipología del desastre: Huracanes (Katrina y Rita, 2005).

2- Fecha y ubicación: Septiembre 2010; USA.

3- Tipo de voluntariado: Todos.

4- Aspectos analizados:

4.1- El despliegue de toda la organización (MRC) que fue necesaria, en relación a la movilización por los huracanes.

4.2- Proceso de selección: aprobado, credenciales, entrenamiento y cribado.

5- ONGs participantes: MRC y Office of the Civilian Volunteer Reserve Corps (OCVMRC).

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: a fecha de septiembre del 2009 estaban inscritos 189.173 voluntarios, entre los cuales, 14.328 eran médicos, 1.994 eran dentistas y 51.413 eran enfermeras.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: Department of Health and Human Services (DHHS), Office Assistant Secretary for Preparedness and Response (ASPR), Emergency Support Function (ESF) e Incident Response Command Team ((IRCT).

8- Esferas de actuación: Estatal e interestatal (sólo USA).

9- Otros datos de interés:

9.1- Apoyo prestado: refugios, necesidades de los refugios y estaciones federales; locales de medicina clínica y hospitales; evacuación y reparación; inmunización de respondientes y comunidad; comunicación y logística; refugio a animales (incluidas mascotas); actuación en evacuaciones conductuales saludables; dispensación de comidas y toma de medicamentos.

9.2- Errores detectados: la activación no fue lo suficientemente clara, se necesita un procedimiento por escrito que explique e informe a los voluntarios el tipo de despliegue; el sistema de mando en incidentes se necesita entrenar más y no todos los voluntarios desean ser federalizados (militarizados).

9.3- En los huracanes Gustav e Ike no se monitorizaron bien las actividades hechas, los números, los tipos de voluntarios usados y el número de pacientes tratados por las unidades MRC.

9.4- Se definen como una fuerza multiusos que trabaja igual de bien si está federalizada como con ONGs, su colaboración con la Cruz Roja es un ejemplo de ello.

**19º- Maes K: Examining health-care volunteerism in a food- and financially-insecure world. Bull World Health Organ. 2010 Nov;88(11):867-69.**

1- Tipología del desastre: Huracanes, Terremotos y Hambrunas.

2- Fecha y ubicación: Noviembre 2010; USA.

3- Tipo de voluntariado: profesionales de la salud (excluida salud mental) y no profesionales entrenados en organizaciones como dispensadores de antirretrovirales (VIH/SIDA) y otros fármacos.

4- Aspectos analizados:

4.1- Crítica al mito de voluntario “sin egoísmo” y al “espíritu del voluntariado”.

4.2- Concepto de sostenibilidad criticado desde el *triple bottom line* por no ser lo suficientemente riguroso ni sostenible en la implementación de salud a nivel mundial.

4.3- Inseguridad alimentaria en relación al incremento del voluntariado en regiones donde la padecen los que desean prestar el servicio.

5- ONG participantes: OMS.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: No constan.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: No constan.

8- Esferas de actuación: Internacional.

9- Otros datos de interés:

9.1- El FMI impuso techos de gasto en salud gubernamental creando un círculo vicioso que es respaldado por la Comunidad Internacional en aras de la sostenibilidad de los Países más desfavorecidos. El artículo afirma que ha sido una acción desacertada para esos Países.

9.2- Propone crear voluntarios pagados justamente y que posean seguridad laboral (incluida la médica) en los Países de bajos ingresos.

9.3- Los voluntarios de la salud deberían tener trabajos seguros, estar bien alimentados tanto ellos como sus Comunidades y participar en los sistemas de salud junto con las personas necesitadas de cuidado.

**20º- Jobe K: Disaster relief in post-earthquake Haiti: Unintended consequences of humanitarian volunteerism. Travel Medicine and Infectious Disease. 2011 Jan;9(1):1-5.**

1- Tipología del desastre: Terremoto (Haití, 2010).

2- Fecha y ubicación: Enero 2011; USA.

3- Tipo de voluntariado: Todos.

4- Aspectos analizados:

4.1- La cualificación de todos los profesionales médicos, que no estuvo a la altura; se usa el término *medical tourism* para resaltar las no bondades de las misiones médicas de estancia corta.

