

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE MEDICINA

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN ANÁLISIS Y GESTIÓN DE EMERGENCIA Y
DESASTRE**

2014/2015

EVIDENCIAS DEL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN LAS DIFERENTES
FASES DEL DESASTRE
(Trabajo Teórico)

Joaquín Fidalgo González

Oviedo, Junio 2015

Resumen

La UNISDR define el Desastre como una interrupción grave del funcionamiento de una comunidad que causa amplios daños humanos, materiales, económicos o medioambientales y que excede la capacidad de la comunidad afectada para hacerles frente. La demanda de intervenciones psicológicas o psicosociales ha aumentado en las últimas dos décadas y su finalidad variará dependiendo de la fase del desastre en la que actúen. El objetivo de esta revisión bibliográfica es por tanto proporcionar una revisión actualizada sobre las intervenciones psicológicas en las diferentes fases del desastre. La base de datos PsycINFO fue utilizada. Los resultados muestran que los psicólogos tendrían su actividad en tres esferas: 1 Coordinando y colaborando activamente dentro de los contextos sociales existentes para desarrollar intervenciones post-desastre. 2 Diseñando programas de prevención y preparación. 3 Dirigiendo investigaciones encaminadas a la intervención y recuperación atendiendo a la fase del desastre, al contexto socio-cultural y a las similitudes y diferencias en los diferentes tipos de desastre. El papel del psicólogo educativo, la relevancia de la situación social y cultural, y la calidad de las intervenciones son discutidas.

Abstract

The UNISDR defines Disaster as a serious disruption of the functioning of a community or a society involving widespread human, material, economic or environmental losses and impacts, which exceeds the ability of the affected community or society to cope using its own resources. The demand for psychological interventions has grown in the last two decades and depending on the disaster phase the goal is going to be different. The central aim of this review is to update these various psychological interventions. PsycINFO database was used. Results shows psychologists would have its activity in three spheres: 1 Coordinating and collaborating actively inside the existing social context to develop post-disaster interventions 2 Designing prevention and preparation programs 3 Conducting studies focused on prevention and intervention, attending on the phase of disaster, on the sociocultural context and on the similarities and differences in the different types of disaster. The role of educational psychologists, the relevance of the social and cultural situation, and the quality of the interventions are discussed.

Key Words: Psychologist – Disaster – Psychological First Aid

Introducción

La UNISDR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) define el Desastre como una interrupción grave del funcionamiento de una comunidad que causa amplios

daños humanos, materiales, económicos o medioambientales y que excede la capacidad de la comunidad afectada para hacerles frente.

Es importante distinguirlos de otros eventos que aun compartiendo algunas características no son propiamente desastres. Dentro del rango de las emergencias hablaremos de Urgencia en aquellas situaciones en las que exista una amenaza grave para la vida de un individuo haciendo necesaria una intervención inmediata. En los casos en los que hay múltiples víctimas pero sin embargo no hay la necesidad de movilizar recursos extras estaríamos ante un Accidente. Cuando existe tal necesidad y además los recursos locales son sobrepasados la situación alcanzaría el estatus de Desastre. Si los medios no son superados sería una Emergencia.

Las bases de datos, cruciales a la hora de detectar tendencias y reducir los futuros riesgos, suelen tener generalmente unos criterios de inclusión más restrictivos. EM-DAT, la base del CRED o Center for Research on Epidemiology of Disaster plantea dos imprescindibles, repuesta local sobrepasada y petición de ayuda nacional, y al menos uno de los cuatro siguientes: diez o más muertos, cien o más afectados, declaración del estado de emergencia o petición de ayuda internacional. Es común además que establezcan una clasificación en función su origen (Naturales, Tecnológicos o Causados por el hombre) si bien a la hora de intervenir, indistintamente de la fase, la clasificación más relevante sería por su cronología: comienzo lento o comienzo súbito.

Esta categorización tiene sentido en tanto y cuando altera de manera significativa los tiempos de lo que se conoce como Ciclo de los desastres y en consecuencia las actuaciones llevadas a cabo. Generalmente se establece una distinción entre el antes, periodo de calma o alerta; el durante, etapa de ocurrencia cuya duración puede variar mucho dependiendo del tipo de desastre; y el después momento en el cual se realizan las actividades de recuperación a corto, medio o largo plazo. Las tres pueden vincularse respectivamente al sinónimo de fase primaria, fase secundaria y fase terciaria.

Debido a la dificultad a la hora de acotar estas fases, de ponerles un principio y un fin, se prefiere hablar de diferentes etapas según la actividad desarrollada – figura 1-.



Figura 1 Ciclo del Desastre

La primera parte la comprenderían actividades previas, que de ser ejecutadas adecuadamente, permitirán prepararse con anterioridad al impacto y dar una respuesta rápida y eficaz durante el desastre. Algunas de ellas serían la valoración de los riesgos de la región, realización de inventarios, formación de personal o la educación de la población. En la Prevención el objetivo primordial consistiría en reducir las probabilidades de ocurrencia del desastre o en su defecto evitar que alcance tal categoría. Las medidas tomadas al respecto se suelen clasificar en no estructurales, referidas a normativas, regulaciones y organización o funcionamiento de los recursos humanos; y estructurales, de carácter arquitectónico. La Mitigación trataría de disminuir o atenuar los daños producidos a población, infraestructuras y medio ambiente, reconociendo que en ocasiones no es posible evitar la ocurrencia de eventos adversos. Refugios para la población o los sistemas de alerta temprana copan normalmente esta etapa. La Preparación, cuya duración dependerá del desarrollo lento o súbito del desastre, sería principalmente la estructuración y organización de la respuesta por parte de la población. Por último la Alerta, la notificación formal de la probable presencia de un peligro inmediato, completaría las actividades pre-desastre. Es una fase con ciertas peculiaridades ya que aunque de forma teórica se coloque antes del impacto no siempre será así, pudiendo solaparse con el evento en sí. De hecho, en ocasiones se suele considerar como una fase con entidad propia situada entre la primaria y la secundaria. A pesar de que los sistemas de alerta en sí serán diferentes atiendo al tipo de desastre, a los recursos que sea necesario movilizar, las personas que se necesiten evacuar, el lugar donde ocurra, etc., hay consenso en torno a unas características comunes que todas las declaraciones de alerta deben compartir. Debe ser clara, concisa y correcta; deber ser asequible y difundida por todos los medios posibles; deber ser inmediata y sin demora; debe ser coherente y sin contradicciones; y finalmente siempre tiene que ser oficial, procedente de fuentes fiables.

