

Violaciones graves a derechos humanos y su impacto familiar (2ª parte)

José Manuel Bezanilla

Ma. Amparo Miranda

La práctica del psicólogo en un servicio de urgencias médicas, aproximaciones basadas en la experiencia

Denisse Teillery Baladrón

Operación San Lorenzo 2010

Dispositivo de Apoyo Psicosocial a familiares de los 33 mineros encerrados en la mina San José

Humberto Marín Uribe

Pautas de asistencia a víctimas con Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Ester Rovira Güell

Anna Subirà Sender

Descarrilamiento del tren alvia. Santiago de compostela, 24 de julio de 2013: buenas prácticas y lecciones aprendidas

M^a Isabel Vázquez Prado, Aurora Rozadilla Arias, Elena González Cid, Fátima López Rodríguez, Sandra Izaguirre Garcíar

Arte entre cenizas: una historia de resiliencia

Piluca Carmona Arango

El triage psicológico ¿ Una herramienta para el psicólogo de emergencias

Eva María Ruiz Muñoz

Cuadernos de CRISIS y emergencias

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

Cuadernos de Crisis

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

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

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

Suscripciones

Suscríbase gratuitamente en la siguiente dirección:

suscripciones@cuadernosdecrisis.com

Cubierta

Pácticas de soporte psicológico en IEM

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

Contacto

info@cuadernosdecrisis.com

Dirección

Ferran Lorente i Gironella.

1felogi@gmail.com

Psicólogo consultor de emergencias.

Consejo de redacción

Dr. Luis de Nicolás y Martínez.

Doctor en Psicología

Catedrático de la Universidad de Deusto.

Agusti Ruiz i Caballero

Médico de emergencias. Especializado en medicina hiperbárica.

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

Josep Garre i Olmo

Psicólogo y epidemiólogo

Hospital de Sta. Caterina. Girona

Fernando A. Muñoz Prieto

Psicólogo

Director de IPSE-Intervención Psicológica Especializada

Jose Francisco Castro Escobar

Licenciado en Psicología

Especialidades Clínica y Emergencias, Máster en Prevención de Riesgos Laborales

Alicia Galfasó

Psicóloga

Esp en Psicooncología

Esp. en Psicotraumatología y en Psicología de la Emergencia

Alexis Lorenzo Ruiz

Graduado de Lic. En Psicología

Master Profesional y Especialista en Psicología de la Salud

Rodrigo Andrés Mardones Carrasco

Psicólogo de la Universidad de Chile.

Diplomado en Intervención Comunitaria

Sumario

VIOLACIONES GRAVES A DERECHOS HUMANOS Y SU IMPACTO FAMILIAR. 2ª parte

José Manuel Bezanilla, Ma. Amparo Miranda

LA PRÁCTICA DEL PSICÓLOGO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS MÉDICAS, APROXIMACIONES BASADAS EN LA EXPERIENCIA

Denisse Teillery Baladrón

OPERACIÓN SAN LORENZO 2010 DISPOSITIVO DE APOYO PSICOSOCIAL A FAMILIARES DE LOS 33 MINEROS ENCERRADOS EN LA MINA SAN JOSÉ

Humberto Marín Uribe

PAUTAS DE ASISTENCIA A VÍCTIMAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Ester Rovira Güell

Anna Subirà Sender

DESCARRILAMIENTO DEL TREN ALVIA. SANTIAGO DE COMPOSTELA, 24 DE JULIO DE 2013: BUENAS PRÁCTICAS Y LECCIONES APRENDIDAS

Mª Isabel Vázquez Prado

Aurora Rozadilla Arias

Elena González Cid

Fátima López Rodríguez

Sandra Izaguirre Garcíar

ARTE ENTRE CENIZAS: UNA HISTORIA DE RESILIENCIA

Piluca Carmona Arango

EL TRIAGE PSICOLÓGICO ¿ UNA HERRAMIENTA PARA EL PSICÓLOGO DE EMERGENCIAS?

Eva María Ruiz Muñoz

Editorial

Cuadernos de Crisis y Emergencias, se sigue con atención no solo en la península ibérica, sino también en todos los países de América. Prueba de ello son los numerosos autores de "allende los mares" que confían en nuestra revista para publicar sus trabajos.

Sus contenidos son muy especializados, pero a pesar de ello contamos con miles de lectores, que siguen fielmente los sucesivos números publicados.

Por este motivo, no se sorprenderán al conocer los nuevos miembros que incorporamos a la redacción, pues todos ellos, previamente, han publicado interesantes y documentados artículos.

Ostentan también de algún modo la representación de sus países de procedencia. Ya sea por su trabajo en instituciones, ya sea en las organizaciones o asociaciones corporativas de la emergencia psicológica.

Pero siempre sobre el terreno y pegados a la realidad, lo cual constituye la característica distintiva de nuestra especialidad.

- De Argentina, Dra. Alicia Galfaso
- D Cuba Dr. Alexis Lorenzo
- De Perú, J. F. Castro
- De Chile, Rodrigo A. Mardones

No acaban aquí las tareas de Cuadernos de Crisis y Emergencias. Iniciamos un proyecto de colaboración con México a través del "1er. Congreso Internacional Digital sobre Psicología y Educación en Derechos Humanos", promovido por el psicólogo D. José Manuel Bezanilla, Director General de PEIAC, miembro del sistema mexicano de investigación en psicología.

Pienso que con el presente número emprenderemos una nueva etapa, de mayor profundidad teórica y de una amplia proyección, como mínimo intercontinental. Más pruebas de ello las encontrará el lector interesado, en la cantidad y calidad de los trabajos presentados.

Ferran Lorente Gironella

Violaciones graves a derechos humanos y su impacto familiar¹

2ª parte

José Manuel Bezanilla²

Ma. Amparo Miranda³

Resumen

Considerando las Violaciones Graves a Derechos Humanos (VGDH) como unos de los acontecimientos más devastadores que pueden ocurrir por acción u omisión por parte de un estado hacia sus ciudadanos, enfocamos la atención en las consecuencias familiares de estos acontecimientos. Comenzamos por caracterizar a la familia como grupo social desde la mirada sociológica, retomando las ideas de Gómez-Córdova (2006) sobre los criterios necesarios para ponderar el daño en los grupos familiares derivados de las VGDH. Aportando una lectura sociológica para ampliar la comprensión del fenómeno, concluyendo en la necesidad de poner a los grupos familiares en el centro de la reparación del daño, tanto para hacerlos visibles a las secuelas que pueden presentar, como para mejorar los procesos de articulación entre las esferas individuales y comunitarias en el proceso reparatorio.

Palabras clave: Derechos Humanos, Psicología, Impacto Familiar.

Abstract

Considering the Serious Human Rights Violations (VGDH) will be some of the most devastating events that can occur by act or omission by a state to citizens, we focused on family consequences of these events. We begin by characterizing the family as a social group from a sociological look, retaking ideas Gómez-Córdova (2006) on the criteria to weigh the harm in families derived from VGDH. Providing a sociological reading to broaden understanding of the phenomenon, concluding on the need to put the family groups in the center of the repair of the damage, both to make them visible to the consequences it may have, how to improve the processes of coordination between individual and communal areas in the reparative process.

Keywords: Human Rights, Psychology, Family Impact.

1 NOTA: El presente constituye el resultado de una investigación personal, y de ninguna manera representa una postura institucional.

2 Psicólogo, Doctor en Ciencias para la Familia, Psicoterapeuta de Grupos y Psicodramatista Clínico, Fundador y Director General de Psicología y Educación Integral A.C. (PEI.AC www.peiac.org), Fundador de la Revista Internacional PEI, Psicólogo Clínico y Visitador Adjunto en la CNDH México. jjmbezanilla@peiac.org

3 Psicóloga, Maestra en Psicología Clínica, Directora de Servicios Clínicos de PEI.AC y Directora de la Revista Internacional PEI, Docente Investigadora de la Universidad del Valle de México Lomas Verdes y la Universidad Bancaria de México. amparo.miranda@peiac.org

Resumo

Considerando as graves violações de direitos humanos (VGDH) serão alguns dos eventos mais devastadores que podem ocorrer por ato ou omissão de um Estado aos cidadãos, nós nos concentramos em consequências familiares destes eventos. Começamos por caracterizar a família como um grupo social de olhar Socionômica, retomando idéias Gómez-Córdova (2006) sobre os critérios para pesar os danos nas famílias derivadas de VGDH. Proporcionar uma

leitura Socionômica para ampliar a compreensão do fenômeno, concluindo sobre a necessidade de colocar os grupos de família no centro da reparação dos danos, tanto para torná-los visíveis para as consequências que pode ter, como melhorar os processos de coordenação entre áreas individuais e coletivas no processo de reparação.

Palavras-chave: Direitos Humanos, Psicologia, Impacto Familiar.

A manera de introducción.

Este es el segundo trabajo relativo al impacto de las Violaciones Graves a los Derechos Humanos (VGDH); considerando que el tema de los Derechos Humanos (DDHH), implica profundamente a la psicología, por la relación existente entre el desarrollo de la personalidad y la construcción del sujeto socio-político-cultural, resulta fundamental aproximarse a este con una mirada crítico reflexiva.

Entendemos que desde la perspectiva internacional, se considera que los Estados Nacionales son los primeros y últimos responsables de salvaguardar, proteger, desarrollar y promocionar los DDHH de sus ciudadanos, asumiendo que sus deficiencias y omisiones para realizar estas funciones podrían considerarse como violaciones a estos; ubicando que aquellas violaciones que atentan contra la integridad bio-psico-socio-cultural de la persona, son Violaciones Graves de Derechos Humanos (VGDH).

Previamente referimos (Bezanilla y Miranda, en

prensa), que se ha observado el profundo impacto que tienen las VGDH en el sistema sociocultural, posibilitando la instauración del terror y la ambivalencia, fracturando los vínculos socio-comunitarios, empujando a las comunidades a recurrir a mecanismos y sistemas compensatorios para la contención y en el mejor de los casos la elaboración del trauma psicosocial (Madariaga, 2002).

Realizamos una presentación muy general de la mirada socionómica⁴, reiterando la potencia y pertinencia de esta perspectiva para el acercamiento a los contextos sociales, comunitarios, grupales y familiares, con la posibilidad de apreciar de manera dinámica el proceso de deterioro a que se enfrentan las personas, sus familias, grupos y comunidades a partir de verse expuestos a VGHD.

4 Para una amplia y profunda explicación sobre la Socionomía, se pueden consultar las siguientes referencias en www.books.google.com.mx :

1. Bezanilla, JM. (2009) "La aplicación del Método Psicodramático a la Orientación Familiar". Tesis de Maestría por el Instituto de Enlaces Educativos A.C.
2. Bezanilla, JM. (2011) "SOCIOMETRÍA: un método de investigación psicosocial". Editorial PEI, México.
3. Bezanilla, JM y Miranda, A. (2014) "SOCIONOMÍA FAMILIAR: una mirada copleja.". Editorial PEI, México.

En el presente nos acercaremos al impacto que reciben los grupos familiares al verse expuestos a situaciones de violencia social o VGDH por parte de agentes del estado.

Caracterización de la familia como grupo social

Entendemos a la familia como *un grupo social primario en el que sus miembros se relacionan por vínculos de parentesco, de donde se derivan roles y jerarquías, partiendo del desempeño de ciertas funciones, se hace posible la formación de la persona mediante interacciones significativas hacia el interior del grupo, que permiten el desarrollo de las habilidades psicosociales, para que aquélla pueda integrarse a su sistema sociocultural y realice su existencia.*

La consideramos como un grupo social primario (Sprott, 1958) al ser una conjunción de personas relativamente pequeña que permite la libre y directa interacción entre sus miembros, permitiendo el establecimiento de vínculos emocionales e intercambios psicoafectivos entre estos, con un sistema de normas implícito además de posibilitar la construcción de la identidad del sujeto.

VGDH y su impacto familiar

Ortega Sánchez (2011) manifestó que: *"Por violaciones graves a los derechos humanos suele entenderse: la ejecución extrajudicial; la desaparición forzosa e involuntaria; la tortura; la mutilación y las lesiones con daño permanente o incapacitación; el desplazamiento forzado; el despojo de la propiedad; la esclavitud; el encarcelamiento injusto prolongado, y en*

condiciones inhumanas; el impedimento a que las personas obtengan su sustento, así como actos similares cometidos contra allegados de los objetivos principales de los abusos de poder, quienes pasan a convertirse en rehenes de los abusadores"; además del abuso sexual y/o la violación como tortura (Rivera-Paz, 2010; Gómez-Dupuis, 2009; CEH 1999).