4.2- Efectividad superior del voluntariado sanitario siempre que esté dispensado desde un sistema organizado que contenga una infraestructura, siendo el voluntario un miembro de la misma.

5- ONG participantes: Estimación de 10.000.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: No constan.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: Ministerio de Salud de Haití (el 90% de los profesionales fallecieron en el terremoto o en la fase post-desastre).

8- Esferas de actuación: República de Haití.

9- Otros datos de interés:

9.1- Los voluntarios deben evitar crear expectativas alejadas de la realidad en la comunidad de cualquier emplazamiento post-desastre donde estén interviniendo.

9.2- Al principio las ONGs estuvieron bloqueadas por saturación logística, no obstante se propone una futura restricción de las mismas mediante una mayor exigencia de acreditación.

9.3- Se debe vigilar de forma rigurosa a las ONGs auto-proclamadas, por su mala praxis, constatada en la obtención de fármacos y posterior venta en el mercado por oportunistas.

**21º- Debchoudhury I, Welch AE, Fairclough MA, Cone JE, Brackbill RM, Stellman SD and Farfel MR: Comparison of health outcomes among affiliated and lay disaster volunteers enrolled in the World Trade Center Health Registry. Preventive Medicine. 2011 Dec;53(6):359-63.**

1- Tipología del desastre: Terrorismo (WTC/11S).

2- Fecha y ubicación: Diciembre 2011; USA.

3- Tipo de voluntariado: Todos.

4- Aspectos analizados:

4.1- Comparaciones entre los voluntarios afiliados, pertenecientes a una organización oficial, de los profanos o legos que son los no afiliados con una organización de respuesta reconocida por el Gobierno.

4.2- Variables: género, edad, raza/etnia, educación, ingresos anuales en el hogar, empleo/desempleo, residencia habitual y años vividos en qué Estado.

5- ONG participantes: ARC.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: Afiliados (n=3702) en su mayoría mujeres entre 45-67 años que estuvieron poco expuestos (25%) y Legos (n=1272) en su mayoría hombres entre 25-44 años multi-expuestos a todo tipo de riesgos (75%).

7- Organizaciones gubernamentales participantes: Department of Health and Mental Hygiene (NYCDOHMH) y Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR).

8- Esferas de actuación: Estatal (sólo USA).

9- Otros datos de interés:

9.1- Propone mejoras en: el entrenamiento específico y familiarizar con las operaciones procedimentales de salvamento; se deben limitar las exposiciones peligrosas a unos mínimos espacio temporales.

9.2- Nuevas propuestas: mejora del seguimiento de las personas, convertir en necesidad social este problema social y monitorizar los programas de tratamiento.

9.3- Sesgo clasificatorio por auto-identificarse muchos legos como afiliados ya que no tenían experiencia ni entrenamiento pre-desastre.

9.4- Otro sesgo fue que los estudiantes y el personal escolar no fueron objeto del estudio.

**22º- Haraoka T, Ojima T, Murata C and Hayasaka S: Factors influencing collaborative activities between non-professional disaster volunteers and victims of earthquake disasters. PLOS ONE. 2012 Oct;7(10): e47203.**

1- Tipología del desastre: Tecnológicos y Terremotos (Niigataken Chuetsuoki, 2007).

2- Fecha y ubicación: Octubre 2012; Japón.

3- Tipo de voluntariado: No profesionales (excluida toda la salud).

4- Aspectos analizados:

4.1- Aceptación por parte de la población de la ayuda prestada por los voluntarios no profesionales, que son el típico ciudadano medio sin especialización concreta, el cuál implementa actividades de apoyo en las áreas de desastre. Concepto a trabajar, *aid acceptance*, para moldear a la población que reniega de la potencial ayuda.

4.2- Encuadrado dentro del *Health Belief Model* (HBM), analiza los factores que contribuyen a hacer colaborativas las actividades entre víctimas y voluntarios no profesionales. Existe una barrera cultural en Japón por la que su código de honor les hace molesto recibir ayuda de otros humanos.

5- ONG participantes: No especificado (el 98.6% de *todas* las asociaciones respondieron al terremoto Niigataken Chuetsuoki).