Para prevenir un desastre es importante tener claro tanto el concepto de riesgo como los factores que lo condicionan (Peligro y Vulnerabilidad) normalmente representados mediante la siguiente ecuación $Riesgo = Peligro \times Vulnerabilidad$. La amenaza o peligro es cualquier factor externo de origen natural o provocado por el hombre manifestado en un lugar específico, con una duración e intensidad determinadas y que produce efectos adversos en las personas, los bienes o el medio ambiente. La vulnerabilidad es la susceptibilidad que tiene una persona, comunidad o sistema de ser dañado como resultado de condiciones físicas, sociales, económicas y medio ambientales. El riesgo por tanto sería la combinación entre la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas, que se corresponde con la magnitud del peligro y el grado de vulnerabilidad.

La segunda o secundaria sería la Respuesta que, exceptuando algunos casos como sequías o emergencias complejas es, o debería ser, la fase más corta. Incluiría todas

aquellas actuaciones destinadas a salvar vidas, reducir sufrimientos, pérdidas económicas y daños al medioambiente. Durante el transcurso del evento adverso en un primer momento y durante un periodo de tiempo muy variable la comunidad se encontrará aislada por lo que muchas de las actividades de rescate y salvamento deberán realizarlas los supervivientes hasta la llegada de los equipos médicos y de los equipos de rescate. El éxito de la Respuesta dependerá precisamente de estos dos factores: la preparación con la que cuenten los afectados y la calidad de la respuesta de rescate y socorro, que será mejor o peor no solo dependiendo del grado de preparación previa sino de la valoración preliminar de daños y la movilización óptima de recursos.

Las tareas realizadas tras el desastre completarían el ciclo de eventos adversos. A corto plazo tendría lugar la Rehabilitación, periodo de transición que se inicia casi de manera paralela a la Respuesta, dedicada al restablecimiento de los servicios básicos y la vigilancia epidemiológica cuando existe población desplazada. A medio y largo plazo, seguiría la Reconstrucción: reparación de las infraestructuras, recuperación de los sistemas sociales, económicos... Sería en principio la fase más importante en la cual deberían centrarse los esfuerzos, ya que permite introducir mejoras de prevención y mitigación con el objetivo de que la comunidad esté preparada para el siguiente desastre. Sin embargo la escasa atención mediática a fases tan tardías del desastre, tiene como consecuencia que no se destinen los suficientes esfuerzos, especialmente en países o regiones necesitadas de ayuda internacional los cuales no llegan ni tan siquiera al nivel inicial prolongando de manera indefinida los efectos de la catástrofe.

La demanda de intervenciones psicológicas o psicosociales en la fase aguda de las emergencias ha aumentado en las últimas dos décadas. Además atentados terroristas como el 11-S o el 7-J y desastres naturales como el terremoto de Haití, etc. han demostrado que los daños físicos, psicológicos y sociales tras el evento traumático persisten en el tiempo más de lo esperado en un primer momento. Este impacto negativo no es exclusivo de las víctimas de la catástrofe sino que afecta también al personal interviniente. Tras el 11-M en Madrid el personal de emergencias (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, bomberos...) mostraron mayores reacciones peri-traumáticas, 1-6 meses tras el atentado, como ataques de pánico o un mayor consumo de alcohol que la población general. Sin embargo la mayoría eran profesionales bien entrenados y con amplia experiencia previa en la gestión de emergencias lo que permitió un adecuado control emocional impidiendo la cronificación de estas reacciones que podrían haber llevado al Trastorno de Estrés Postraumático (1). Hecho que enfatiza la importancia de la actuación preventiva.

La Psicología de Emergencias tiene su origen en los trabajos de Stierlin en 1907, si bien Freud también había planteado en la misma década algunos trastornos producto del impacto de un evento adverso, como la neurosis de guerra. Las entrevistas realizadas por Eduard Stierlin a víctimas afectadas por diferentes desastres son el primer

acercamiento de la Psicología a las catástrofes. Sin embargo no será hasta 1944 cuando Lindermann continúe con la investigación. Sus aportaciones serán la base de los futuros investigadores y suponen el punto de inflexión de la disciplina. En los siguientes 20 años Gerald Caplan con los primeros trabajos sobre la intervención en crisis sienta los principios de la Psiquiatría preventiva, Friedman y Linn señalan la diferencia existente entre la reacción inicial tras el desastre y la posterior a este y Lifton Robert se interesa en los problemas psicológicos a largo plazo. La publicación en 1970 del manual “Primeros Auxilios Psicológicos en Catástrofes” elaborado por la Asociación Americana de Psicología supone la consolidación de la disciplina, aunque la presencia de psicólogos en los equipos de emergencia se demorará un tiempo

La finalidad de estas intervenciones, al igual que el de los demás profesionales, variará dependiendo de la fase del desastre en la que actúen. Antes del desastre será el estudio de los factores de riesgo, la formación, las campañas de prevención, el diseño de las intervenciones, etc.; durante la crisis será la propia intervención con los afectados y familiares; y tras la catástrofe tendrán lugar los seguimientos, las evaluaciones y las terapias o tratamientos. El objetivo de esta revisión bibliográfica es por tanto proporcionar una revisión actualizada sobre las intervenciones psicológicas en las diferentes fases del desastre.

Metodología

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales. Se realizó una búsqueda bibliográfica en PsycINFO, base de datos bibliográfica de la American Psychological Association (APA) en Febrero del 2015 utilizando los siguientes operadores booleanos: [Psychology] AND [Disaster] y [Psychologist] AND [Disaster]. PsycINFO es una base de datos que contiene citas de artículos de revistas, capítulos de libros, informes técnicos y otros tipos de documentos de Psicología y aspectos psicológicos de disciplinas relacionadas como Medicina, Derecho, Psiquiatría, Sociología... Por último, el motor de búsqueda Google y las referencias bibliográficas de los propios artículos encontrados en las bases de datos fueron también utilizados.

Se seleccionaron aquellos artículos publicados en revistas científicas posteriores a 2010 que informaran sobre el papel del psicólogo en las diferentes fases de los desastres. Artículos publicados en cualquier país, por cualquier institución o investigador individual y en cualquier idioma.

Resultados

La búsqueda en PsycINFO con los descriptores [Psychology] AND [Disaster] proporcionó 5159 referencias, 2631 correspondiente a revistas científicas y 938 desde 2010. Con los términos [Psychologist] AND [Disaster] el número de publicaciones fue 420, 266 de revistas científicas y 79 acotando desde 2010 hasta la actualidad. Del total se eliminaron los duplicados, los que estaban enfocados al tratamiento del Trastornos por Estrés Postraumático, aquellos cuya metodología fuera entrevista o *scientific simulation* o su materia no estuviera relacionada con el estudio y los que no trataban la temática de la revisión o no aportaban información nueva a los ya seleccionados – figura 2-.