Dado que cualquiera de estos acontecimientos pretenden destruir la identidad del sujeto, así como enviar un mensaje a todas aquellas personas y grupos que tengan contacto con la víctima, se ha visto que las secuelas de estas al interior de los grupos familiares es profunda, duradera y en muchos casos devastadora.

Refiere Guerrero et.al. (2012) que los grupos familiares ante situaciones de crisis y violencia social se conforman como víctimas invisibles, siendo entidades que ante estos contextos resultan aplastadas por las fuerzas ideológicas y sociopolíticas desatadas; por lo que resulta fundamental comprender la situación en que se colocan y los impactos que reciben ante un contexto de VGDH.

Para exponer los efectos sobre los grupos familiares derivados de las VGDH y la violencia, retomaremos lo referido por Gómez-Córdova (2006) con relación a las áreas que se ven afectadas; así como lo documentado por La "Comisión para el Esclarecimiento Histórico" (CEH) en Guatemala (1999), la "Comisión de la Verdad" (2010) en Ecuador, la "Comisión de Verdad y Justicia (CVJ)" (2008) en Paraguay y Beristain (2009); en los informes sobre Violaciones a Derechos Humanos y las consecuencias psicosociales de estos.

Como en el caso de los individuos, el impacto psicológico en los grupos familiares derivado de acontecimientos de violencia social y VGDH es global, profundo y deja cicatrices que perduran e incluso alcanzan a generaciones posteriores; siendo una situación de pérdida en todas las esferas y áreas de la vida del grupo familiar y sus miembros.

Gómez-Córdova (2006) refiere que para ponderar el impacto en los grupos familiares de estos hechos, es necesario explorar las siguientes áreas, sin perder la visión de conjunto sobre el grupo y siendo estas meramente enunciativas con fines técnicos y didácticos:

- a) Las formas de relación e interacción al interior del grupo.
- b) El nivel de tensión y conflicto emocional entre los miembros.
- c) Cambios en la dinámica de roles y funciones.
- d) Fragmentación de los vínculos.
- e) Redes externas de apoyo social y afectivo.

Las formas de relación e interacción al interior del grupo.

La instauración del terror y el miedo, derivados de los hechos violatorios de Derechos Humanos, transforman la manera en que se relacionan los miembros de la familia, ya sea aquellas víctimas de detenciones arbitrarias, encarcelamientos prolongados y tortura; o los familiares de aquellos desaparecidos y ejecutados de manera extrajudicial.

Con relación a los primeros, el grupo tiene que adaptarse a los efectos individuales que trae el

miembro retornado, además de manejar el miedo a la posible persecución, las secuelas físicas y psicológicas de la víctima primaria, cambiar el estilo de vida por la extensión de la sospecha y el terror de volver a ser impactados como grupo, así como limitaciones físicas, alimentarias y económicas por el deterioro del patrimonio y la capacidad económica; lo que genera sufrimiento en la pareja, miedo, angustia, ansiedad entre otros trastornos psicológicos.

En aquellas familias en las que han enfrentado la desaparición forzada de alguno o varios de sus miembros, se ha documentado la presencia de "duelos alterados", que se caracterizan por la presencia constante de incertidumbre, en los que derivado del trauma y la ausencia el, grupo queda como "suspendido" en un momento con la pregunta constante sobre el paradero del/los ausentes; en general se observan alteraciones en el estado de ánimo de los miembros, así como un bloqueo en la capacidad de duelo y manejo de pérdidas, lo que genera una traumatización constante derivada de la incertidumbre permanente, se establece un estado de "shock" permanente que aunado al duelo incompleto imposibilita al grupo y sus miembros a retomar el devenir de sus vidas y reestructurar su dinámica y proyecto de vida por el miedo y esperanza de que aquel que esta ausente siga con vida y pueda regresar.

El nivel de tensión y conflicto emocional entre los miembros.

El desequilibrio en la vida, en su caso el duelo alterado, las lesiones físicas, las pérdidas materiales, físicas y emocionales, la estigmatización y el sentimiento de impotencia; son fuertes generadores de estrés y frustración

entre los miembros de la familia, lo que puede detonar que se manifiesten conflictos que se encontraban latentes antes de los acontecimientos; o que se generen nuevos; especialmente en los hijos que son aquellos que más pierden al ver impactado y fracturado su grupo de referencia, así como en el peor de los casos perder a uno o ambos padres con el consecuente deterioro de su proceso de desarrollo, así como el desarrollo de resentimiento social, que posteriormente se manifestará en dificultades para el establecimiento y manutención de su propio grupo familiar.

Son las mujeres generalmente las que en la mayoría de los casos reciben la mayor carga de estrés, al enfrentarse al deterioro de su relación de pareja, el sostenimiento psicoemocional de sus hijos, su propia pérdida, las dificultades económicas y el hacerse cargo de la manutención de la familia.

Al ser la mujer el centro psicoafectivo del núcleo familiar, esta se ve atrapada por una tormenta de demandas, acontecimientos y sentimientos que debe enfrentar y resolver de manera simultánea, con el fin de garantizar la sobrevivencia de su familia y el desarrollo de sus hijos. Uno de los principales efectos que se han visto, lo constituye la asunción de nuevos roles familiares, además de los que ya desempeñaba por acuerdo familiar y contexto sociocultural, cómo el de proveedora y padre; lo que en sí mismo le impone una significativa carga de trabajo físico y emocional, generándole un reiterado desgaste de su cuerpo y su mente.

Se ha visto que derivado de lo anterior, se han incrementado los índices de violencia familiar,

adicciones, enfermedades psicosomáticas, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, en grupos familiares víctimas de VGDH.

Cambios en la dinámica de roles y funciones.

Otra de las consecuencias de las VGDH, es la necesidad de que los miembros no víctimas y que están en posibilidad de hacerlo; asuman y desempeñen roles y funciones que en la mayoría de los casos no les correspondían socioculturalmente o no se encontraban listos para hacerlo por la etapa del desarrollo en la que se encontraban.

En el caso de que ambos padres hayan sido detenidos o desaparecidos, los hijos se enfrentarán a la precariedad económica, alimentaria y educativa, teniendo que hacerse cargo ellos mismos de la manutención de la familia; enfrentándose a profundos periodos de confusión y dolor e incluso a terminar en situación de calle por la imposibilidad de solventar una vivienda.

Fragmentación de los vínculos.

Hay ocasiones en que entre los miembros de la familia nuclear y la extendida se generan resentimientos y dinámicas culpígenas ya sea por diferencias ideológicas o al tomar consciencia del daño que se ocasionó a la familia y sus miembros derivados de las VGDH; esto puede propiciar que se fragmenten los vínculos de pareja, filiales o entre padres e hijos; pudiendo llegar hasta la disolución del grupo, lo que traerá un nuevo duelo para los miembros.

Se han observado situaciones en que personas

que estuvieron detenidas por periodos prolongados, se enfrentan con la disolución de su familia e incluso el cambio de residencia de esta sin que le sea posible localizarla; esto añade a lo anterior el trauma de enfrentar el duelo por lo que durante la reclusión fue un referente psicoemocional y le dio la fuerza para resistir los abusos.

Redes externas de apoyo social y afectivo.

Se han visto en diversos grupos familiares nucleares y extensos que ante la crisis desarrollan recursos que les permiten manejar el trauma y fortalecer sus vínculos al interior y con la comunidad; pero existen casos en los que por la instauración de terror y la estigmatización, estos se aíslan de las redes sociales de apoyo, tanto de los parientes como de la comunidad; colocándose en una situación de mayor vulnerabilidad y dificultándoles el manejo y elaboración del trauma y los sentimientos asociados a él.

El aislamiento del grupo familiar de las redes de apoyo, les impedirá el acceso a recursos tanto físicos como emocionales que les permitirían una mejor y más rápida recomposición para el manejo de la crisis, especialmente el sentimiento de apoyo y solidaridad.

Reflexionando

Hemos retomado a las VGHD como acontecimientos devastadores, en los que se ve implicado el estado como entidad, algunas de sus instituciones y agentes; ya sea por omisiones o por acciones directas contra los ciudadanos,

siento estas en todo caso responsabilidad de este.

Los grupos familiares como refirió Guerrero (2012), se constituyen como las víctimas invisibles ante acontecimientos devastadores, dado que su dolor, heridas y acontecimientos, se ven opacados por el drama individual y comunitario, o porque se ven silenciados tras las paredes de "lo privado".

Nos preguntamos si es que esta invisibilización de la familia ante las VGHD y los acontecimientos de violencia social, *¿no es otra de sus funciones y cualidades?*, dado que el grupo familiar se constituye siempre como el referente básico del individuo, particularmente ante aquellas vicisitudes provenientes del medio, constituyéndose como un lugar donde las "*cosas se arreglan y las heridas se curan*", además de ser omnipresente a las personas, por lo que sus padecimientos y necesidades como instancia bio-psico-social, son solo percibidas y evidenciadas a partir de manifestarse crisis en su interior, que sobrepasan sus recursos y capacidad de elaboración y amenazan con destruirla.

Ahora apreciamos la increíble fortaleza y plasticidad de la familia como grupo, en especial por su gran capacidad de adaptación incluso cuando llegan a faltar los miembros fundadores, siendo que algunos hijos pueden asumir algunos roles y funciones que estos desempeñaban para garantizar la sobrevivencia de esta; no resultando inmune a los efectos devastadores de estos acontecimientos, ya que a pesar de que esta tiene una gran capacidad de adaptación, sí se ve empobrecida, perdiendo eventualmente su capacidad de sostenimiento y nutrición considerando este termino de manera amplia;

resintiendo los miembros las secuelas de un padre o hermano torturados, el deterioro económico de un proceso legal y de acompañamiento de una madre detenida arbitrariamente o el desgaste emocional de la incansable búsqueda de un hijo o hija desaparecidos.

Generalmente las instancias de justicia y atención a víctimas, determinan la reparación del daño con relación a un monto económico, situación que si bien alivia de manera muchas situaciones, resulta claramente insuficiente para restablecer al grupo familiar al nivel de funcionamiento que poseía antes de enfrentarse al acontecimiento traumático, especialmente y en concordancia con la línea discursiva que hemos venido desarrollando, *¿cómo es posible que se consideren las necesidades de reparación del grupo familiar si en primera instancia es una víctima invisible?*

Es aquí donde hay que poner atención con relación en lo propuesto por Gómez-Córdova (2006), con relación a los criterios a considerar para ponderar el impacto de las VGDH en la familia; retomando dicha tarea desde la perspectiva sacionómica, por lo que aunque en algunos aspectos pudiera parecer redundante, no lo serán en esencia, dado que nos permitirá acercarnos a este fenómeno desde un ángulo particular.

Con relación a las formas de relación e interacción al interior del grupo; en este punto hay que retomar lo referido por Homans (1968), con relación a que nada en el grupo es dado o natural, sino que todo proviene de la interdependencia de tres elementos básicos; actividades, interacciones y sentimientos; que se

articulan de maneras particulares en torno al cumplimiento de las demandas del ambiente para sobrevivir y de las necesidades internas de este para re-elaborar las relaciones y conformar su identidad y vida psicoafectiva; conociéndose al primero como sistema externo y al segundo como sistema interno.

Retomando el punto anterior, ante un acontecimiento de VGDH el grupo familiar debe responder a una fuerza que proviene de su ambiente, y es de tal fuerza y magnitud, que pondrá a prueba todos sus recursos para poder responder a este y poder sobrevivir.

En cualquier grupo, todo patrón de interacción dentro del sistema externo está orientado a la realización de actividades para la supervivencia; por lo que cuando uno o varios de los miembros se ven afectados por algún acontecimiento que los separa del grupo o los incapacita ya sea física o psicológicamente; se ve trastocado todo el patrón de actividades en la familia; es decir que cuando un padre que era el proveedor se ve encarcelado por un largo periodo, o es presa de un severo deterioro psico-emocional como secuelas de haber sido torturado, no podrá desempeñar su rol de proveedor, al no poder aportar los recursos para la manutención; además de que la interacción tiene que ver con lo que "*hacemos juntos*"; por lo que al estar recluso o incapacitado, disminuirán las interacciones que tenía con su pareja e hijos, generando esto sentimientos desagradables o de incomodidad tanto en este padre fallido, como en los otros miembros de la familia.

Otro ejemplo, lo constituye la esposa que además de los roles que socioculturalmente le son asignados como el de compañera y madre, con las actividades que ellos implican, se ve

sobrecargada por nuevas tareas necesarias para suplir la ausencia o incapacidad del padre, tanto para suplir la función proveedora, cómo la de cuidado en caso de ser necesario; lo que le exigirá transformar su habitual patrón de interacciones tanto con sus hijos, su familia extensa de origen y su misma pareja, generándole significativos sentimientos negativos.