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: 261 cuestionarios válidos.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: Japan Research on Health Security Control (RHSC) y Universidad de Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales de Japón.

8- Esferas de actuación: Islas de Japón.

9- Otros datos de interés:

9.1- Uso por parte de los voluntarios del *stress-coping ability* (SOC), que es una competencia de los jefes grupo, la cual, se basa en estos tres constructos: comprensibilidad, adecuabilidad y significación. A mayor nivel SOC, mejor despliegue e interacción de los voluntarios coordinados por el líder.

9.2- Los beneficios percibidos es el factor que mayor peso conlleva en las interacciones de voluntarios y víctimas, no obstante, algunas víctimas declinaron la ayuda de los voluntarios y también hubo casos donde las víctimas no buscaron asistencia para

ellos mismos. Los porcentajes varían en un rango tan amplio que no permiten un plan de contingencias globalizado.

9.3- Las tareas de los voluntarios eran: salvar vidas, evacuar residentes y proveer de asistencia inmediata. A mayor severidad percibida del terremoto mayor era la colaboración de las víctimas con los jefes de grupo y los voluntarios.

**23º- Fox J, Burkle Jr, Bass J, Pia FA, Epstein JL and Markenson D: The Effectiveness of Psychological First Aid as a Disaster Intervention Tool: Research Analysis of Peer-Reviewed Literature From 1990-2010. Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2012 Oct;6(3):247-52.**

1- Tipología del desastre: Tecnológico (fuga de petróleo en Méjico, 2010).

2- Fecha y ubicación: Octubre 2012; USA.

3- Tipo de voluntariado: Todos.

4- Aspectos analizados:

4.1- Estudio de diferencias entre profesionales y no profesionales (voluntarios sin licencia ni entrenamiento en intervención de salud mental en catástrofes) en los procesos de *psychological first aid* (PFA) post-catástrofes.

4.2- Intervención temprana (ej: aplicación de PFA) diferenciada de terapia clásica (cualquier Escuela Psicológica); no hay evidencia empírica a día de hoy que respalde una política formal de intervención terapéutica.

5- ONG participantes: ARC.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: en la ARC al menos el 50% recibe entrenamiento en PFA.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: National Institutes of Health (NIMH).

8- Esferas de actuación: Todas (nacional e internacional).

9- Otros datos de interés:

9.1- Definición PFA: proveer seguridad, efectiva y viable en las intervenciones de primeros auxilios por parte de voluntarios sin entrenamiento previo en salud mental cuando se confronten con personas que hayan vivido un evento traumático.

9.2- Las variables comparativas del estudio son: seguridad, efectividad y forma realista (plausible) de intervención. El uso de manual en la intervención es básico para crear una base de trabajo homologable a otras catástrofes.

9.3- Existe un sesgo de selección por circunstancias operacionales al no ser los voluntarios elegidos de manera aleatoria en la base poblacional; además de otro sesgo de clasificación porque el escrutinio está basado en conjeturas racionales, prácticas comunes y opinión de expertos.

**24º- Rikhtegar R, Zarrintan S and Kakaei F: Recent twin earthquakes in Iran: Was volunteer assistance effective? Prehospital and Disaster Medicine. 2013 Jun;28(3):311.**

1- Tipología del desastre: Terremotos Gemelos agosto 2012.

2- Fecha y ubicación: Enero 2013; República de Irán.

3- Tipo de voluntariado: Todos los no profesionales.

4- Aspectos analizados:

4.1- Carta crítica al Editor: voluntarios que desconocían el tipo de colaboraciones que son efectivas, aportaron una asistencia inconsistente, tuvieron problemas de comunicación entre ellos y junto con las telecomunicaciones bloqueadas poca ayuda fue prestada de forma eficaz.

4.2- La expectación de los voluntarios por llegar a las ciudades dañadas bloqueó las carreteras y dificultó la llegada de ayuda oficial y por tanto organizada, eficaz, con recursos y experiencia anterior en desastres.

5- ONG participantes: No especificado.

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: No constan.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: No constan.

8- Esferas de actuación: República de Irán.