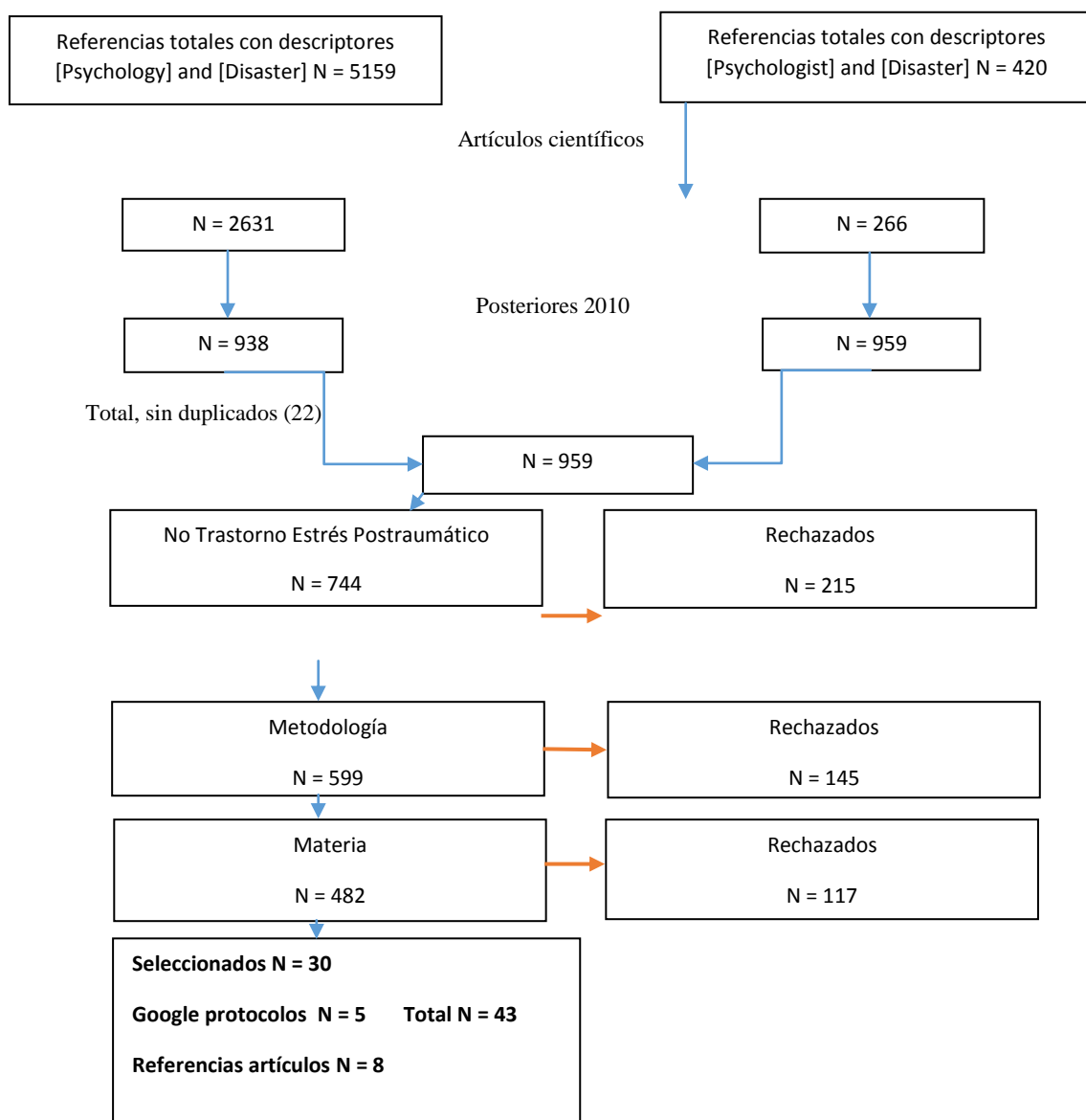


Figura 2 Selección Referencias

Los resultados muestran un claro aumento exponencial de los estudios –gráfico 1- desde mediados de los 80, que se corresponde con el mayor interés por parte de todos los intervinientes en situaciones de emergencia y desastre por la salud mental, así como una especial atención a las poblaciones consideradas vulnerables, niños y ancianos – gráfico 2-.

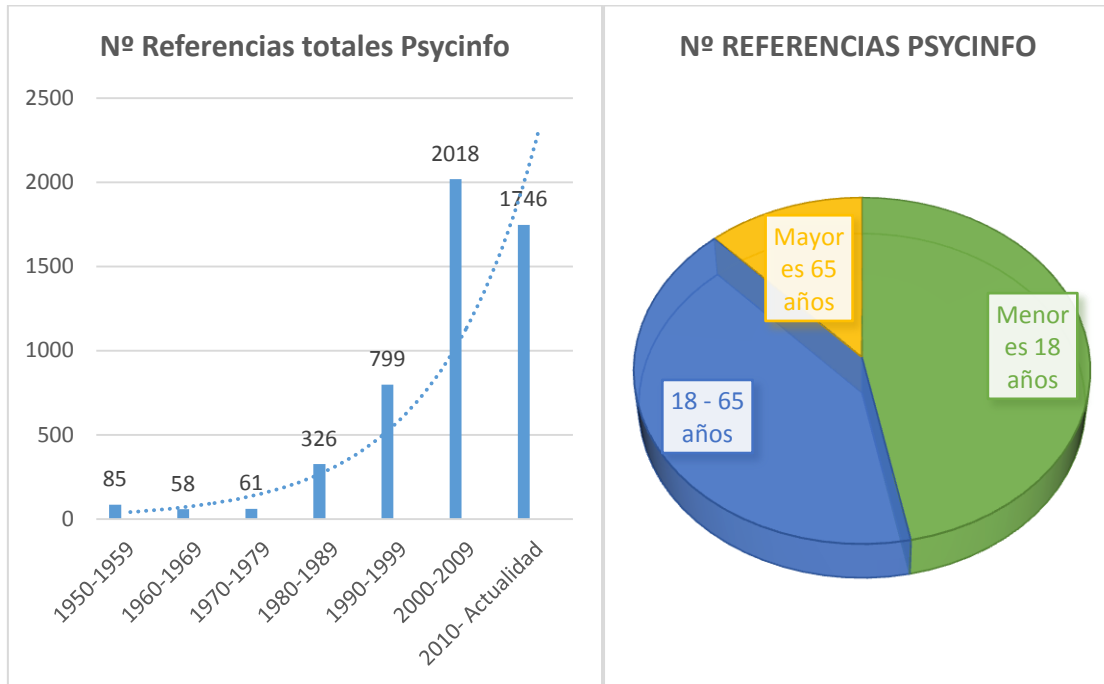


Gráfico 1 nº ref. 1950-2015 PsycINFO

Gráfico 2 nº de ref. por grupo de edad en PsycINFO

El papel del psicólogo no se recoge como tal en ninguno de los artículos seleccionados. Sin embargo a través de los protocolos ACERCARSE y CALMER podemos identificar sus actuaciones durante la fase aguda de los desastres, mediante las guías de la Inter Agency Standing Committee y de la OTAN es posible conocer las directrices generales y principios fundamentales que deben regir la respuesta en salud mental y el programa DRT o Disaster Research Training and Education permite vislumbrar el camino que debe seguir la prevención.