Para un primer acercamiento a las transformaciones enfrentadas por los grupos familiares derivado de lo anterior, habría que acercarse a conocer como se encontraba esta organizada tanto en su sistema externo cómo interno, prestando especial atención a las obligadas modificaciones en los esquemas de actividad e interacción, explorando los sentimientos por esto generados.

Derivado de lo anterior, es fácil deducir el nivel de tensión y conflicto emocional que puede presentarse entre los miembros del grupo familiar, al enfrentarse de manera repentina y obligada a una transformación de sus patrones habituales de actividad e interacción. En primer lugar hay que considerar el cúmulo de sentimientos negativos generados en primera instancia, potencializado esto por los elevados niveles de estrés que genera la disminución de recursos y sobrecarga de trabajo, aunado a la desesperación propiciada por la ausencia o sufrimiento intenso de un ser amado; añadiendo las secuelas físicas o emocionales cuando este retorna; lo anterior sin contar los inevitables sentimientos de culpa y reproche; lo que en sí mismo constituye una bomba de tiempo que cuando explota, puede llevar a la disolución del grupo, pero que puede implotar, agravando las

secuelas con violencia, adicciones, o fenómenos psicopatológicos graves.

Para la aproximación a las secuelas de esta categoría, hay que poner especial atención a todas aquellas “cosas no dichas” y que se manifiestan de manera simbólica mediante actitudes o interacciones, dado que esto puede ser la llave para acceder a todo aquello que no le es posible verbalizar al grupo y sus miembros.

Los grupos familiares son entidades abiertas, que mantienen un flujo continuo de información con el medio y otros grupos dentro de este, por lo que en caso de que este o sus miembros enfrenten un acontecimiento como las VGDH, es posible que este se aíle del resto del ambiente, las redes de comunicación y apoyo psicosocial; ya sea porque la intensidad del evento es tal que los ha llevado al ensimismamiento, o porque además de la victimización, son estigmatizadas (que es una de las intenciones cuando los agentes del estado actúan deliberada mente); situación que dificulta a los miembros y al grupo en sí mismo, el acceso a los mecanismos de “ayuda” comunitaria, tanto a nivel simbólico cómo material; dejando al grupo solo con la resolución de su trauma y su proceso de sanación.

Resulta fundamental para la reparación del daño ante este tipo de acontecimientos, que tanto las instancias nacionales cómo internacionales, presten atención a la situación de la familia, para que esta deje de ser una víctima invisible y se le ponga en el centro del trabajo reconstitutivo; ya que al realizar este cambio de enfoque, será posible realizar una mejor articulación entre los procesos reparatorios individuales y comunitarios.

Referencias

Beristain, C.M; González-Hidalgo, E. (2009) "Oasis de la memoria: Memoria histórica y violaciones de derechos humanos en el Sahara Occidental Tomo I." Universidad del País Vasco y Hegoa; País Vasco.

Beristain, C.M; González-Hidalgo, E. (2009) "Oasis de la memoria: Memoria histórica y violaciones de derechos humanos en el Sahara Occidental Tomo II." Universidad del País Vasco y Hegoa; País Vasco.

Bezanilla, JM y Miranda, A. (en prensa) "Violaciones graves a derechos y su impacto psicosocial".

Comisión de la Verdad. (2010) "Impacto psicosocial a violaciones de derechos humanos en el Ecuador: Consecuencias de las violaciones de derechos humanos en las víctimas, sus familias y la sociedad." Ecuatorial, Ecuador.

Comisión de Verdad y Justicia, Paraguay (CVJ). (2008) "Secuelas de las violaciones de derechos humanos: La experiencia de las víctimas. Tomo V." Brasilia, España, Asunción; Paraguay.

Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH). (1999) GUATEMALA: MEMORIA DEL SILENCIO. Informe de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH). Guatemala, Guatemala.

Gómez-Córdova, O. (2006) "Aspectos psicosociales de la reparación integral." Corporación AVRE, Colombia.

Gómez-Dupuis, B. (2009) Peritaje psicosocial por violaciones a Derechos Humanos. Equipo de Estudios Comunitarios y Acción Psicosocial (ECAP), Guatemala.

Guerrero-Useda, M; Nisimblar, N; Guerrero-Baron, M. (2012) "Familia, Conflicto y Fragilidad" Universidad Católica de Colombia, Bogotá.

Madariaga, C. (2002) "Trauma psicosocial, trastorno de estrés postraumático y tortura" CINTRAS; Santiago, Chile.

Rivera-Paz, C; Valle-Manchego, T; Romero-Borda, S y Chuca, R. (2010) Protocolo para la investigación de casos de violación sexual en el conflicto armado interno. Instituto de Defensa Legal, Lima.

Sprott, W.H.J (1958). Grupos Humanos. Paidós. Buenos Aires

Homans, G. (1968). "El grupo Humano". Lumen Horne: Buenos Aires.

La práctica del psicólogo en un servicio de urgencias médicas, aproximaciones basadas en la experiencia

Ps. Denisse Teillery Baladrón

Psicóloga de Enlace Hospital de Urgencia Asistencia Pública

ps.teillery@gmail.com

Resumen

Psicóloga de Enlace Hospital de Urgencia Asistencia Pública. El quiebre inesperado de la salud junto con los fenómenos psíquicos que este conlleva, es un hecho cotidiano en los pacientes que consultan al servicio de urgencia del Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Salas de espera saturadas, dolor físico y sensación de muerte inminente generan un ambiente sobrecogedor, que establece la necesidad de incorporar un profesional de la Salud Mental que apoye y contenga en dichos espacios.

Es a partir de aquello, que durante el año 2006 a través del proyecto de mejoramiento de entrega de información del Minsal, se concreta la inserción del equipo de Salud Mental en el servicio de Urgencias de nuestra Institución, con el fin de apoyar y contener a los usuarios que se han visto sobrepasados por las circunstancias que emergen en el lugar.

A siete años de dicha iniciativa, son numerosas las resistencias que se han tenido que vencer, sobre todo respecto a la validación del rol del psicólogo y la delimitación de nuestro quehacer.

No obstante, las especificaciones técnicas de nuestro trabajo en torno al manejo de urgencias psiquiátricas junto con el apoyo y asesoramiento en la entrega de malas noticias, han merecido un reconocimiento paulatino por parte del equipo; integrándonos cada vez más en el cotidiano del servicio.

Abstract

The unexpected breakdown of health and the psychic pain that this entails, it's a recurrent experience in patients who came to the emergency room of the "Hospital de Urgencia Pública" from Santiago de Chile.

Saturated waiting rooms, physical pain and the uncertainty, creates an overwhelming environment, which establishes the need to incorporate a mental health professional to support and hold in that kind of spaces

In 2006 through the project to approach the health institutions and improve the delivery of information to the families, developed by the Health Ministry, the insertion of the Mental Health

team in the emergency department of our institution was included, supporting and containing users who had been overwhelmed or had had a crisis under circumstances that often occur.

After 7 years to have become this initiative, there are many strengths that we have to overcome, especially with the regard and validation of

Introducción

El reconocimiento del modelo Biopsicosocial en salud ha incorporado como un eje fundamental, la identificación de factores psicosociales implicados en el proceso de salud enfermedad del paciente.

Esto ha posibilitado la integración de un equipo interdisciplinario en donde los profesionales de la salud mental han sido considerados, aportando desde su especialidad, estrategias que contribuyan a la atención integral de los pacientes y del equipo sanitario.(Duque EA, Grau J et al.2005)

Es así como la transición de los perfiles epidemiológicos, el manejo de la familia ante la pérdida y la salud reproductiva, han sido uno de los principales pilares que sustentan el trabajo de un psicólogo en el ámbito hospitalario.

Sin embargo, pese a los avances que la psicología ha mostrado en dichos términos, existe un escaso conocimiento sobre aquellos profesionales que se han insertado en los servicios de urgencias como equipo de respuesta en los eventos críticos.

psychologist's role at the emergency room

However, the technical specifications of our work on the management of psychiatric emergencies cases and the support and advice in delivering bad news, gave us the gradual recognition by the team ; integrating ourselves in the daily service.

This is our experience of the psychologist team in the emergency room

El quiebre vital producido por un accidente automovilístico, así como la grave descompensación de patologías crónicas son eventos que pueden ser vivenciados por los afectados como un elemento disruptivo, que desencadenan situaciones de inquietud e incluso violencia. En dichos términos, la intervención del psicólogo ha resultado ser un elemento de vital importancia que contiene desde otra esfera y aporta elementos que han posibilitado el reconocimiento y valoración de aspectos emocionales que están estrechamente vinculados al malestar de los pacientes.

Frente a esto, hemos incurrido en la necesidad de desarrollar un modelo de atención, que reúna los principales aspectos de las emergencias y sus implicancias en el contexto sanitario, con el fin de aportar desde la experiencia un trabajo que podría ser incluido en otros recintos asistenciales.

Antecedentes

El Hospital de Urgencia Asistencia Pública, fundado por el Doctor Alejandro del Río en 1911, es definido como el referente nacional de las prestaciones de urgencia en el servicio público de nuestro país. Ubicado en el centro de Santiago de Chile, nuestro hospital otorga atención a

pacientes de alta complejidad a través de sus servicios de urgencia, quemados, cirugía, medicina y cuidados intensivos, los cuales necesitan una atención oportuna y de calidad para el restablecimiento óptimo de su bienestar.

La alta y mediana complejidad de dichos usuarios trae consigo una serie de fenómenos donde la violencia y el temor a la pérdida son elementos constantes que involucra al todo sistema hospitalario, por lo que el rol de un psicólogo que apoye en dichas instancias cada vez se hace más imprescindible.

A partir de ello, durante el año 2006 comienza a vislumbrarse aquella necesidad como un hecho consumado. A través del proyecto sobre mejoramiento de entrega de información, establecido por el Ministerio de Salud se inserta en el servicio de Urgencias dos profesionales de las ciencias sociales, quienes tendrán como objeto generar el Enlace efectivo a nivel de la información, entre el equipo de salud y la familia del paciente.

Este proyecto ha ido tomando forma a lo largo de los años, redefiniéndose como la **Unidad de Psicología de Enlace**, la cual ha ido desarrollando y especializándose en el tipo de intervención orientado a ofrecer **un** servicio de atención psicológica que incorpore los principios del modelo biopsicosocial de la salud, en el tratamiento de los pacientes y sus familias.

Aportes de la psicología en los servicios de urgencia

El concepto de psicólogo de urgencias ha sido escasamente abordado. Su delimitación a nivel

del rol y el tipo de intervenciones que el profesional puede entregar en dichos espacios obedece al entrecruzamiento de la psicología de la Emergencia y de la Salud. Estas dos disciplinas tienen elementos comunes tanto a nivel del abordaje, como en la actitud que debe sostener el psicólogo que atiende en situación de crisis en un encuadre que emerge desde lo inesperado. Sin embargo la psicología de urgencias, asume un modelo propio de intervención adaptado a la realidad del hospital, cuyo objetivo ha sido sostener las prácticas en función de un trato humanizado en salud.

Dentro de este mismo alcance, es pertinente diferenciar al psicólogo que ejerce en la urgencia de un hospital, con la imagen que compartimos de modo colectivo. El profesional en los hospitales generales, ha tenido que redefinirse en cuanto a su quehacer incorporando conceptos teóricos desde el campo biologicista para un trabajo interdisciplinario y acorde a las expectativas de la institución.

Los escasos estudios donde se incorpora el concepto de Salud Mental en Urgencias responden a un movimiento en gestación. El gran esfuerzo que han realizado algunos colegas ha sido orientado a pesquisar y resaltar la necesidad de la incorporación, siendo la delimitación del rol uno de los principales desafíos para el presente.