9- Otros datos de interés:

9.1- Propuesta: establecer planes educativos para toda la población encarando de forma organizada los futuros terremotos.

9.2- Los voluntarios deberían ser educados y entrenados para poder proveer el mayor cuidado eficiente al mayor número de personas heridas.

**25º- Thormar SB, Gersons BP, Juen B, Djakababa MN, Karlsson T and Olff M: Organizational factors and mental health in community volunteers. The role of exposure, preparation, training, tasks assigned, and support. Anxiety, Stress & Coping. 2013 Sep;26(6):624-42.**

1- Tipología del desastre: Terremoto (Java, 2006).

2- Fecha y ubicación: Septiembre 2013; Países Bajos.

3- Tipo de voluntariado: Todos.

4- Aspectos analizados:

4.1- Dimensiones que impactan en el voluntario durante las misiones de recuperación post-catástrofe: género y edad; exposición y horas trabajadas; tareas asignadas durante la misión; preparación y entrenamiento; variables de apoyo (con superiores, expresión de necesidades o reconocimiento). Basado en la propuesta empírica

de Hobfoll con cinco constructos: seguridad, calma, yo- y comunidad-eficacia, conectividad y esperanza.

4.2- Psicopatologías comunes en el voluntariado: evitación, hiperactividad, intrusismo, ansiedad, depresión, quejas subjetivas, pseudo-neurología, somatizaciones y alergias.

4.3- Acciones protectoras en los voluntarios para su salud mental: rotación de puestos, información precisa sobre la situación, usar equipos de calidad (incluye el EPI), recibir entrenamiento previo antes de la misión, gestión de los turnos y horas de trabajo de forma apropiada en todas las áreas, fluctuación de tareas dentro del mismo puesto, suplementar la falta de recursos proveyendo de recursos adecuados que aumenten la seguridad y fortalezcan el apoyo organizacional.

5- ONG participantes: Cruz/Media Luna Roja Indonesia – *Palang Merah Indonesia* (PMI).

6- Datos estadísticos relevantes sobre los voluntarios: Total: 506 voluntarios, el 74% hombres y el 26% mujeres; de todos los géneros, el 75% eran menores de 30 años. El 93% tenía un trasfondo cultural islámico.

7- Organizaciones gubernamentales participantes: Universidades de Centro Europa.

8- Esferas de actuación: Indonesia.

9- Otros datos de interés:

9.1- Se constata que hay más voluntarios a día de hoy que a finales del siglo pasado. Sólo en el 2010 la Cruz/Media Luna Roja gestionaron y/o movilizan a dos millones de voluntarios en todo el mundo.

9.2- Debido a que el 93% de la población afectada es culturalmente Islámica prevalece la depresión en los hombres por encima de las mujeres en los voluntarios, con una etiología dual, la internalización de las emociones y perder el trabajo.

9.3- Entre voluntarios, a menor edad, hay más ansiedad que en los más mayores; también el número de horas de exposición laboral tiene una relación directa; no obstante, el *burnout* sólo se presenta si los voluntarios se implican en las historias extendidas de los afectados y las tragedias personales.

## 5. DISCUSIÓN

Tras la revisión bibliográfica realizada, tan sólo se han identificado 25 artículos que pudieran ser incluidos bajo los criterios ya expuestos. Se pretende explicar este exiguo número por diversas causas:

1. La desacertada selección de las revisiones bibliográficas llevadas a cabo, tanto por no haber escogido de forma pertinente los términos de búsqueda, como por ser las fuentes de datos localizadas en lugar poco propicio.
2. Probable nulidad o aportación espuria del tema tratado, porque representa que estamos ante territorios vírgenes en el ámbito académico y si nadie ha

publicado antes unas bases, es muy probable un bajo el nivel de pertinencia a para ser tratado.

3. Escasa necesidad de un enfoque multidisciplinar, ya que cada área del saber enfoca fiablemente sus competencias de estudio, por ello los expertos son ya suficientemente versátiles en sus apreciaciones.
4. Demasiada exposición a sesgos en el trabajo por parte de los conocimientos básicos del que formula las hipótesis.
5. Inocencia en la direccionalidad de las publicaciones por el apoyo institucional que las promueven en un sentido de costes y beneficios, por lo tanto, con un parámetro únicamente económico.