En los tres casos existe un claro reconocimiento de la importancia de la PFA, siglas de *Psychological First Aid*. La Primera Asistencia Psicológica o PAP surge como respuesta al *debriefing* psicológico o intervención psicológica breve que empieza a verse inadecuado y que acaba de ser eliminado de todos los manuales tras la comparación realizada en 2009 por el Grupo de la OMS para la Elaboración de la Guía mhGAP (2). Las principales diferencias aparecen en la –tabla 1-

Debriefing psicológico	Psychological First Aid
<p>+ Es una técnica grupal o individual, que ayuda a elaborar los acontecimientos y experiencias vividas en la situación de emergencia o desastre evitando así un posible TEP.</p> <p>+Introducción, Relato de los hechos, Transición (Interpretación), Emociones, Información y Normalización de las reacciones y cómo afrontarlas, Ritual de despedida y Conclusión.</p> <p>+Entra en los detalles del acontecimiento mediante la narración del hecho.</p> <p>+Realizada por profesionales de la salud.</p> <p>+Se ha probado no efectivo, bien nulo o dañino (TEP): evitación experiencial, flashbacks, hipervigilancia... (3)(4)</p>	<p>+Intervención breve de apoyo a la persona con el objetivo de restablecer su estabilidad emocional y facilitarle las condiciones para un equilibrio personal continuo a largo plazo.</p> <p>+Brindar ayuda y consejos prácticos, evaluar necesidades y preocupaciones, atender necesidades básicas, <u>no presionar a las personas para que hablen</u>, ayudarlas a sentirse en calma, derivación a salud mental.</p> <p>+No entra en detalles del evento.</p> <p>+Realizado por cualquier persona formada a tal efecto.</p> <p>+Efectivo por los siguientes factores: se sienten seguros y calmados, tienen acceso a apoyo físico, emocional y social y se sienten capaces de ayudarse a sí mismos.</p>

Tabla 1 Diferencias entre Debriefing y PFA. IASC (5) y Proyecto Esfera (6).

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid - Protocolo ACERCARSE

Esta guía elaborada en 2004 por los profesionales de la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid detalla una serie de principios y prioridades en la asistencia psicológica. Estas acciones derivan del propio nombre, que es un acrónimo de Ambiente, Contacto, Evaluación, Restablecimiento emocional, Comprensión de la crisis, Activación, Recuperación del funcionamiento y Seguimiento (7).

Ambiente

El objetivo de esta fase es la toma de contacto del psicólogo con la situación de crisis y debe comprender cuatro aspectos básicos. En primer lugar la contextualización, es decir, conocer que ha ocurrido y la magnitud de los hechos, de forma que se obtenga una visión global del problema. A continuación se realizaría una evaluación del ambiente, cuyo fin sería determinar las necesidades más inmediatas así como las redes de apoyo activadas. En el tercer paso se realizaría un triage psicológico en función de la gravedad y/o

vulnerabilidad. Una vez seleccionado el paciente se procedería a evaluar a paciente, su grado de afectación emocional y la potencial peligrosidad que pudiera representar para sí mismo y para con los demás (ataques de pánico, desorientación, reacciones de agresividad...).

Contacto

A la hora de establecer el primer contacto con el afectado el profesional debe considerar cuatro aspectos. Tiene que estar atento a la comunicación no verbal, mostrar expresiones gestuales congruentes a la situación y transmitir cercanía a través del contacto y la proximidad física; la relación establecida debe estar basada en el respeto a la persona y la aceptación de la persona sin emitir juicios; es conveniente además proponer un distanciamiento psicológico de la víctima respecto al incidente mediante la proposición de actividades alternativas como pasear, ir a tomar un café, etc.; y por último las preguntas realizadas deben ser sencillas, concretas y dirigidas a los hechos de manera que las respuestas lleven al procesamiento cognitivo.

Evaluación

Una vez se ha establecido este primer contacto el psicólogo realizará una evaluación más en profundidad. Consistiría en un primer *screening* del estado mental (orientación espacial, orientación temporal), en una identificación del problema, del estilo de afrontamiento y recursos del sujeto y de la red de apoyo social de la que dispone.

Restablecimiento emocional

En esta fase se debe facilitar la comunicación emocional y restablecer un nivel de funcionamiento adaptativo mediante diversas acciones. Facilitar la expresión emocional con preguntas del tipo “¿Quieres hablar?” “¿Cómo te sientes?”, la escucha activa, las técnicas de relajación o activación fisiológica en función de las necesidades, la recuperación de su red de apoyo natural y mostrarse disponible y accesible en todo momento son estrategias que han demostrado su eficacia para tal fin.

Comprensión de la crisis

Fase en la que el psicólogo debe conseguir que la persona afectada entienda la crisis. Para ello se puede dar información general acerca de los problemas y efectos del estrés así como de su afrontamiento o sobre el suceso corrigiendo así errores o sesgos y promoviendo la narración adaptativa.

Activar

En este paso se trataría de orientar a la persona hacia la acción estableciendo actividades concretas y específicas a muy corto plazo, explotando los recursos y estrategias de la persona afectada. Es útil acordar además con ella una serie de acuerdos verbales.

Recuperación del funcionamiento

Con el objetivo de que la persona recupere su funcionamiento normal se deben de planificar tareas y actividades próximas en el tiempo, planear el alojamiento, promover el funcionamiento independiente paulatinamente, dejar a la persona siempre acompañada ya sea de otros compañeros, familiares o amigos, estudiar su posible derivación o traslado e informarle si va a ser hospitalizado.

Seguimiento

Más allá de la intervención inmediata, es conveniente plantearse un seguimiento a corto y medio plazo (alrededor de un mes) para que la persona afectada sienta una continuidad en la atención recibida.

Finalmente debería valorarse la posibilidad de derivar a la persona hacia los servicios de atención primaria o salud mental si fuera necesario.