El Rol del psicólogo en los Servicios de Urgencia

Rescatando las diferencias que establecen Chiattonne y Sebastiani (citado en Duque EA, Grau J et al.2005)) de un psicólogo que se desenvuelve en un hospital al de otras prácticas, la psicología en dichos ámbitos es

obligatoriamente interdisciplinaria, focal y limitada en el tiempo

Dichos aportes encarnan la realidad en que se desenvuelve el profesional en un servicio de urgencias. Este no se encuentra en un box de atención detrás de un escritorio esperando la llegada de pacientes, sino que debe tener la capacidad de adaptarse a los cambios y ritmos de dicho recinto, actuando en salas de espera, pasillos o de pie junto a una camilla, sin dejar de lado aquellos casos donde se requiera de un espacio que resguarde la intimidad en caso de que el motivo de atención lo amerite. (Lorente F,2005)

El paciente

Tanto el paciente como su familiar, han sido despojados de su condición particular de individuo para pasar a ser uno de los tantos pacientes graves que esperan de atención. El dolor físico como el dolor psíquico se conjuga con la pérdida simbólica de la Salud, sintiéndose vulnerables al medio al entregarse enteramente a manos del equipo de salud. Esto puede ser aún más complejo, al saber que su vida puede verse puesta en riesgo por su estado de salud, generándose fantasías de muerte y destrucción que afectan su concepto de la realidad, poniendo en juego sus capacidades para afrontar el evento.

Junto a ello, existen casos donde lo que prima es la urgencia psiquiátrica, que son en su mayoría derivados a la atención de psicología de enlace con el fin de evaluar, definir y derivar dependiendo de la complejidad de cada caso. Esto al igual que los fenómenos anteriormente indicados, no deja de menoscabar al paciente por el carácter imperativo de su sintomatología.

Familiares y acompañantes

Tanto la familia como los acompañantes de un paciente ingresado en el servicio de urgencia, se ven afectadas por la incertidumbre y desolación de encontrarse ante el riesgo de perder a un ser querido.

A diferencia del fenómeno mediático que genera un despliegue de recursos para el apoyo de la comunidad afectada en Desastres, La familia del paciente se ve insertada en el anonimato de la urgencia. La falta de entrega de información sobre el estado del paciente, o la espera propia de la atención en unidades de gran demanda invocan un grado de desesperación que en muchas ocasiones se torna en eventos de violencia cuando ésta es mal manejada por el equipo sanitario.

En dicho aspecto el psicólogo debe tener las competencias necesarias para entender que los acompañantes se ven afectados por la situación en que se encuentra el paciente y que el modo en que estos reaccionan, se debe a una multiplicidad de factores más que una reacción antojadiza por parte de ellos.

Asimismo es importante entender que en aquellos momentos donde el médico accede a entregar información sobre el estado y pronóstico del paciente, la familia se ve en ocasiones sesgada por el uso de tecnicismos o por el estado afectivo en el que ellos se encuentran; Originando malos entendidos o falsas expectativas que muchas veces se traducen en reclamos hacia el sistema.

El Equipo de Salud

Las instituciones de salud son un modelo de atención que se constituyen como un sistema

social complejo donde la diversidad de cargos junto con lo imperativo de la enfermedad pone en evidencia la inquietante situación del personal.

Las características de nuestro entorno asistencial, la falta de recursos humanos y físicos junto con las demandas urgentes de atención hacen que la aparición de situaciones conflictivas sean reiteradas poniendo en riesgo a nuestros pacientes y personal de trabajo.

Esto no es un acontecimiento aislado en nuestro hospital, Según cifras de la OIT más del 25% de las denuncias referidas como "acto de violencia en el contexto ocupacional provienen de dichas instituciones. (Nordin, H. extraído de OIT, 2002)

Si bien entendemos que la violencia en el lugar de trabajo atenta contra la dignidad y el buen desempeño de nuestros funcionarios. Esto equivale tan solo a la expresión de un síntoma sobre el desgaste y el trato poco humanizado que mantenemos con quienes consultan.

El deterioro propio de las jornadas establecidas en turnos de 12 horas, así como el contacto insitu con la muerte, generan un grado de despersonalización que es vivenciado como un elemento funcional para trabajar en el recinto. Al contactarse afectivamente con la historia personal de los pacientes, el funcionario se desvincula y genera rechazo frente al temor de verse sobre involucrado y no poder responder al próximo paciente.

A partir de esto, nuestra intención de propiciar un clima donde se desplieguen las ansiedades en un contexto que resguarde la intimidad del funcionario, ha sido uno de los objetivos de

nuestra unidad.

Si bien, nuestro trabajo se ve orientado en la mayoría de las ocasiones al apoyo de los usuarios, no podemos negar la complejidad con que se ven diariamente interpuestos los equipos de primera respuesta y que muchas veces son proyectadas a quienes por primera vez tienen contacto con ellos, nuestros pacientes.

Principales ejes de intervención y motivos de consulta

La necesidad de ser validados desde los principios del paradigma que aún mantiene una fuerte tendencia biomédica, ha sido una de los principales obstáculos que ha tenido que sortear la psicología dentro de las instituciones de Salud.

Con respecto a las estrategias de intervención, El quehacer del psicólogo irá orientado a una intervención definida por su contexto, basado en el modelo de intervención en crisis, con el objetivo de movilizar los recursos propios de los consultantes para la resolución del conflicto.

En dicho sentido, la intervención será definida como de primer orden (Slaikeu, 1988) que consta de un enfrentamiento inmediato y activo luego de ocurrido el evento.

Objetivos específicos:

Orientados al paciente:

- Desplegar herramientas psicológicas de atención en crisis, haciendo frente a las situaciones de urgencia intentando fortalecer la conducta adaptativa del implicado
- Apoyar en la restauración del funcionamiento previo, junto con reintegrar el control sobre la toma de

decisiones del paciente

- Atender consultas pertinentes a la especialidad de Salud Mental, tales como intentos suicidas, trastornos por abuso de sustancias, síndromes ansiosos, etc.
- Gestionar redes para el ingreso de atención especializada

Orientados a la familia y acompañantes del paciente:

- Orientar e informar sobre los procedimientos médicos realizados a sus pacientes
- Contener emocionalmente a los familiares de pacientes ingresados
- Acompañamiento ante la entrega de malas noticias
- Apoyo y orientación en procedimientos para pacientes fallecidos

Principales Motivos de Consulta

Un paciente en una situación de crisis, difiere considerablemente en su forma de relacionarse consigo mismo y con su entorno en relación a lo que comúnmente lo realiza.

Por ello, no podemos invocar una patologización de su estado si entendemos que este es un modo reactivo a partir de la realidad en que se encuentra. Nuestra intervención estará orientada a la resolución síntomas propios de una reacción vivencial ante situaciones de crisis más que hacia un trastorno como tal.

Existen otros casos, en que la descompensación de una patología psiquiátrica previamente diagnosticada ha requerido que la unidad de psicología apoye en la evaluación y abordaje preliminar. En dichas circunstancias, nuestro

quehacer se sustenta gracias a los aportes de la Guía de Intervención **mhGAP** la cual tiene como objetivo facilitar las intervenciones en instituciones de salud general, orientando nuestro quehacer de un modo focalizado, para luego derivar o reincorporar a la red de atención especializada.

A continuación se señalara las diversas manifestaciones en la cual se activa la acción del psicólogo:

- **Intento Suicidio:** Tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto en el cual un individuo deliberadamente se hace daño a sí mismo persiguiendo su muerte, pero sin lograrlo.
- **Malas Noticias:** Referido al acompañamiento del personal médico en la entrega de información relevante para un paciente o familiares de éste y que dada su naturaleza, puede provocar reacciones, conductas y significados que alteren el normal funcionamiento psico-emocional del consultante. Incluye diagnóstico y comunicación de enfermedades, el anuncio de procedimientos como la amputación de un miembro y la entrega de pronósticos ominosos, entre otros.
- **Psicosis y Otros:** Agrupación de cuadros clínicos psiquiátricos con alteración del juicio de realidad y que no se explican a través de otra categoría.
- **Sd. Ansioso:** Sintomatología precipitada en un individuo como anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser

interno o externo pudiendo involucrar los niveles cognitivo, motor, vegetativo y conductual

- **Sd. Depresivo:** Alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor que determina tristeza acompañada de diversos síntomas y signos vegetativos, emocionales, del pensamiento, del comportamiento y de los ritmos vitales que persiste por tiempo habitualmente prolongado.
- **Tr. Somatomorfo:** Es una condición en la cual el dolor y los síntomas físicos que una persona siente se relacionan con factores psicológicos y no explicables desde la evaluación médica. Incluye: Trastornos de Somatización, Trastorno Somatomorfo indiferenciado, Trastorno de Conversión, Trastorno por Dolor, Hipocondría, Trastorno Dismórfico corporal y Trastorno Somatomorfo no especificado.
- **Tr. Por sustancias:** Condición patológica o alteración psíquica o conductual provocada o inducida por el consumo de sustancias. Incluye alcohol y drogas.
- **Vif:** Todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; sea pariente por consanguinidad o por afinidad; cuando ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre persona menor de edad o discapacitada del grupo familiar

La incorporación del psicólogo en un equipo de urgencias médicas responde al esfuerzo de instituciones que reconocen la necesidad de contar con un profesional que facilite la relación médico-paciente en los momentos donde la salud de estos últimos, se encuentra en crisis.

Tras los cambios en el modelo de atención en salud, se ha puesto en evidencia que la inclusión de personal capacitado que apoye frente a la situación de crisis es trascendental y que al ser oportuno, trae beneficios para el paciente, la familia y el equipo de salud.

En base a lo referido, es pertinente admitir que el modelo de atención psicológica en los servicios de urgencia, cada vez se hace más necesario debido al aumento de accidentes y saturación de los espacios de atención.

Este trabajo, así como tantos otros, asume la importancia de definir el rol a partir de la creación de protocolos de intervención que contengan un lenguaje común a las distintas disciplinas. Pero pone un punto de diferencia en el respeto y la comprensión de que cada paciente es un ser único y repetible.

Nuestro modelo de atención ha estado basado en la experiencia que como profesionales hemos tenido en nuestra institución, entendiendo que esta puede ser distinta, dependiendo del contexto institucional en el cual cada uno la desarrolla.

Percibimos que resta mucho por definir, pero tenemos la convicción que el campo de la psicología en los servicios de urgencia, es un tema que por su impacto podría tener mayores adherentes.

Conclusiones

Referencias

Duque EA, Grau J et al (2005) La Psicología de la salud en la atención hospitalaria. En: Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones. Universidad de Guadalajara. México. pp. 295-321.

Lorente F.(2005)El Rol del psicólogo Emergencista. Cuadernos de Crisis Núm.4,Vol 1. Año 2005. Extraído el en www.cuadernosdecrisis.com

OIT, (2002) Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la Salud.

OMS, (2010) Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Organización Mundial de La Salud.

Slaikew, K.(1988). Intervención en crisis. México: Manual Moderno.1988

Operación San Lorenzo 2010

Dispositivo de Apoyo Psicosocial a familiares de los 33 mineros encerrados en la mina San José

Ps. Humberto Marín Uribe

Pontificia Universidad Católica de Chile
Escuela de Medicina, Departamento de Psiquiatría
Unidad de Trauma, Estrés y Desastres (UTED)
hmarin@med.puc.cl

Resumen

Entre el 5 de agosto y el 15 de octubre de 2010, 33 trabajadores de la Mina "San José" estuvieron encerrados a aproximadamente 720 metros de profundidad. Dos días después del derrumbe se daban por finalizados todos los esfuerzos por realizar un rescate convencional de los mineros, dando con ello inicio a una inédita misión de búsqueda y rescate cuyo primer objetivo era contactarles con el fin de entregar un soporte de

vida básico que permitiera mantenerlos con vida en el que sería un procedimiento de rescate de un poco más de dos meses. El presente texto da cuenta del dispositivo psicosocial implementado para apoyar a los familiares y amigos de los mineros encerrados quienes estaban pernoctando en la mitad del desierto de Atacama. Para ello se utilizó un modelo de apoyo psicosocial que ya había sido testeado en el gran terremoto del centro-sur de Chile, acaecido en febrero del mismo año¹.

Introducción:

El jueves 5 de agosto de 2010 -a eso del mediodía- en la Mina San José se produce un derrumbe que deja encerrados a un número

indeterminado de trabajadores. Muy posteriormente, se confirmaría que eran 33 mineros atrapados a cerca de 720 metros quienes lucharían por sobrevivir. Este texto da

1 FIGUEROA RODRIGO A, MARÍN HUMBERTO, GONZÁLEZ MATÍAS. Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. Rev. méd. Chile [revista en Internet]. 2010 Feb [citado 2011 Mar 05]; 138(2): 143-151. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000200001&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872010000200001.

cuenta -en primera persona- del evento mismo, y del como fue implementado un dispositivo de apoyo psicosocial para los familiares de los mineros encerrados.