Debido a que ninguno de los artículos afronta de forma plena el tema de este trabajo, se ha tenido que plantear desde cada una de las perspectivas expuestas en cada artículo en un intento de unificar criterios para una coherencia del análisis.

En resumen, por tipo de catástrofe, en huracanes sólo se resalta la logística, al igual que en tsunamis; sin embargo en los terremotos se focaliza la captación, formación, logística y tareas de campo. Esto es significativo por ser la logística lo más importante en las catástrofes naturales y por ser lo menos importante el apoyo psicosocial y los tres factores de salud (aguda, mental y preventiva). Se deduce de esto que ante unas prioridades de afrontamiento tales, los terremotos serían las catástrofes que más movilización y preparación requieren desde la gestión del voluntariado; dando por ello la impresión de ser los terremotos el tipo de catástrofe más perjudicial de las tratadas en los artículos de este trabajo. No se quiere quitar peso ni relevancia a los restantes tipos de catástrofes sino marcar el tipo más complejo en este ámbito. Respecto a los antrópicos, en los de terrorismo importan captación, logística y preventiva; así, en los tecnológicos sólo añade a estos tres el de tareas de campo. Por lo tanto, vuelven a faltar apoyo psicosocial, salud mental y aguda, y formación. Las prioridades son otras en contraste con los naturales, quedando claro que la fase post-desastre en catástrofes parece necesitar focalizarse en una intervención rápida y eficaz, y no en un inicio terapéutico ya formalizado hacia cauces de recuperación estrictos en posteriores fases del desastre<sup>(3, 4)</sup>. Cabe la posibilidad de hacer un análisis más agudo entre los naturales y los *hechos por el hombre (man-made)*; mientras tienen en común captación, logística y tareas de campo les diferencian: formación en naturales y sanitaria preventiva en antrópicos, de aquí se puede inferir que los naturales se focalizan más en la preparación y los antrópicos en la salud a corto y medio plazo. Para ir concluyendo, dentro de los artículos donde no se especificaba el tipo de desastre, los factores relevantes son captación, preventiva y tareas de campo; por ello, no contradicen la información ya expuesta ni arrojan nueva luz sobre otros factores. Sin embargo este análisis consolida lo anteriormente expuesto por varias razones; la primera sería: el factor captación es importante, ya que si no se alistan voluntarios, no se podrá nunca formarlos. La segunda razón sería que el factor sanitario preventivo prevalece sobre el agudo y el mental para reducir la segunda cresta de mortalidad que acontece en casi todas las catástrofes; y por último, la tercera razón sería que las tareas de campo son más importantes que el apoyo psicosocial por ser este factor ya implementado en una fase post-desastre más tardía.

En la distribución por continentes el factor común exaltado es la formación; América se enfoca hacia captación, sin embargo Europa y Asia comparten el enfoque logístico. Además, Asia destaca en preventiva y tareas de campo mientras que Europa en salud mental. Se puede observar de forma clara qué es lo que importa por su gradiente cultural en cada zona del Globo citada, esto es, todos los continentes comparten que hay que formar a los voluntarios; no obstante los americanos quieren más afiliaciones de voluntarios, mientras los europeos tratan de reducir el impacto mental en toda la población, y finalmente, los asiáticos tratan de prevenir en salud e implementar una buena mano de obra en la zona de impacto. Destaca, ya como un clásico, la ausencia del apoyo psicosocial como prioridad en catástrofes desde los tres continentes analizados.