Cruz Roja Británica - CALMER

Conscientes de la necesidad de establecer actuaciones psicosociales estandarizadas la Cruz Roja Británica implementa en Diciembre de 2008 un marco común para todos sus servicios y departamentos (8). Respecto a protocolos anteriores introduce tres novedades importantes: el impacto social de las desigualdades sociales en los individuos, las habilidades de la comunidad afectada para responder a las crisis y un programa de implementación a todos los profesionales. CALMER, más tranquilo en español, no es solo un recordatorio para los intervinientes de la necesidad de guardar la calma y actuar con precaución sino que también es un acrónimo de los seis pasos secuenciales que se deben dar en todas las respuestas: *Consider, Acknowledge, Listen, Manage, Enable y Resource*. Las dos primeras etapas (Considerar y Reconocer respectivamente) enfatizan la importancia de evaluar los riesgos y necesidades así como de reconocer la diversidad de las personas a las que va dirigida la intervención. Escuchar (*Listen*) tendría la función principal de establecer un vínculo de confianza mediante unas habilidades de comunicación adecuadas. El objetivo de la cuarta fase, Gestionar o *Manage*, consistiría en la planificación y evaluación de los pasos a seguir, promoviendo el respeto, la dignidad y la confidencialidad. Las dos últimas fases, Capacitación y Recursos (*Enable y Resource*), irían enfocadas a largo plazo. Buscarían no solo un afrontamiento inmediato de la situación sino la construcción de resiliencia. A diferencia de otras guías, esta si cuenta con evidencias de su eficacia (9).

Psychosocial care for people affected by disasters and major incidents - OTAN / NATO

Con un carácter más orientado a las emergencias complejas dada su naturaleza militar y a un nivel más global, la Organización del Tratado del Atlántico Norte, que incluye a 28 países de América del Norte y Europa, también ha destacado la importancia de las intervenciones psicológicas en situaciones de emergencias. En 2007 la OTAN vio

necesario, al igual que otras organizaciones, desarrollar un modelo de atención psicológica a las poblaciones afectadas por accidentes, conflictos, desastres y ataques terroristas. Un modelo que además promoviera la resiliencia y el bienestar psicológico, de las personas afectadas y del propio personal, antes, durante y después del evento adverso. Bajo la dirección de expertos en el campo de las emergencias la guía proporciona indicaciones sobre la naturaleza de los desastres, de los conflictos, del terrorismo y su impacto en la salud mental; sobre la resiliencia psicosocial y como desarrolla; acerca de las evidencias científicas de las intervenciones psicológicas; además de un modelo dividido en seis componentes. (10) –figura 2-.

El primero haría referencia a la Planificación estratégica. Incluiría todo lo referido a la planificación, preparación, entrenamiento y ensayo de todo el rango de respuestas que podrían ser requeridas. Es decir, la inclusión de la intervención psicológica dentro de los planes de emergencia. El segundo nivel sería la Prevención, todos aquellos servicios orientados al desarrollo de la resiliencia en la comunidad. La intención de este componente es mitigar los factores estresantes inherentes a las catástrofes.

Los cuatro siguientes estadios se corresponden con cuatro niveles de servicios. El nivel 1 basado en los principios de los primeros auxilios psicológicos ofrecerá un servicio básico de bienestar a las familias y comunidades. El nivel 2 de servicios sería ya realizado por personal entrenado y supervisado por especialistas en salud mental, que a su vez deberán tener formación en estas tareas. Las personas con problemas persistentes que no se han recuperado a corto plazo pasarían a atención primaria de salud, el nivel 3. Por último, si el trastorno continúa pasarían a ser atendidos por profesionales de la salud mental.

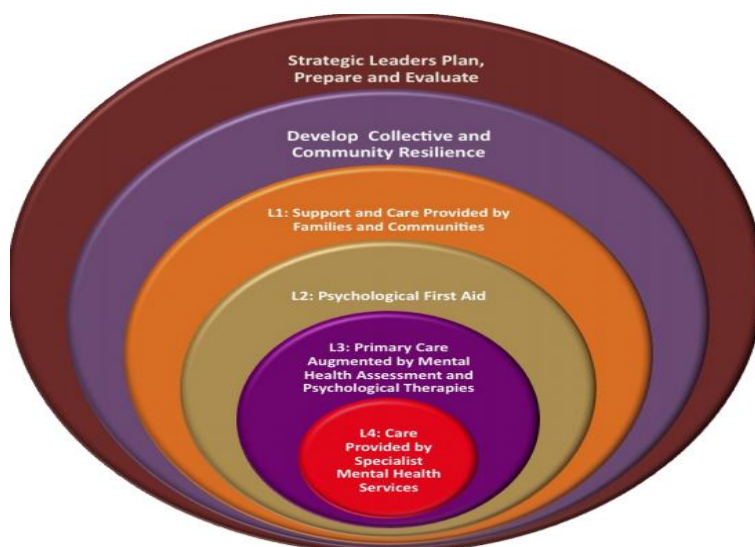


Figura 2 Componentes de la respuesta en salud mental (© Williams R & Kemp V)

Al no existir evidencia de que el personal humanitario involucrado y las personas afectadas, supervivientes y testigos tengan respuestas psicosociales diferentes este

modelo es válido para ambos grupos, a pesar de que los mecanismos y métodos de acceso a este tipo de atención no serán obviamente lo mismos.

Inter Agency Standing Committee (ONU) – IASC guidelines

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) fue también consciente de la necesidad de establecer unas directrices que funcionaran de referencia para las agencias humanitarias que trabajaban en el campo de salud mental en desastres. El resultado fue una guía desarrollada por la Inter-Agency Standing Committee (IASC) que de forma paralela a su homóloga de la OTAN enfatizaba la inclusión de los elementos psicosociales en todas las evaluaciones e intervenciones en todas las emergencias alrededor del mundo.

El protocolo se estructura en torno a cinco objetivos básicos, cada uno con su listado de acciones correspondiente –tabla 2-, que deben ser cumplidos en cualquier respuesta humanitaria (11).

- a) Incluir consideraciones concretas de índole psicológica y social en la provisión de atención general de salud.
- b) Proporcionar acceso a los servicios a personas con graves problemas de salud mental.
- c) Atender y proteger a las personas con trastornos mentales graves y otras discapacidades mentales y neurológicas internadas en instituciones.
- d) Informarse sobre los sistemas terapéuticos locales, indígenas y tradicionales y, cuando sea apropiado, establecer sistemas de colaboración.
- e) Minimizar los daños derivados del consumo de alcohol y otras sustancias.

A	<ul style="list-style-type: none"> + Incluir consideraciones sociales concretas al ofrecer atención general de salud (ajustadas a normas mínimas). + Proporcionar certificados de nacimiento y de defunción (según sea necesario). + Facilitar la remisión a servicios clave, ajenos al sistema de salud (apoyo jurídico, parientes desaparecidos...) + Orientar al personal de salud en general y al personal de salud mental en particular acerca de los componentes psicológicos de la atención de salud en emergencias. + Proporcionar apoyo psicológico a los sobrevivientes de situaciones de estrés extremo. + Recopilar datos sobre salud mental en los servicios de atención primaria de salud (APS).
	<ul style="list-style-type: none"> + Diagnosticar la situación. + Velar por que haya suministros suficientes de medicamentos psiquiátricos esenciales en todos los botiquines de emergencia. + Velar por que al menos un miembro del equipo de atención primaria de salud pueda brindar atención inicial a problemas de salud mental.