En este punto es importante señalar que nuestra misión de apoyo psicosocial a familiares se sustentaba en dos hechos fundamentales. Primero, aun no se tenía acceso a los mineros encerrados, no se sabía cuántos eran y ni siquiera cual era su estado de salud². Segundo, la mina estaba ubicada en pleno desierto (letra A en imagen 1), en un lugar de difícil acceso a 30 kilómetros de la ciudad más cercana, y afuera de ella se habían instalado en carpas alrededor de 150 personas, número que en el día aumentaba hasta alrededor de 450 personas. Todos ellos familiares y amigos de los encerrados con la clara misión de no abandonar a sus seres queridos.

La activación

La asistencia a la emergencia se venía venir desde el viernes 6 de agosto, un día después del derrumbe. Numerosas llamadas telefónicas me hacían sospechar –junto a los demás integrantes de la Unidad- que se requeriría de apoyo psicosocial, primero a familiares y después a los mineros encerrados. Esto debido a que se estaba iniciando una estrategia de búsqueda y rescate totalmente inédita en la historia de la minería mundial, actividades que según proyecciones de los expertos podría durar más de un mes.

Yo hasta el momento solo conocía la información que era de dominio público a través de los medios de comunicación, pero por otras intervenciones realizadas podía imaginarme el escenario. A medida que avanzaba el fin de semana (7 y 8 de agosto) la activación se hacía

Imagen 1: Ubicación de la Mina San José

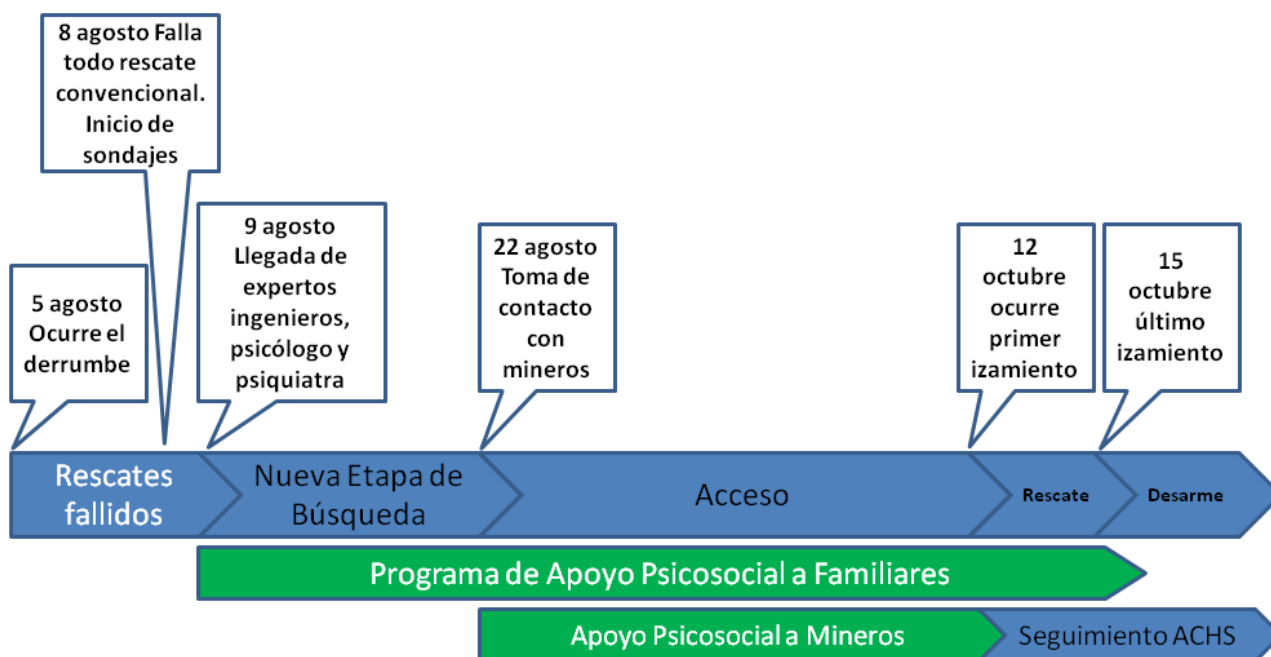


² No se tuvo certeza de esta información hasta el domingo 22 de agosto, fecha en la que una sonda logra contactar a los encerrados.

cada vez más real, hasta que el lunes 9 por la mañana me informaron que sería yo el primero en viajar en el avión presidencial, y que el resto del equipo llegaría el mismo lunes por la tarde. Entre la llamada de activación y la recogida no pasó más de una hora, y ya cerca del mediodía

me dirigía rumbo a las instalaciones del grupo 10 de la Fuerza Aérea, ubicadas a un costado del aeropuerto internacional de Santiago, Arturo Merino Benítez, lugar desde el cual opera el avión presidencial.

Imagen 2: Secuencia de hechos



El vuelo fue tranquilo pero lleno de novedades para mí: claro, jamás imaginé que iba a volar en dicha aeronave y con tan altas autoridades. Fue ahí donde se iniciaron las primeras conversaciones con demás expertos en las cuales ya esbozábamos cual sería el plan de acción.

El tiempo apremiaba, y después de mi arribo la primera prioridad era hacer un diagnóstico que permitiera esbozar ágilmente cuales serían los principales elementos del plan de apoyo psicosocial a familiares que debíamos implementar.

Después de un breve recorrido por la zona, y

algunas conversaciones con los familiares y gestores de la emergencia, fuimos capaces de identificar las áreas de trabajo que pasarían a ser parte de la estrategia de apoyo psicosocial a familiares. Aunque las acciones que se habían realizado hasta el momento eran bastante buenas, aun quedaban algunos desafíos por superar: los agresores psicológicos más relevantes eran una excesiva mediatización del evento, un aumentado asistencialismo a familiares, una altísima incertidumbre por parte de los familiares, existencia de mucho rumor e informaciones contradictorias, disposición de diversos tipos de ayuda psicosocial (pero con poca coordinación), sistemas de apoyo

duplicados (más de una organización haciendo lo mismo), desorden en el uso de las zonas del campamento y precariedad de los refugios. Otros elementos requeridos, como la disposición de agua, saneamiento, alimentación y seguridad hacia los familiares estaban ya perfectamente cubiertos.

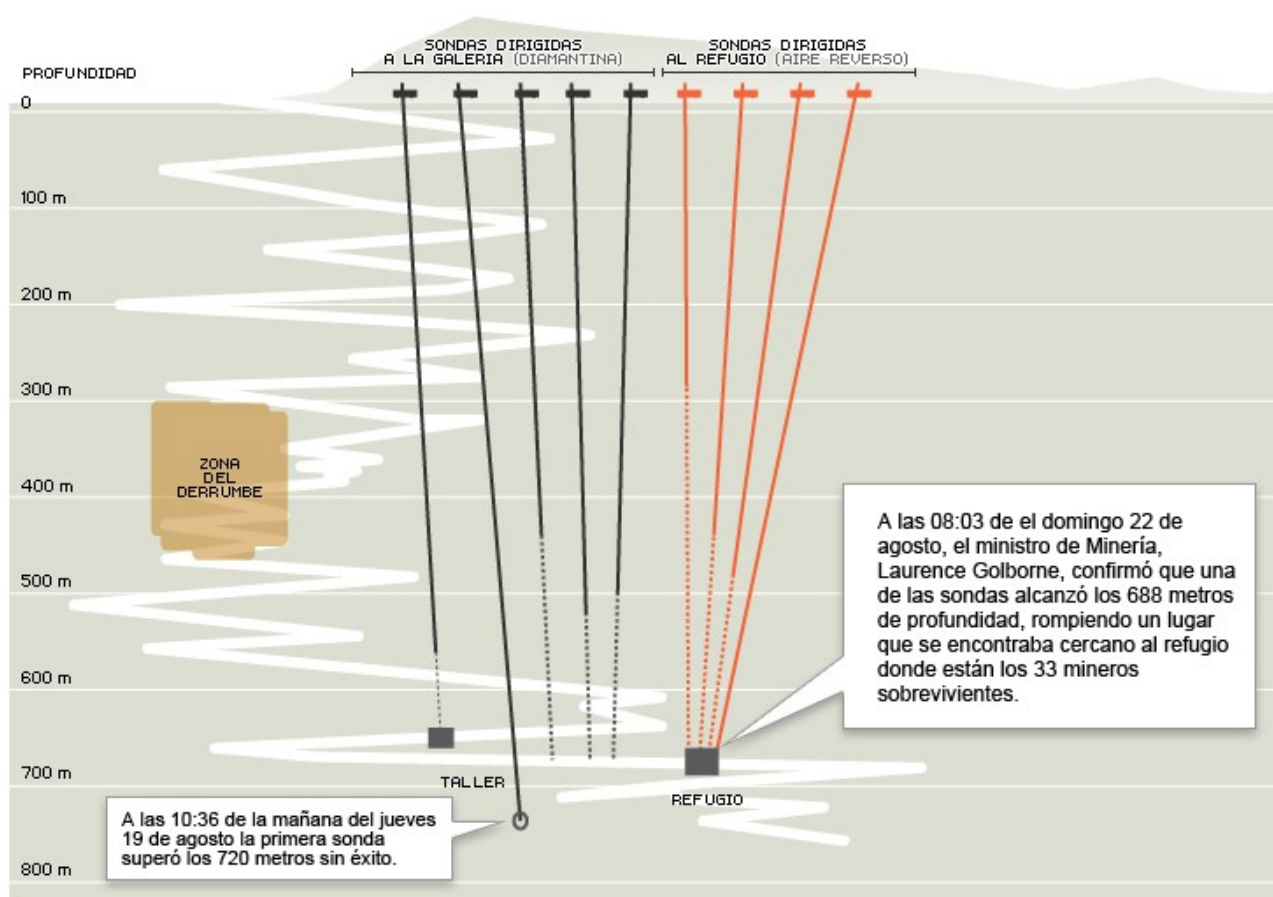
La estrategia

El plan de acción era bastante simple pero completo, y cumpliría a lo menos los primeros

tres niveles del Modelo de Apoyo Psicosocial en Desastres (Figuroa, Marín, & González, 2010) que hace poco habíamos publicado y que ya habíamos aplicado en el terremoto recientemente pasado en febrero del mismo año. La estrategia incluiría un trabajo en varios frentes de acción que acompañaría las actividades de búsqueda, las que consistían en tratar de tomar contacto con los mineros a través de 10 sondas de prospección que serían utilizadas “como lanzas” que apuntarían hacia el refugio de la mina y otras dependencias donde habría más probabilidades que se encontraran los mineros (Imagen 3)

Imagen 3: Corte de la “Mina San José” y estrategia de búsqueda utilizando sondajes de prospección minera.

Fuente: <http://especiales.cooperativa.cl/especiales/2010/infografia-contacto-con-los-mineros/>



- Capacitación y empoderamiento a los profesionales locales en relación a

aspectos esenciales del cuidado de salud mental en emergencias y desastres, y la

gestión de estas situaciones. Por lecciones aprendidas de otros desastres – y por recomendaciones internacionales (Inter-Agency Standing Committee IASC, 2007)- sabíamos que era esencial empoderar a los profesionales locales, debido a que son ellos quienes mejor conocen las particularidades de la zona, además de ser ellos quienes permanecerán con la comunidad una vez terminado el evento. Las actividades de empoderamiento incluyeron charlas de Primeros Auxilios Psicológicos (siguiendo el modelo de National Child Traumatic Stress Network y del National Center for PTSD).³

- Fueron implementados estrategias de ayuda a las poblaciones especiales (Parada, 2008), entendiéndolas como todas aquellas personas que por sus condiciones requieren de una asistencia diferenciada (Marín Uribe, 2010). Por ello se coordinó un programa de ayuda psicosocial dividida por grupos: A) para los familiares de los mineros atrapados, que a su vez estaba subdivididos en adultos y poblaciones especiales (niños, extranjeros, ancianos, enfermos crónicos, entre otros); y para B) gestores de la emergencia. Serían catastrados todos los familiares para identificar vulnerabilidades especiales, así como mantener un control de avance y registro de actividades. Cada organismo presente en el rescate se haría responsable por un área, teniendo reuniones de coordinación diarias al principio y término de cada

jornada; con esto fueron reducidas las descoordinaciones y duplicación de funciones.

- Toda actividad que se realizaba debió estar de acuerdo con los cinco principios imprescindibles en todo dispositivo de apoyo psicosocial en emergencias: A) Sensación de seguridad; B) Calma; C) Sentimiento de auto-eficacia y eficacia grupal; D) Conexión con redes; E) Estimular la esperanza (Hobfoll, y otros, 2007). Para la correcta implementación de estos principios, la segregación y distribución territorial fueron claves. Por ello se ejecuto una estrategia de regularización del campamento, dado que la posibilidad que los familiares regresaran a sus casas era más remota, y el claro objetivo era la protección y el cuidado de su salud.