Finalmente, en las tres ONGs de mayor aparición en los artículos, no se localiza un factor común, dando esta variedad enriquecedora: Cruz Roja (CR), que incluye a la Media Luna Roja, prioriza los factores sanitario agudo y preventivo; *Medical Reserve Corps* (MRC) se focaliza en captación, logística y tareas de campo; por último, Médicos Sin Fronteras (MSF) comparte los factores sanitario agudo y preventivo con CR, las tareas de campo con MRC y además, aporta sanitario mental. Es evidente que en este pluralismo de ONGs los factores en los que se focaliza cada organización varíen y no por ello se resienta la gran labor ejercida a nivel mundial por estas tres grandes citadas; aún así, están ausentes los factores apoyo psicosocial y formación. Respecto al segundo cabe la posibilidad que ninguna de las ONGs focalice sus recursos en formación por estar tan consolidadas a nivel formativo-profesional en el área del voluntariado, que por ello puedan orientar sus mayores esfuerzos a factores más relevantes. Cabe destacar, desde un razonamiento inductivo, que si relacionamos los orígenes y cosmovisiones de cada una de estas Organizaciones, junto con sus continentes de origen, llegamos a observar que: en América son más pragmáticos y cuantitativos, mientras en Asia son más prácticos y reactivos (aunque la tendencia está cambiando hacia otra más proactiva), y finalmente, en Europa son más teóricos y cualitativos. Lógicamente, el razonamiento que ha llevado a esta generalización por continentes está sujeto a la omisión impropia de los sesgos que existen en este análisis y por ello no será incluido en el apartado conclusiones.

Dando ahora paso a los problemas del voluntariado, que han sido catalogados en tres tipos generales y cada uno de ellos en dos subtipos específicos, se encuentra que pese a la importancia dada a todos, hay niveles para contrastar. De hecho, un mínimo del 60% de los artículos analizan todos los subtipos, quedando a este nivel (60%) los subtipos problemas con compañeros y salud propia. Así que de cada diez artículos seis se focalizan en la interrelación problemática con otros voluntarios y/o miembros de la organización con la que se trabaja, y también en diez de cada seis en problemas de salud de los voluntarios. Todo ello queda incluido en la *praxis* post-catástrofe tanto en voluntarios afiliados como no afiliados, sin olvidar que son estos últimos los que se implican en mayor grado en accidentes no intencionales y también, autolesiones. Por otra parte, se ve reflejado que el enfoque de los problemas del voluntariado es siempre el sentido común occidental<sup>(23)</sup>. Esto es, el criterio de medida que prima es el valor (y respeto) de la vida humana aunque algún artículo plantee esto como una crítica por ser demasiado etno-céntricos los estudios científicos sobre el ámbito del voluntariado en catástrofes. En el nivel intermedio de estudio de problemas están los de interrelación con los afectados y los legislativos, aunque en USA sean estos últimos prioritarios por sus problemas entre los estados miembros de la Federación, buena muestra de ello es que éstos no ocurren en Canadá. Sobresalen finalmente los problemas en este orden: la salud a terceros en casi tres de cada cuatro artículos, siendo el problema que demanda más atención a nivel mundial que no sólo en jurisdicción estatal. No es de extrañar esta focalización por el hecho que, por muy buenas intenciones que tenga un voluntario, es posible que dañe a otros mediante una negligencia o intencionadamente. Siendo causante de dolor o incluso de la muerte de afectados en la catástrofe, esto podría explicar que éste sea el factor de más peso en los artículos. El segundo problema más importante es la gestión logística de los problemas del que ya se ha hecho mención relevante por ser el factor común por tipo de catástrofe en todos los artículos que las señalan. Se observa que la varianza entre la aparición de los seis subtipos medidos es relativamente baja (Rango: 60-72%) y por ello se recalca que importan todos los subtipos. De todo lo anterior en este apartado, se deduce que: en el ámbito de las catástrofes se focalizan los esfuerzos por mejorar en las áreas sanitarias (aguda, mental y preventiva), y después en abastecimiento correctamente organizado. Los datos reflejados en los artículos que no detallan las organizaciones no gubernamentales implicadas (y también los que su porcentaje de aparición es muy bajo) no reflejan una varianza significativa con los aquí expuestos, por lo que no son importantes en el análisis y sí lo fuesen, lo serían en el sentido de ratificar desde otra vía lo ya mostrado. Finalmente, las aquí nombradas son las necesidades actuales prioritarias de mejora con respaldo científico basado en la evidencia, sin olvidar que todas

las áreas expuestas siempre se pueden mejorar en aras de la excelencia teórica y procedimental.