B	<ul style="list-style-type: none"> + Capacitar y supervisar al personal disponible de atención primaria de salud que está en “primera línea” sobre la atención a trastornos mentales graves. + Evitar que se sobrecargue a los profesionales de atención primaria de salud con múltiples sesiones de capacitación. + Establecer servicios de atención de salud en puntos de acceso lógicos adicionales. + Evitar la creación de servicios paralelos de salud mental exclusivos para determinados diagnósticos. + Informar a la población acerca de la disponibilidad de atención de salud mental.
C	<ul style="list-style-type: none"> + Velar por que al menos una organización entre las que ofrecen servicios de salud acepte la responsabilidad del cuidado y la protección continuada de las personas con trastornos mentales internadas en instituciones. + Si el personal ha abandonado las instituciones psiquiátricas, movilizar los recursos humanos de la comunidad y del sistema de salud para atender a las personas que padecen trastornos mentales graves y han sido abandonadas. + Proteger la vida y la dignidad de las personas reclusas en instituciones psiquiátricas. + Posibilitar la atención básica de la salud física y mental a lo largo de la emergencia.
D	<ul style="list-style-type: none"> + Diagnóstico de situación y recopilación de datos en materia de provisión de servicios. + Documentarse sobre la política nacional respecto a los sanadores tradicionales. + Establecer buena comunicación con los sanadores identificados. + Alentar la participación de los sanadores locales en sesiones de formación y capacitación. + De ser posible, establecer servicios en colaboración.
E	<ul style="list-style-type: none"> + Realizar un diagnóstico rápido de la situación. + Prevenir los daños del alcohol y del uso indebido de otras sustancias, así como de la dependencia. + Facilitar las intervenciones para la reducción del daño en la comunidad. + Manejo de los síntomas de privación de drogas y otros problemas agudos.

Tabla 2. Listado acciones en Salud Mental Guía IASC. Elaboración propia.

Disaster Research Training and Education (DRT) program

Las investigaciones son esenciales para avanzar en el entendimiento de los factores de riesgo y protectores asociadas a desastres, para desarrollar intervenciones en los sistemas de salud mental relacionados con las necesidades post-desastre tanto durante la fase aguda como a medio y largo plazo enfocados a niños, adultos, familia y comunidad y guiar las políticas de preparación, respuesta y recuperación a nivel local y nacional. Sin embargo los estudios acerca de los efectos, se complican debido al habitual caos, al estrés post-desastre y a las adversidades de la población, que ha perdido a seres queridos y han sufrido daños en sus propiedades, solicitando servicios y recursos (12).

Reconociendo esta necesidad, tras los atentados del 11 de Septiembre de 2001 y los posteriores ataques con ántrax, el National Institute of Mental Health (NIMH), el

National Institute of Nursing Research (NIFR) y la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) emitieron una petición para mejorar las intervenciones multidisciplinares mediante la investigación. El TDC (Terrorism and Disaster Center) y la National Center for Child Traumatic Stress, ambos miembros de la NCTSN (National Child Traumatic Stress Network) reciben fondos para desarrollar el programa Child & Family Disaster Research Training & Education (DRT) (13). El programa DTR es una evaluación rápida que trata de mejorar la capacidad nacional para coordinar y dirigir investigaciones relacionadas con la salud mental en niños, población particularmente vulnerable (14) (15). No busca solo el beneficio a corto plazo que puede dar el conocimiento de la situación, sino proporcionar una base empírica para la preparación, respuesta y recuperación de desastres a nivel clínico y administrativo.

El programa lo forman 10 equipos multidisciplinares, cada uno de ellos compuesto por diferentes profesionales (enfermeros, trabajadores sociales, médicos de atención primaria, expertos en salud pública...), con diferente foco (sistemas de salud, agencias estatales, pediatría, trabajo social...) y diferente ubicación, aunque con el mismo objetivo. La razón de la diversidad geográfica es que por un lado eso permite conocer los riesgos y potenciales peligros a través de todo el territorio y por otro que de ocurrir un desastre, siempre habrá un equipo cerca. Estos 10 grupos son entrenados de manera regular, basándose en su formación y experiencia, para ser capaces de dirigir estudios sobre la salud mental infantil tanto antes como después de una catástrofe. Además los propios equipos retroalimentan la formación mediante sus investigaciones o proyectos desarrollados. Tras los entrenamientos se realizan sesiones de evaluación en las cuales se comprueba que realmente han aportado conocimiento.

Se pretende que la información y datos obtenidos no se queden dentro la organización. Para ello además de las publicaciones relacionadas, existen 22 módulos accesibles que pueden ser utilizados por diferentes profesionales interesados en mejorar sus habilidades en preparación y respuesta a desastres (16).

Existen un número mayor de guías que las presentadas anteriormente, sin embargo la no inclusión está justificada. En algunos casos no son más que la réplica de los pasos establecidos por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid o la Cruz Roja Británica, que dada su experiencia en los PFA tanto como por los atentados terroristas de principios de siglo como las misiones humanitarias extranjeras podemos tomar como referencia. En otros, como la guía de la European Federation of Psychologists' Associations, no son más que una aplicación, o simple reafirmación como en el caso de la American Psychology Association, de las directrices generales de ONU o la OTAN. Después existe una serie de protocolos muy variables y de carácter menos técnico destinado a profesionales intervinientes fuera del campo de la salud mental pero que dada su cercanía a la emergencia pueden verse involucrados. La ONU desarrollo en 2012 una guía de primeros auxilios psicológicos para los trabajadores humanitarios, la

Dirección General de Tráfico en España tiene un documento su página web con orientaciones destinadas a los agentes (17) y al público general (18) en caso de que tengan que realizar esta tarea de manera circunstancial, etc.

Conclusiones

Los desastres conllevan desordenes a nivel personal, social y organizacional (19) Consecuencia de ello una parte importante de la población expuesta sufre alguna alteración psicológica, las cuales emergen con mayor intensidad varios meses posterior al evento (20) (21), sobre todo cuando se requiere reconstruir hábitats y retomar el curso de la vida. Aunque no necesariamente todas las víctimas de desastres sufrirán psicopatologías, la atención en primeros auxilios psicológicos y la intervención con terapias centradas en el trauma son una tarea indispensable para disminuir el impacto del desastre (22). Impacto que puede ir desde las comunes reacciones de estrés y desordenes psicológicos hasta a problemas emocionales, de comportamiento, somáticos, ansiedad ante la muerte, trastorno por estrés postraumático, consumo de sustancias e intentos de suicidios (23) (24).