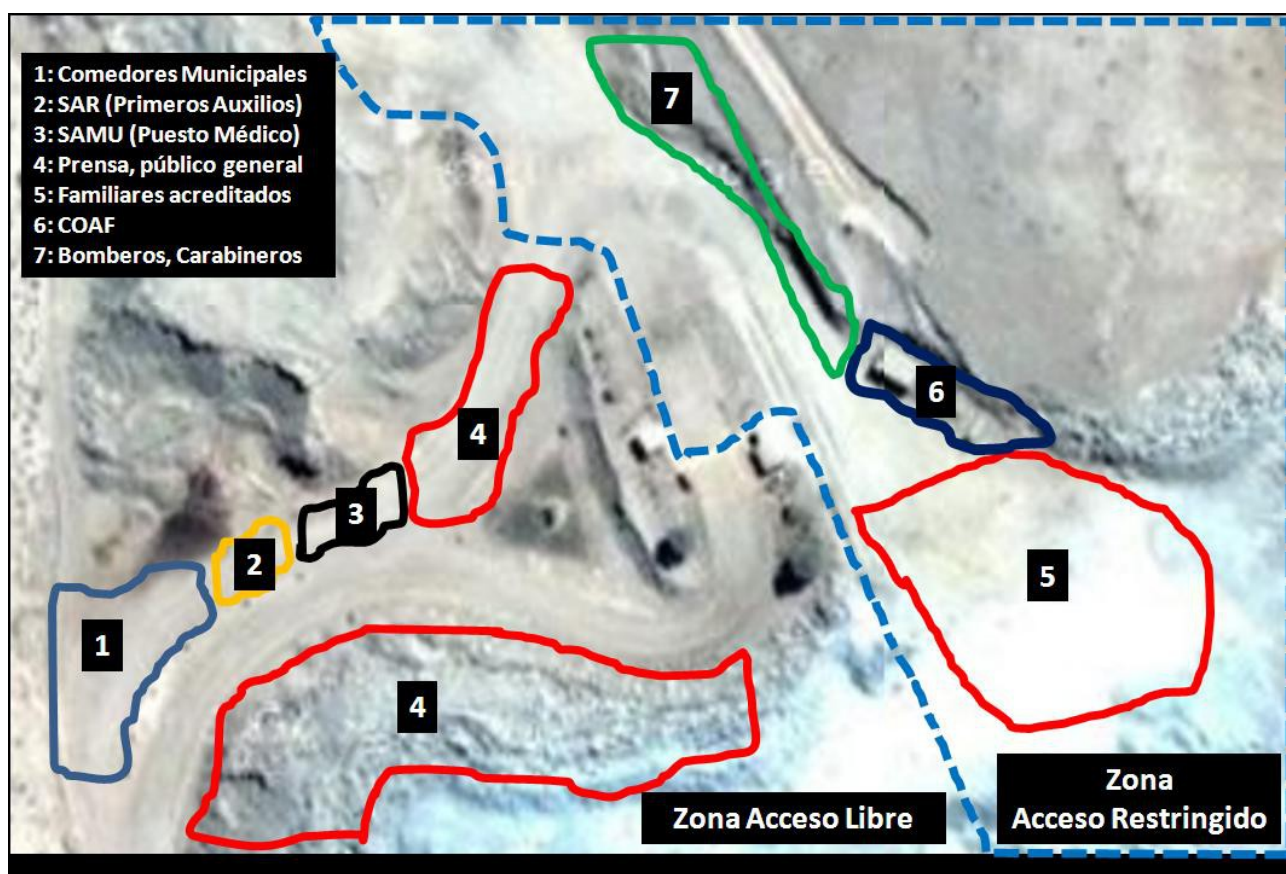
El campamento “Esperanza” ahora tendría áreas divididas con controles de acceso (Imagen 4): las áreas de sondeaje y para gestores de la emergencia seguirían iguales (zona 7), pero el control de acceso sería desplazado y sería creada una nueva zona exclusiva para los familiares catastrados (zona 5). El principal objetivo era entregar mejores refugios (fueron instaladas 33 carpas) y separar a los familiares de los medios de comunicación, quienes les invadían constantemente. En la antigua zona de campamento estaban ubicados los comedores municipales (zona 1), lugar donde se preparaba y servía la comida para todos quienes estaban en las zonas uno a cinco. Las zonas dos y tres

3 Material disponible en español en <http://www.ptsd.va.gov/professional/manuals/psych-first-aid.asp>

siguieron siendo de puestos médicos, y la zona cuatro correspondía a amigos, curiosos y algunos familiares que no se movieron a la zona cinco pues no era

obligatorio su uso. El principio básico era no obligar a nadie, pero sí que lo pudieran tener disponible para cuando quisieran privacidad.

Imagen 4: Distribución de zonas en “Campamento Esperanza”



- Disminuir la incertidumbre y respetar la privacidad de los afectados eran dos tareas esenciales. Para alcanzar dichos objetivos se regularizaron las rutinas comunicacionales, lo que adicionalmente ayudó a gestionar el rumor. Se instaló una rutina comunicacional que consistía en tener reunión con los familiares primero y con la prensa después. La comunicación con los familiares era en privado dos veces al día, después de lo cual recién se “liberaba” la información a la prensa. Los objetivos que cumplía esta rutina era que los familiares fueran los primeros en saber las novedades del proceso de búsqueda (estado de avance de los sondeos) y pudieran privadamente resolver dudas con los expertos de la perforación, así como nutrir proactivamente a los medios para aumentar la información circulante y con ello disminuir espacios para la aparición de rumores.

- La promoción de la auto-eficacia y eficacia grupal son elementos que han demostrado científicamente ser principios básicos de intervención (Hobfoll, y otros, 2007). Por ello se cambió el asistencialismo por la oferta de servicios; la nueva lógica de operación cambió desde “salir a cazar afectados” (lo cual aparece muy frecuentemente cuando erróneamente aplicamos conceptos tradicionales de salud mental en desastres) hacia “ofrecer ayuda”. Para ello se instalaron diferentes servicios que podían ser utilizados por los interesados. La ayuda ofrecida fue consultorio legal,

apoyo psicológico privado, asistencia social, entrega de certificados y documentos, e incluso una escuela -donde los niños que por fuerza mayor no pudieran continuar sus estudios en la ciudad- tuvieran donde hacerlo y no perder el ya tan retrasado año académico⁴.

- La estrategia anterior fue complementada con la instalación de un COAF (Centro de Orientación y Apoyo a Familiares), lugar donde fueron centralizadas las actividades de soporte, información, reunión y apoyo a los familiares. El Centro estaba implementado en un container marítimo habilitado para oficina, y dirigido por profesionales del área social y la psicología previamente entrenados, todos ellos de organismos locales. Este lugar era el punto neurálgico de todas las operaciones de apoyo a familiares y servía como lugar de consulta y orientación que llevó a disminuir el sobre-asistencialismo, cambiando la estrategia de “buscar asistidos” hacia “ofrecer asistencia”. Adicionalmente el COAF era el lugar único de información, pues ahí se mantenía copia escrita y visible de los horarios de los buses hacia y desde Copiapó, del estado de avance de los sondeos (después que eran comunicados a familiares), las declaraciones de prensa, los servicios ofrecidos, facilitación de trámites, entre otras muchas tareas.

⁴ Chile tuvo que retrasar el inicio de su año escolar debido al terremoto de febrero de 2010.

Las medidas implementadas funcionaron bastante bien durante la etapa de búsqueda, pero sabíamos que habría más desafíos. En el futuro inmediato llegarían dos momentos claves para los cuales la tensión grupal podría hacer necesario una ayuda especial y para lo cual había que prepararse especialmente. El primero de ellos era cuando los sondeos llegaran al refugio (desconociendo con qué resultados se encontraría) y el segundo el rescate mismo. Recordemos que hasta el domingo 22 de agosto (17 días después del derrumbe e inicio de la emergencia) aun no se tenía certeza del estado de los encerrados, ni tampoco de la efectividad de esta inédita operación de rescate que utilizaría sondas de prospección minera. Por ello -y para ambos eventos- se preparó un contingente especial de profesionales, así como planes de acción que ayudarían en lo que fuera necesario, actividades que finalmente no debieron ser activadas.

La desactivación

El plan de acEl campamento “Esperanza” acompañó a los familiares, amigos, prensa, curiosos y turistas por un poco más de dos meses. Fue una verdadera ciudad armada literalmente en la mitad del desierto. En ella se instalaron sistemas que actualmente escasean en muchas ciudades formalmente establecidas. Fueron llevadas antenas para telefonía móvil, los medios de comunicación instalaron sus antenas de transmisión satelital, fueron impartidas varias semanas de clases en una escuela temporal, fueron instalados servicios de administración del Estado, servicios de emergencia (Ambulancia, Bomberos y Carabineros), soporte logístico (sanitario y de alimentación) para soportar a la población flotante, entre muchas otras cosas

más. Todo ello debía ser desinstalado después del rescate del último de los 33 mineros encerrados, el 15 de octubre de 2010. Fue en esa fecha cuando la ansiedad dio paso a la alegría. Todo había resultado bien, sin tener que lamentar ninguna consecuencia grave o deceso en el proceso, iniciando el proceso de evaluación y reflexión en torno a lo implementado. Con ello se daba por cerrada una inédita misión de búsqueda y rescate de los 33 mineros encerrados, y se iniciarían –por un lado- las investigaciones judiciales para verificar las responsabilidades sobre los hechos, y –por el otro- el inicio de las actividades de evaluación, tratamiento y alta médica de los mineros. Estas últimas actividades estuvieron a cargo de la *Asociación Chilena de Seguridad (ACHS)*⁵, toda vez que los mineros eran trabajadores cubiertos legalmente por el Código del Trabajo Chileno y por el sistema de mutualidades.

La reflexión final

El plan de búsqueda y rescate de los 33 mineros encerrados en Atacama, denominada “Operación San Lorenzo”, fue una actividad totalmente inédita en la historia de la minería mundial, que generó varios análisis en diversos ámbitos del conocimiento. Quienes trabajamos en emergencias y desastres, sabemos que la instalación de sistemas de apoyo debe ir acompañada de sistemas de investigación. Un desastre de esta naturaleza es un excelente laboratorio natural que no se puede desaprovechar (Perea, Moreno, Márquez, & Fernández, 2005), lo cual no implica priorizar la investigación por sobre el apoyo a los afectados, sino poder capitalizar los hallazgos de cada

5 La Asociación Chilena de Seguridad es una mutualidad privada sin fines de lucro, administradora del seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales contemplado en la Ley 16.744. Fuente: <http://www.achs.cl/portal/ACHS-Corporativo/Paginas/Marco-regulatorio-Ley-16744.aspx>

desastre para enfrentar de mejor manera el próximo evento. He a continuación una pequeña descripción de aquellos elementos que aparecieron en el rescate y revisten mayor relevancia para el trabajo futuro en emergencias, desastres y/o catástrofes.

Voluntariado, voluntarismo y segundos desastres

A la mina San José llegaron muchas personas pregonando soluciones, técnicas o procedimientos para ser aplicados. Muy pocos de ellos lograron comprender la real diferencia entre voluntariado y voluntarismo⁶, generando en varias oportunidades segundos⁷ y hasta terceros desastres⁸, y no solamente en lo que respecta a ayuda humanitaria o salud mental, sino a todo el espectro de posibles intervenciones. Desde la perspectiva de gestión de recursos, es imposible pensar en tener un equipo permanente y únicamente preparado para responder ante desastres o catástrofes, tal como sucede con la atención de emergencias. Por ello los voluntarios son imprescindibles para ejecutar cualquier misión en desastres, pero cumpliendo estándares de auto-soporte logístico, capacitación, mando y coordinación con otros

⁶ El *voluntariado* tiene relación con la voluntad, "Elección de algo sin precepto o impulso externo que a ello obligue". El *voluntarismo* está centrado en una "Actitud que funda sus previsiones más en el deseo de que se cumplan que en las posibilidades reales" (Real Academia Española, 2001). Para una exitosa respuesta ante desastres y catástrofes, se requiere de un adecuado programa de voluntariado (seleccionado, disciplinado, auto-soportado y entrenado), pero no de voluntarismo.

⁷ Definimos el "segundo desastre" como *aquel fenómeno en el cual llegan al sitio afectado por el primer desastre un conjunto no organizado ni logísticamente auto-soportado de ayuda, materiales, planes de acción o personas que hacen colapsar los sistemas responsables de su recepción*. Este "segundo desastre" lo comprendemos en el sentido amplio, pues puede verse expresado en envío de ayuda humanitaria no pertinente, sobre-intervención hacia los afectados, arribo de un exceso de voluntarios sin soporte, capacitación ni coordinación previa, estrategias comunicacionales inadecuadas, etc.