## 6. CONCLUSIONES

1. Todas las áreas sanitarias (aguda, mental y preventiva) más la logística son las prioridades de mejora a nivel mundial, y el factor formación es común en todo el planeta.
2. En terrorismo destacan: captación, logística y preventiva; y en todos los tecnológicos se añade tareas de campo. No son prioritarias apoyo psicosocial, salud aguda y mental, y formación. Sin embargo, es la logística lo más importante en las catástrofes naturales; no lo son: el apoyo psicosocial ni los tres factores de salud (mental, aguda y preventiva).
3. El *disaster tourism*<sup>(25)</sup> y el *medical tourism*<sup>(17)</sup> deben extinguirse mediante una acción coordinada de forma internacional que los regule y castigue sin olvidar usar la *medical diplomacy*<sup>(22)</sup>, que es la mejor estrategia para captar y gestionar voluntarios.
4. La legislación mundial debe mejorar en agilidad y competencias porque las barreras son: falta de coordinación, apoyo organizacional limitado y baja o nula preparación del personal<sup>(15)</sup>; donde el error común es comunicacional y esto facilita los problemas logísticos.
5. Los voluntarios siempre juegan un papel crítico en la respuesta ante los desastres<sup>(26)</sup> y se debe re-educar a la población entera sobre este aspecto<sup>(22)</sup>. Los voluntarios afiliados ofrecen más ventajas sobre los no afiliados en todas las áreas de intervención, siempre que estén entrenados de forma básica y específica por su organización acreditada, la cual formará a su personal en: habilidades interpersonales, delegar funciones, distribuir recursos y gestión en fase pre-desastre<sup>(27)</sup>.
6. El voluntario altruista y el espíritu del voluntariado son un mito<sup>(28)</sup>. Las motivaciones para ser voluntario varían por género, profesión, nivel socio económico y bienestar percibido en anteriores misiones.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Kline J. Past, present and future of emergency care research. EMA. 2014;26:8-13.
2. Center for Research on the Epidemiology of Disasters. Criteria and definition of disaster 2014 [cited 2014 Julio, 2014]. Available from: <http://www.emdat.be/criteria-and-definition>.
3. Thormar SB, Gersons BP, Juen B, Marschang A, Djakababa MN, Olf M. The mental health impact of volunteering in a disaster setting: a review. The Journal of nervous and mental disease. 2010 Aug;198(8):529-38. PubMed PMID: 20699716.