Aunque la primera respuesta y más natural a los desastres es por parte de familiares, servicio sanitario y personal educativo de la comunidad los psicólogos tendrían su actividad en tres esferas, especialmente en zonas donde los sistemas de salud son estigmatizantes a la hora de tratar el trauma o las secuelas en niños y adolescentes. 1 Coordinando y colaborando activamente dentro de los contextos sociales existentes para desarrollar intervenciones post-desastre. 2 Diseñando programas de prevención y preparación centrados en las necesidades emocionales de los niños en comunidades propensas al desastre. 3 Dirigiendo investigaciones / estudios encaminadas a la intervención y recuperación atendiendo a la fase del desastre, al contexto socio-cultural y a las similitudes y diferencias en los diferentes tipos de desastre (25).

Es importante tener presente que no solo las personas víctimas de un desastre sufrirán las consecuencias psicológicas de los desastres, sino todas aquellas personas que en mayor o menor medida intervengan: soldados (26), policías (27), rescatadores (28), trabajadores humanitarios (29), etc. Además ciertas poblaciones son más susceptibles de desarrollar algún problema psicológico que otras. El sexo (mujer), el nivel educacional (bajo) y el entorno (rural) han demostrado ser predictores de vulnerabilidad frente a trastornos como la depresión tras un evento traumático (30).

Especial atención merece la intervención en la salud mental infantil, ya que además de la vulnerabilidad inherente a la edad pueden desarrollar problemas producto del impacto del desastre en sus padres o referentes. La literatura sugiere que los niños y adolescentes

presentan diferentes reacciones post-desastres de acuerdo a su nivel de desarrollo. Los niños más pequeños (*preschool*) muestran menos problemas psicológicos en comparación a los mayores pero los miedos y las fobias así como los problemas de comportamiento tienen una mayor incidencia. Los niños en edad escolar presentan problemas de sueño y de alimentación, problemas de comportamiento y bajo rendimiento escolar. Por último los adolescentes tienen a exhibir TEP, depresión, ansiedad, comportamientos antisociales y una visión negativa acerca del futuro (31). Además, los desastres pueden tener un impacto negativo en las habilidades de los cuidadores a la hora de responder a las necesidades de sus familias. Estas necesidades no cubiertas contribuyen a un aumento del estrés y mayor número de síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático que retroalimentan el problema (32). La relación entre la resiliencia de las familias y los problemas en los hijos también ha sido estudiada, relacionándose con la aparición de problemas emocionales y un aumento de la duración de los ya presentes (33). Tanto en adultos (34) como en menores (35) los psicólogos han demostrado ser eficaces a la hora de lidiar con estos problemas.

Discusión

En la mayoría de los casos los desastres naturales (terremotos, huracanes...) son vistos en términos de daño, muerte y destrucción de infraestructuras. Sin embargo en muchas zonas, especialmente en África son bastante más devastadores debido a factores humanos no reconocidos como genocidios, guerra civil, segregación racial o una continua brutalidad policial. La falta de atención a estos elementos agrava el impacto inicial del desastre, impide o dificulta la posible recuperación y contribuye al desarrollo de problemas físicos y psicológicos a largo plazo (36). Además algunos de los factores de riesgo más importantes tras el desastre, como son la falta de apoyo instrumental y social, se encuentran al nivel de la familia y la comunidad. Por este motivo los psicólogos deberían trabajar conjuntamente con sociólogos, representantes políticos, economistas así además de otro tipo de profesionales para lograr una solución a un problema multinivel desarrollando así resiliencia en las comunidades (37).

En consonancia con otros trabajos (38) (39), uno de los aspectos más importantes que deja entrever esta revisión, es el hecho de que la educación en primeros auxilios no existe o no está tan extendida la como los primeros auxilios médicos. Esta falta de previsión y formación tiene como consecuencia indirecta la aparición de conductas disfuncionales y trastornos psicológicos en la población afectada. La situación es más preocupante si tenemos en cuenta que la Organización Mundial de la Salud ha señalado que la ejecución de primeros auxilios no requiere profesionales, sino personas de comunidades entrenadas con instrucciones y protocolos basados en evidencias. Para ello la EFPA ha

propuestos programas de entrenamientos estandarizados, así como los correspondientes estándares de calidad, destinados a aquellos profesionales de la salud mental intervinientes en la planificación y respuesta a desastres (40). De otro modo, algunos intentos por brindar primeros auxilios psicológicos pueden tener un efecto negativo, minando los procesos naturales de superación del desastre que la mayoría de personas tiene (41).

En esta línea y aprovechando su formación algunos autores proponen que las primeras atenciones, especialmente en niños, sean proporcionadas por el psicólogo del colegio y que para ello este formado a tal efecto. No solo en casos de desastre natural o desastre causado por el hombre sino que también se extienda a posibles eventos traumáticos como abuso sexual o físico, accidentes graves, cáncer u otras enfermedades terminales o la muerte de algún compañero (42).

El análisis del comportamiento de la población en situaciones de emergencia supone una ventaja a la hora de organizar las evacuaciones anticipándonos a los desplazamientos, así como el estudio de las necesidades nos permite identificar cuáles son las intervenciones prioritarias y cuales se pueden posponer (43). El conocimiento del comportamiento de la sociedad ante emergencias influye o debería influir en la prevención, preparación, respuesta y recuperación de desastre.

Bibliografía

- (1) González Ordi, H., Miguel-Tobal, J., Vindel, A. C., & Iruarrizaga, I. (2004). Efectos de la exposición a eventos traumáticos en personal de emergencias: Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3), 207-217.
- (2) Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. OMS: Ginebra.
- (3) Bisson, JI & Lewis, C. (2009), Systematic Review of Psychological First Aid. Commissioned by the World Health Organization.
- (4) Hobfoll, S, Watson, P, Bell, C, Bryant, R, Brymer, M, Friedman, M, et al. (2007) Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry* 70 (4): 283-315.
- (5) Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra: IASC. http://www.who.int/mental_health/emergencias/iasc_guidelines_spanish.pdf