⁸ El "tercer desastre" lo comprendemos cuando esta ayuda arribada en el segundo desastre -y ya una vez insertada en la comunidad- debe retirarse, exigiendo al sistema afectado por el desastre una nueva re-organización.

servicios.

Necesidad de especialización en emergencias y desastres

En general la intervención psicosocial en emergencias y desastres no es más compleja que otro ámbito del conocimiento, siempre y cuando se comprendan algunos elementos básicos que deben ser considerados. La Psicología en Emergencias es una nueva especialidad, no sólo porque opera en condiciones muy disímiles al ejercicio tradicional de la profesión, sino porque además requiere de un entrenamiento y experiencia específica en contextos de emergencia, ahí donde justamente se quiebran los principios de la normalidad.

La formación básica en psicología o psiquiatría no nos prepara para intervenir en estos contextos que a veces definimos como caóticos, pero que no siempre lo son. Es que las emergencias, desastres y catástrofes tienen principios y leyes que les rigen, así como normas, procedimientos y técnicas que le son exitosas. El gran objetivo es que nuestras ganas de hacer algo en una emergencia o desastre vayan acompañadas del conocimiento, la experiencia y responsabilidad profesional por mantenerse capacitado y entrenado (McKay), lo cual debiera ser un común denominador a otros ámbitos del conocimiento.

Duplicidad de actividades y servicios

Una situación que se generó en la mina San José -así como en otros desastres-, es la duplicidad de servicios y la falta de estandarización de los servicios ofrecidos. Vale decir, dos organizaciones distintas entregando o realizando las mismas actividades sin previa coordinación y con distintos estándares de cumplimiento. Esto además de considerarse como un desperdicio de recursos, redundando en sobre-intervenciones o ejecución de actividades

directamente dañinas sobre los afectados. Diversas iniciativas internacionales IASC (Inter-Agency Standing Committee), OCHA (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) o el Proyecto Esfera, tratan de disminuir estos fenómenos. El conocimiento y fiel cumplimiento

de estos estándares por quienes deben responder ante emergencias, desastres y catástrofes se hace imprescindible, ya sea en eventos ocurridos dentro o fuera de las fronteras nacionales.

Bibliografía

Figuerola, R., Marín, H., & González, M. (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Revista Médica de Chile* , 138 (2), 143-151.

Hobfoll, S. E., Ursano, R., Watson, P., Bell, C., Bryant, R., Brymer, M., y otros. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry* , 70 (4), 283-315.

Inter-Agency Standing Committee IASC. (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Ginebra.

Marín Uribe, H. E. (2010). Diplomado Salud Mental en Emergencias, Desastres y Catástrofes. Poblaciones Especiales y su inclusión en la intervención psicosocial en situaciones de Emergencia y Desastre . Santiago: Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

McKay, B. J. (s.f.). FEMA Emergency Management Institute. Recuperado el 19 de Junio de 2014, de Managing Volunteer Organizations in Time of Disaster: <https://training.fema.gov/EMIWeb/edu/studentpapers/McKay%20-%20Managing%20Volunteer%20Organizations%20in%20Time%20of%20Disaster.doc>

Parada, E. (2008). Psicología y Emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia. Madrid: Ed. Desclée de Brouwer.

Perea, A., Moreno, J., Márquez, M., & Fernández, J. A. (2005). VII Congreso Nacional de Bioética. Modulaciones del principio de justicia en medicina de catástrofes y ética ambiental. Valencia: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Fundación Étnor.

Rashid, F., Edmondson, A. C., & Leonard, H. B. (2013). Leadership lessons from the Chilean mine rescue. *Harvard Business Review* , 91 (7-8), 113-134.

Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (Vigésima segunda ed.). Real Academia Española.

Pautas de asistencia a víctimas con Trastorno del Espectro Autista (TEA)

Ester Rovira Güell

Psicóloga sanitaria especialista en TEA

Centre de Formació, Avaluació i Tractament dels Trastorns de l'Espectre Autista Per
L'Autisme

Mail: erg.autisme@hotmail.co.uk

Anna Subirà Sender

Psicóloga especialista en emergencias

Direcció General de Prevenció, Extinció d'Incendis i Salvaments.

Generalitat de Catalunya.

Mail: anna.subira@gencat.cat

Introducción

Las personas con necesidades especiales son personas que en una situación de emergencia presentaran más vulnerabilidad que las demás a sufrir un trauma psicológico. Ante estas personas, pues, la asistencia psicológica resulta aún más necesaria e importante.

Hay que tener en cuenta que, en función del tipo de discapacidad que presente la persona, algunas de las pautas de asistencia psicológica a las víctimas más universales y extendidas como la comunicación empática o el uso del contacto físico, puede que no nos sean de utilidad.

Las personas con **Trastorno del Espectro Autista (TEA)** pueden presentar dificultades de interacción social, de comunicación, sensoriales,

de imaginación y de rigidez de pensamiento.

Hay mucha variabilidad, desde leve o moderado (TEA de alto funcionamiento, como el Síndrome de Asperger) a severo (discapacidad intelectual, ausencia de habla...).

Todas estas características que nos **van a dificultar la comunicación** con la persona con TEA, pueden ir acompañadas de falta de conciencia de peligro y de **comportamientos extraños** que requerirán una atención concreta.

El objetivo de este artículo es proporcionar información sobre cómo se comunica y se comporta la persona con TEA y, sobretodo, qué estrategias van a ser las más adecuadas para superar las barreras de la comunicación y

afrontar su comportamiento. Las personas con necesidades especiales son personas que en una situación de emergencia presentaran más vulnerabilidad que las demás a sufrir un trauma psicológico. Ante estas personas, pues, la asistencia psicológica resulta aún más necesaria e importante.

Hay que tener en cuenta que, en función del tipo de discapacidad que presente la persona, algunas de las pautas de asistencia psicológica a las víctimas más universales y extendidas como la comunicación empática o el uso del contacto físico, puede que no nos sean de utilidad.

Las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) pueden presentar dificultades de interacción social, de comunicación, sensoriales, de imaginación y de rigidez de pensamiento.

Hay mucha variabilidad, desde leve o moderado (TEA de alto funcionamiento, como el Síndrome de Asperger) a severo (discapacidad intelectual, ausencia de habla...).

Todas estas características que nos van a dificultar la comunicación con la persona con TEA, pueden ir acompañadas de falta de conciencia de peligro y de comportamientos extraños que requerirán una atención concreta.

El objetivo de este artículo es proporcionar información sobre cómo se comunica y se comporta la persona con TEA y, sobretodo, qué estrategias van a ser las más adecuadas para superar las barreras de la comunicación y afrontar su comportamiento.

¿Cómo se comunica la persona con TEA?

Muchas personas con TEA tienen dificultades de

comunicación y lenguaje. Las alteraciones, tanto en el habla como en la comprensión, van a depender del grado de severidad del trastorno.

Así, vamos a ver las dificultades concretas con que nos podemos encontrar:

- TEA No verbal: ausencia de habla y de comprensión verbal. Puede ser que repita sílabas, palabras o frases cortas sin intención comunicativa.
- No hace preguntas, no pide aclaraciones o bien parece que quiera discutir.
- Responde con monosílabos: "sí", "no" o "porque" a todas las preguntas.
- No entiende el lenguaje corporal ni facial ni tampoco las pistas sociales, las bromas, la ironía...
- Parece que no escucha o que no le importa lo que le estás diciendo.
- Su tono de voz es monótono, sin entonación, articula mal, habla demasiado alto o demasiado bajo.
- Habla de su ámbito de interés repetidamente y fuera de contexto. Por ejemplo, puede estar hablando horas sobre coches: todas las marcas, todos los modelos, todas las prestaciones, etc.
- No entiende la seriedad del problema o de la situación.

¿Tienen dificultades sensoriales?

Muchas personas con TEA presentan dificultades sensoriales. Parece como si todo lo percibieran amplificado. Ciertos ruidos, olores, estímulos visuales o táctiles, les pueden provocar aversión y alterarlas muchísimo. El problema es que, en una situación de emergencia, va a ser muy probable que el entorno esté saturado de esos estímulos.

Así, puede que la persona con TEA, presente los

siguientes comportamientos, que pueden también dificultar la comunicación:

- Se tapa los oídos cuando le hablas.
- No te mira y evita el contacto visual (gira la cabeza, te mira de reojo...).
- No soporta que le toques: puede ponerse a gritar, apartarse, golpear....
- Puede tener el umbral del dolor muy alto y mostrarse insensible al dolor intenso.
- Le molesta la ropa o los zapatos y tiende a ir descalza o a quitarse piezas de ropa.
- Puede mostrarse muy alterada por ruidos, olores o luces del entorno, y presentar ciertos comportamientos extraños y restrictivos, como vamos a ver en el siguiente apartado.

¿Qué comportamientos extraños puede presentar?

El comportamiento de una persona con TEA puede parecer extraño para los demás, pero para ella tiene una finalidad: autoestimularse, calmarse, expresar algo... Acostumbran a ser comportamientos estereotipados y repetitivos y pueden ser autolesivos.

- Comportamientos **autoestimulantes**:
 - Se balancea adelante y atrás.
 - Aletea las manos y los brazos.
 - Camina de puntillas.
 - Mueve objetos (o sus propios dedos) ante sus ojos repetidamente.
 - Emite ruidos o gritos repetitivos, a menudo fuertes.
 - Organiza objetos repetidamente (poner objetos en fila, por ejemplo).

- Golpea objetos o con objetos.

- Comportamientos **autoagresivos**:

- Se golpea la cabeza con el puño o con un objeto.
- Da golpes de cabeza contra la pared.
- Se araña, se pellizca o se muerde partes del cuerpo.
- Se tira de los pelos.

Estrategias de comunicación

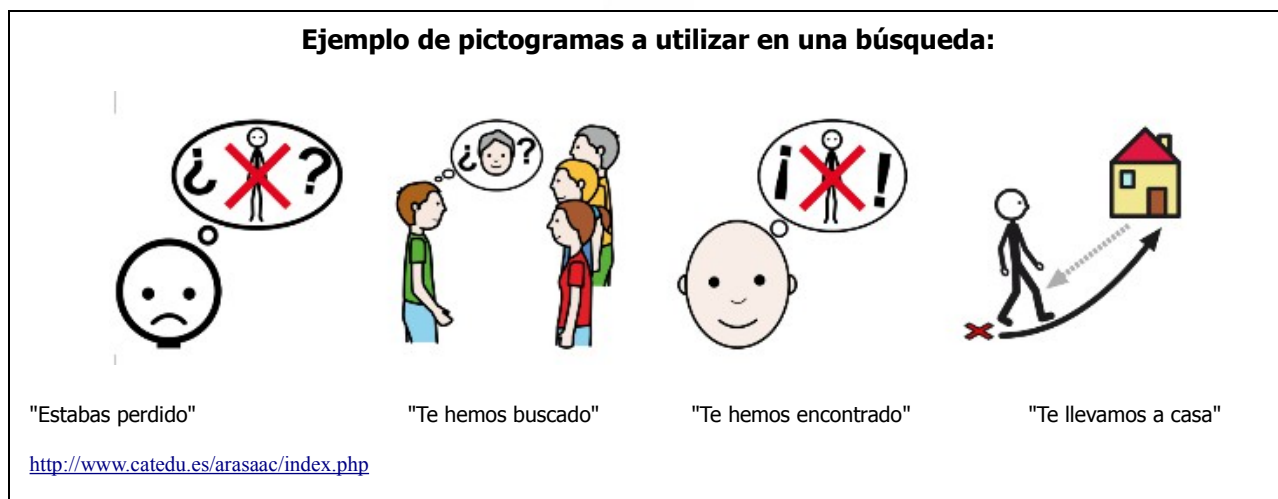
- **Actúa con CALMA.** Evita movimientos rápidos de manos y brazos. El lenguaje es, a menudo, un misterio para la persona con TEA. Utiliza un tono de voz calmado y suave.
- No te sitúes en frente de ella, mejor **colócate a su lado**, respetando la distancia que ella tolere.
- **No le bombardees** con lenguaje verbal.
- **Di su nombre y después la frase o petición.** Siempre hay que decir su nombre antes (para que sepa que te diriges a ella) y las frases tienen que ser cortas y precisas.
- **Espera un momento** (silencio): dale tiempo para procesar la información.
- **Repite la frase exactamente** con las mismas palabras y el mismo orden: si cambias el orden puede pensar que le estás diciendo algo distinto y empezar de nuevo a descifrar el mensaje.
- **Evita las frases hechas, la ironía, los chistes...** el lenguaje simbólico no lo entiende y va a interpretar lo que le digas al pie de la letra.
- **No des por sentado que entiende lo que está pasando,** lo que le estás

diciendo o lo que ella te está diciendo.