4. Thormar SB, Gersons BP, Juen B, Djakababa MN, Karlsson T, Olff M. Organizational factors and mental health in community volunteers. The role of exposure, preparation, training, tasks assigned, and support. Anxiety, stress, and coping. 2013;26(6):624-42. PubMed PMID: 23205850.
5. Barsky LE, Trainor JE, Torres MR, Aguirre BE. Managing volunteers: FEMA's Urban Search and Rescue programme and interactions with unaffiliated responders in disaster response. Disasters. 2007 Dec;31(4):495-507. PubMed PMID: 18028166.
6. Debchoudhury I, Welch AE, Fairclough MA, Cone JE, Brackbill RM, Stellman SD, et al. Comparison of health outcomes among affiliated and lay disaster volunteers enrolled in the World Trade Center Health Registry. Preventive medicine. 2011 Dec;53(6):359-63. PubMed PMID: 21930152.
7. Haraoka T, Ojima T, Murata C, Hayasaka S. Factors influencing collaborative activities between non-professional disaster volunteers and victims of earthquake disasters. PloS one. 2012;7(10):e47203. PubMed PMID: 23094037. Pubmed Central PMCID: 3473052.
8. Fox JH, Burkle FM, Jr., Bass J, Pia FA, Epstein JL, Markenson D. The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: research analysis of peer-reviewed literature from 1990-2010. Disaster medicine and public health preparedness. 2012 Oct;6(3):247-52. PubMed PMID: 23077267.
9. Hodge JG, Jr., Gable LA, Calves SH. Volunteer health professionals and emergencies: assessing and transforming the legal environment. Biosecurity and bioterrorism : biodefense strategy, practice, and science. 2005;3(3):216-23. PubMed PMID: 16181044.
10. Aakko E, Weed N, Konrad R, Wiesman J. Rethinking volunteer management using a centralized volunteer staging and training area. Disaster medicine and public health preparedness. 2008 Jun;2(2):127-9. PubMed PMID: 18525376.
11. Middleton G. Civilian volunteers building public health resilience. Disaster medicine and public health preparedness. 2008 Dec;2(4):258-60. PubMed PMID: 19050433.
12. Fitch E. Managing the risks of incorporating volunteers into public health emergency response: the other side of the liability issue. Disaster medicine and public health preparedness. 2010 Oct;4(3):252-4. PubMed PMID: 21149223.
13. Frasca DR. The Medical Reserve Corps as part of the federal medical and public health response in disaster settings. Biosecurity and bioterrorism : biodefense strategy, practice, and science. 2010 Sep;8(3):265-71. PubMed PMID: 20825337.
14. Timboe HL, Holt GR. Project HOPE volunteers and the Navy Hospital Ship Mercy. Military medicine. 2006 Oct;171(10 Suppl 1):34-6. PubMed PMID: 17447620.
15. Flegel K, MacDonald N, Hebert PC. Volunteering overseas made easy. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2010 Oct 5;182(14):1493. PubMed PMID: 20530159. Pubmed Central PMCID: 2950177.
16. Rikhtegar R, Zarrintan S, Kakaei F. Recent twin earthquakes in Iran: was volunteer assistance effective? Prehosp Disaster Med. 2013 Jun;28(3):311. PubMed PMID: 23517812.
17. Jobe K. Disaster relief in post-earthquake Haiti: unintended consequences of humanitarian volunteerism. Travel medicine and infectious disease. 2011 Jan;9(1):1-5. PubMed PMID: 21130039.
18. Adams LM. Mental health needs of disaster volunteers: a plea for awareness. Perspectives in psychiatric care. 2007 Feb;43(1):52-4. PubMed PMID: 17295859.
19. Swygard H, Stafford RE. Effects on health of volunteers deployed during a disaster. The American surgeon. 2009 Sep;75(9):747-52; discussion 52-3. PubMed PMID: 19774944.
20. Dolce A, Ricciardi M. Impact of psychological risk factors on disaster rescue operations: the case of Italian volunteers. Disasters. 2007 Mar;31(1):91-103. PubMed PMID: 17367376.
21. Viola D, Arno PS, Tegtmeier C. Volunteer advocacy: the need for national workers' compensation. Disaster medicine and public health preparedness. 2010 Jun;4(2):101. PubMed PMID: 20526128.
22. Casey KM. The global impact of surgical volunteerism. The Surgical clinics of North America. 2007 Aug;87(4):949-60, ix. PubMed PMID: 17888791.

23. Bjerneld M, Lindmark G, McSpadden LA, Garrett MJ. Motivations, concerns, and expectations of Scandinavian health professionals volunteering for humanitarian assignments. *Disaster management & response : DMR : an official publication of the Emergency Nurses Association*. 2006 Apr-Jun;4(2):49-58. PubMed PMID: 16580984.
24. Urrutia G, Bonfill X. [PRISMA declaration: a proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses]. *Medicina clinica*. 2010 Oct 9;135(11):507-11. PubMed PMID: 20206945. Declaracion PRISMA: una propuesta para mejorar la publicacion de revisiones sistematicas y metaanalisis.
25. Birnbaum ML. Professionalization and Credentialing. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2005;20(4).
26. Fulmer T, Portelli I, Foltin GL, Zimmerman R, Chachkes E, Goldfrank LR. Organization-based incident management: developing a disaster volunteer role on a university campus. *Disaster management & response : DMR : an official publication of the Emergency Nurses Association*. 2007 Jul-Sep;5(3):74-81. PubMed PMID: 17719508.
27. Clukey L. Transformative experiences for Hurricanes Katrina and Rita disaster volunteers. *Disasters*. 2010 Jul;34(3):644-56. PubMed PMID: 20298266.
28. Maes K. Examining health-care volunteerism in a food- and financially-insecure world. *Bulletin of the World Health Organization*. 2010 Nov 1;88(11):867-9. PubMed PMID: 21076569. Pubmed Central PMCID: 2971508.