- (6) El Proyecto Esfera (2011). Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria Ginebra: El Proyecto Esfera. <http://www.sphereproject.org>
- (7) Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid [<http://www.copmadrid.org>] Madrid, 2004. [Acceso el 23 de Marzo de 2015] Primeros Auxilios Psicológicos: Protocolo Acercarse. Disponible en: [http://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/guía primeros auxilios2008.pdf](http://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/guía%20primeros%20auxilios2008.pdf)
- (8) Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. Copenhagen: WHO.
- (9) Davidson, S. (2010). The development of the British Red Cross' psychosocial framework: CALMER. *Journal of Social Work Practice*, 24, 29–42.
- (10) NATO (2008). *Psychosocial care for people affected by disasters and major incidents*. NATO.
- (11) Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra: IASC.
- (12) Steinberg AM, Brymer MJ, Steinberg JR, Pfefferbaum B. Conducting research on children and adolescents after disaster. In: Norris FH, Galea S, Friedman MJ, Watson PJ, editors. *Methods for disaster mental health research*. New York: Guilford Press; 2006. pp. 243–253.
- (13) Pfefferbaum, B., Houston, J. B., Reyes, G., Steinberg, A. M., Pynoos, R. S., Fairbank, J. A., Maida, C. A. (2010). Building national capacity for child and family disaster mental health research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(1), 26-33.
- (14) Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry*.2002; 65(3):207–239. [Abstract].
- (15) Silverman WK, La Greca AM. Children experiencing disasters: Definitions, reactions, and predictors of outcomes. In: La Greca AM, Silverman WK, Vernberg EM, Roberts MC, editors. *Helping children cope with disasters and terrorism*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002. pp. 11–33.
- (16) Terrorism and Disaster Center. University of Oklahoma Health Science Center. [Acceso 28 de Marzo de 2015] Disponible en: <https://www.oumedicine.com/psychiatry/research/terrorism-and-disaster-center/training/disaster-mental-health-research-training>

(17) Dirección General de Tráfico [<http://www.dgt.es>] [Acceso el 26 de Marzo de 2015] Intervención en crisis a cargo de la policía. Disponible en: [http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-trafico/aspectos psicologicos /intervencion-crisis-policia.pdf](http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-trafico/aspectos-psicologicos/intervencion-crisis-policia.pdf)

(18) Dirección General de Tráfico [<http://www.dgt.es>] [Acceso el 26 de Marzo de 2015] La ayuda psicológica en emergencias. Disponible en: [http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-trafico/aspectos-psicologicos /ayuda-psicologia-emergencias.pdf](http://www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/unidad-de-victimas-de-accidentes-de-trafico/aspectos-psicologicos/ayuda-psicologia-emergencias.pdf)

(19) Figueroa, R. A., Marín, H., & González, M. (2010). Apoyo Psicológico en Desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y meta análisis. *Revista Médica de Chile*, 138, 143-151.

(20) Shoaf, K. I., & Rottman, S. J. (2000). Public Health Impact of Disaster. *Australian Journal of Emergency Management*, 15, 58-63. [Abstract].

(21) Briere, J., & Elliott, D.M. (2000). Prevalence, characteristics, and long-term sequelae of natural disaster exposure in the general population. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 661-679. [Abstract].

(22) Marín, C. P., & López-López, W. (2010). Atención psicológica postdesastres: Más que un "guarde la calma". Una revisión de los modelos de las estrategias de intervención. *Terapia Psicológica*, 28(2), 155-160.

(23) Bonanno, G. A., Brewin, C. R., Kaniasty, K., & La Greca, A. M. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological Science in the Public Interest*, 11(1), 1-49.

(24) Thoburn, J. W., Carlile, J. A., & Clark, N. E. (2014). A systems approach to international disaster psychology. *Journal of Family Psychotherapy*, 25(2), 163-176.

(25) Margolin, G., Ramos, M. C., & Guran, E. L. (2010). Earthquakes and children: The role of psychologists with families and communities. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(1), 1-9.

(26) Hu, C., & Kuo, S. (2010). The 921 earthquake: Developing a group intervention program for affected soldiers in the taiwanese military. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2010(2). [Abstract].

- (27) Zhang, F., Xin, Y., Chen, D., & Chen, Y. (2010). Research of police's mental health and influence factors in badly damaged regions one year after earthquake. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 18(1), 76-78. [Abstract].
- (28) Yuan, S., Huang, S., Zhao, X., & Xiong, F. (2010). The study on mental health and coping style of the soldiers involved in earthquake. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 18(1), 91-92. [Abstract].
- (29) Dobashi, K., Nagamine, M., Shigemura, J., Tsunoda, T., Shimizu, K., Yoshino, A., & Nomura, S. (2014). Psychological effects of disaster relief activities on japan ground self-defense force personnel following the 2011 great east japan earthquake. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 77(2), 190-198. [Abstract].
- (30) Li, H., Kuang, W., & Han, B. (2010). Depression status and related factors of elderly victims in chengdu and deyang 8 months after the wenchuan earthquake. *Chinese Mental Health Journal*, 24(2), 122-125.
- (31) Dogan-Ates, A. (2010). Developmental differences in children's and adolescents' post-disaster reactions. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(7), 470-476.
- (32) Kilmer, R. P., & Gil-Rivas, V. (2010). Responding to the needs of children and families after a disaster: Linkages between unmet needs and caregiver functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(1), 135-142. [Abstract].
- (33) McDermott, B. M., Cobham, V. E., Berry, H., & Stallman, H. M. (2010). Vulnerability factors for disaster-induced child post-traumatic stress disorder: The case for low family resilience and previous mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(4), 384-389.
- (34) Peng, H. -. (2010). The grief process of a child survivor of the 921 earthquake: A case report. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 2010(2). [Abstract]
- (35) Kalantari, M., & Vostanis, P. (2010). Behavioural and emotional problems in iranian children four years after parental death in an earthquake. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(2), 158-167. [Abstract]
- (36) Nobles, W. W. (2013). Natural/man-made disaster and the derailment of the african worldview. *Journal of Black Psychology*, 39(3), 252-256.

- (37) Nolen-Hoeksema, S. (2010). Learning new ways to do good. *Psychological Science in the Public Interest*, 11(1), 1
- (38) Alves, R. B., de, C. L., & Legal, E. J. (2012). A atuação do psicólogo diante dos desastres naturais: Uma revisão. *Psicologia Em Estudo*, 17(2), 307-315. [Abstract].
- (39) Pineda Marín, Claudia, & López-López, Wilson. (2010). Atención Psicológica Postdesastres: Más que un "Guarda la Calma". Una Revisión de los Modelos de las Estrategias de Intervención. *Terapia psicológica*, 28(2), 155-160.
- (40) Saari, S., Karanci, A. N., & Yule, W. (2011). EFPA and work on disaster, crisis, and trauma psychology. *European Psychologist*, 16(2), 141-148.
- (41) Nolen-Hoeksema, S. (2010). Learning new ways to do good. *Psychological Science in the Public Interest*, 11(1), 1. [Abstract]
- (42) Little, S. G., & Akin-Little, A. (2013). Trauma in children: A call to action in school psychology. *Journal of Applied School Psychology*, 29(4), 375-388.
- (43) Parlak, A. I., Lambert, J. H., Guterbock, T. M., & Clements, J. L. (2012). Population behavioral scenarios influencing radiological disaster preparedness and planning. *Accident Analysis and Prevention*, 48, 353-362. [Abstract].