- **Utiliza información visual** siempre que sea posible: palabras, dibujos, secuencias. Puede ser que la misma persona con TEA lleve encima su bloc con pictogramas o fotografías que utiliza

habitualmente para comunicarse.

Podéis consultar la página web del Gobierno de Aragón: www.catedu.es/arasaac/index.php, donde encontraréis muchas posibilidades como las del ejemplo:



- **Respetar sus dificultades sensoriales:** no le obligues a mirarte a los ojos, evita el contacto físico, elimina sonidos o ruidos estridentes del entorno siempre que sea posible (sirenas, rotativos...).

Estrategias de afrontamiento ante comportamientos extraños

- **¡EVITA DETENER EL COMPORTAMIENTO!**
- **Evita** acercarte por detrás.
- **Evita el contacto físico** siempre que sea posible, recuerda que puede tener hipersensibilidad al tacto.
- Intenta buscar la **CAUSA** del comportamiento (ruidos, olores, luces, la misma situación estresante...) y entender la **FINALIDAD** del comportamiento

(autoestimularse, comunicarse, defenderse, calmarse...)

- Intenta detener el comportamiento **actuando sobre su causa** (p. ej. Retirando el estímulo que le está provocando la alteración).
- **Alternativas** que pueden ayudar:
- Evita las aglomeraciones
- Aplica estrategias de comunicación
- Envuélvelo en una manta o deja que se esconda
- Utiliza sus objetos preferidos
- **CONTENCIÓN:** La contención sólo debes usarla como **último recurso**, ante autoagresiones muy severas ante las cuales no sepas encontrar la causa o en situaciones de alto riesgo. Llegado a ese extremo, sujeta a la persona abrazándola por detrás con tus brazos mientras repites suavemente: "calma..."

calma... calma...". Siempre hay que evitar inmovilizar las articulaciones. Puedes acompañarlo de un leve movimiento de balanceo.

Valoración del paciente con TEA

- En el marco de la asistencia sanitaria inmediata extrahospitalaria, la mayoría de veces hay que llevar a cabo una exploración de la víctima para descartar lesiones. Ante una persona con TEA debes recordar:
- Puede tener el **umbral del dolor muy alto** y no reaccionar al dolor intenso. Puede, por ejemplo, tener una fractura en el brazo y estarlo moviendo con normalidad, incluso aleteando.
- Para hacer la exploración tendría que estar presente un familiar, si es posible.
- Preséntate, di su nombre (que entienda que hablas con ella) y a continuación la frase, corta y precisa, en tono suave: "Soy Pedro. Juan, dame tu mano."
- **Repite** la misma orden exactamente: "Juan, dame tu mano."
- **Explícale** lo que vas a hacer: "Juan, ahora te tocaré el brazo."
- **Tranquilízala**: "Juan, ¿ves?, no duele."
- **Refuérzala** positivamente: "Juan, ¡muy bien!"
- Es necesario observar atentamente qué te funciona y qué no, e ir **adaptando la exploración** a según como reaccione la persona, en la medida que sea posible.
- En personas con TEA NO verbal, utiliza **estrategias visuales**.

Algunas personas con TEA toman medicación (antipsicóticos,

antidepresivos, ansiolíticos, antiepilépticos...) y otras tienen reacciones alérgicas: es necesario preguntar a la familia o a sus cuidadores y evitar administrar medicación si no es estrictamente necesario.

Recomendaciones durante la intervención en una emergencia...

En cualquier tipo de intervención en que haya una persona con TEA implicada, será muy importante la **información que nos pueda proporcionar la familia o cuidador**:

- Si es Verbal o NO verbal.
- Nivel y método de comunicación: **¿Cómo se comunica?** ¿Entiende lo que se le dice?
- ¿Qué método es más adecuado para **comunicarse** con ella **en situaciones de estrés?**
- Su comportamiento en situaciones de estrés: **¿Dónde suele esconderse exactamente? ¿A dónde suele ir? ¿Hace comportamientos restrictivos o extraños?**
- **Estrategias para calmarla**: tararear alguna canción, algún objeto preferido...
- **Cosas que hay que evitar**: gritar, tocarla, mirarla de frente...

...en incendios

- Busca en aquellos lugares o sitios que la persona con TEA pueda considerar seguros:
 - Habitación
 - Ático

- Dentro de un armario
- Bajo la cama
- Bajo una mesa
- Detrás de una cortina...
- Piensa que también puede haber reaccionado escapándose.

...en búsquedas

Escaparse es un comportamiento típico en una persona con TEA. Por eso, es posible que sea protagonista en una búsqueda de persona perdida en la que participen servicios de emergencias. En estos casos, hay que tener en cuenta:

- Puede que la encuentres con poca ropa, con **ropa inadecuada** o incluso sin ropa ni zapatos.
- Puede ponerse a **correr** por en medio de la calle, **entrar** en casa de un vecino o en una tienda, subir a un coche, sentarse en medio del bosque, **esconderse** entre arbustos...
- Puede ser que **no responda a las llamadas** o que os esté oyendo y permanezca escondida, ya sea porque tiene miedo o porque ni siquiera entiende que la buscáis a ella.
- En búsquedas con unidades caninas, hay que tener en cuenta que la persona puede tener **miedo a los perros**. Una vez la encontréis, mantened al perro a una distancia prudente y no lo acerquéis a la persona. En cualquier caso, dejad que **sea la persona la que se aproxime** al perro si quiere.

CONTENCIÓN o RESCATE

Aunque es muy importante respetar todas las pautas y estrategias de asistencia a una persona con TEA, hay que tener en cuenta que la emergencia puede conllevar una **situación de alto riesgo o peligro** para las personas implicadas. Es evidente que, antes que recibir una buena asistencia psicológica, lo que necesita la persona es sobrevivir a esa situación y que, por lo tanto, habrá momentos en que lo prioritario va a ser el rescate.

Llegado el caso, ¿cómo hay que actuar?

- La **CONTENCIÓN** tiene que ser lo más **corta** posible (ver apartado Estrategias de afrontamiento ante comportamientos extraños)
- En caso de **RESCATE** (incendio, peligro de precipitación...): Sujeta a la persona **inmovilizándola** y **retírala** inmediatamente de la situación.
- Siempre, después de contener o rescatar, **busca un espacio para dejarle tiempo para su recuperación posterior**:
 - Procura, siempre que sea posible, que haya algún **familiar o conocido** cerca (ten en cuenta que la apariencia del bombero puede asustarle)
 - Que sea un **lugar tranquilo**, dale su objeto preferido, deja que haga sus movimientos (balanceo, aleteo...), utiliza información visual para tranquilizarle (pictogramas, historias sociales...).

Conclusión

Este trabajo es el resultado de un encuentro entre dos campos de la psicología: las discapacidades y las emergencias.

Como decíamos al principio, las personas con necesidades especiales van a ser mucho más vulnerables que las demás en una situación de emergencia.

Desde la asociación ASTAFANIAS (Asociación de Familias con Disminuidos Psíquicos de las Comarcas Tarragoninas), siendo conscientes del desconocimiento social que había sobre los TEA, inició, en 2011, una campaña de sensibilización mediante la cual querían llegar a distintos colectivos: sanidad, educación y, por último, cuerpos de seguridad y emergencia.

Esta iniciativa hizo posible este encuentro en una jornada llevada a cabo en noviembre de 2012 en Tarragona, dirigida a bomberos, *mossos*

d'esquadra, policía local, policía portuaria y personal del SEM.

Desde *Bombers de la Generalitat*, se editó un tríptico con los aspectos más relevantes a tener en cuenta en sus intervenciones, y se distribuyó por todos los Parques de Bomberos, con la finalidad de hacer llegar la información al mayor número de profesionales posible.

El artículo que acabáis de leer, pues, tiene también esa finalidad: difundir información sobre las características de las personas con TEA y sobre cómo proporcionarles los primeros auxilios psicológicos en una situación de emergencia.

Por todo ello, queremos agradecer desde aquí a ASTAFANIAS, y en especial a su presidenta, Ma. Alejandra Salor, el esfuerzo realizado en su campaña de sensibilización y el haber hecho posible recoger toda esta información y difundirla. Esperamos que os sea de utilidad.

Descarrilamiento del tren alvia. Santiago de compostela, 24 de julio de 2013: buenas prácticas y lecciones aprendidas

M^a Isabel Vázquez Prado (Coordinadora),

Aurora Rozadilla Arias,

Elena González Cid,

Fátima López Rodríguez,

Sandra Izaguirre García

Miembros del Grupo Intervención Psicológica en Catástrofes y Emergencias, (GIPCE) del Colegio Oficial de Psicología de Galicia.

e- mail: copgalicia@cop.es

Resumen

La intervención en el accidente del Tren Alvia ocurrido en Angrois (Santiago de Compostela), ha dejado en los integrantes del Grupo de Intervención Psicológica en Catástrofes y Emergencias (GIPCE) del Colegio Oficial de Psicología de Galicia (COPG) un cúmulo de experiencias y lecciones que precisan ser escritas y difundidas para mejorar la elaboración de futuros programas de respuesta.

El conocimiento y la experiencia nos han mostrado que es lo que funciona y que es lo que hay que mejorar –buenas prácticas y lecciones aprendidas- que queremos reflejar y compartir a través de este artículo y contribuir a la gestión de conocimiento con el objetivo de que se afiancen las primeras como dinámica de trabajo y no tengamos que volver a aprender las segundas.

El compendio de las lecciones aprendidas, se

basa en exponer las debilidades y las fortalezas ante la experiencia vivida antes, durante, o después del accidente.

Nuestro objetivo es compartir la reflexión realizada por el GIPCE en función de un objetivo común: aprender para otras situaciones similares. Palabras clave: buenas prácticas, lecciones aprendidas, análisis, reflexión, evaluación, mejora continua, gestión del conocimiento.

Palabras clave: buenas prácticas, lecciones aprendidas, análisis, reflexión, evaluación, mejora continua, gestión del conocimiento.

Abstract

The intervention in the accident in the Alvia train occurred in Angrois (Santiago de Compostela) has left the members of the Emergencies and Catastrophes Psychological Intervention Group (GIPCE) of the Galician Psychology Official

Association (COPG), a host of experiences and lessons that need to be written and diffused to improve the elaboration of future response programs.

The knowledge and the experience have shown us what works and what needs to be improved – good practices and lessons learned-. In this article, we want to reflect, share and contribute to the management of knowledge. The goals are to secure the good practices as work dynamics and to always incorporate what we have learned into our daily work activities.

Introducción

Desde los inicios del grupo de intervención psicológica en catástrofes y emergencias (GIPCE) del Colegio Oficial de Psicología de Galicia, nos planteamos ser proactivos: estar formados, preparados y disponer de protocolos eficaces de comunicación, intervención y coordinación tanto interna como con los diferentes grupos de intervinientes, ante la posible irrupción de cualquier situación de emergencia o catástrofe, con objeto de minimizar posibles desviaciones que pudieran mermar una intervención eficaz.

La experiencia vivida por el GIPCE tras la coordinación del dispositivo de intervención psicológica en el operativo del accidente del Tren Alvia el pasado 24 de julio de 2013 en Angrois (Santiago de Compostela), nos ha enseñado que aunque todo el trabajo realizado previamente dio sus frutos, facilitando la agilidad de nuestra intervención y consolidando una dinámica de trabajo, nunca es suficiente. En una situación de esta magnitud influyeron muchas variables como, el tipo de accidente, los contextos, los espacios,

The group of lessons learned is based on exposing the weaknesses and strengths obtained as a result of the experience before, during, and after the accident.

Our purpose is to share the reflection made by the GIPCE to find a common goal: gain the knowledge for other future situations.

Key Words: good practices, lessons learned, analysis, evaluation, continuous improvement, management of knowledge.

las características de los afectados, la multiculturalidad, la pluralidad de objetivos de los distintos grupos de intervinientes, etc., que hacen necesario realizar un análisis y evitar así, en la medida de lo posible, la repetición de desastres futuros, promoviendo la mejora continua.

El mapa sobre el que expondremos nuestro análisis comprende cuatro áreas: la **Coordinación Interna** del Grupo, la **Intervención** en sí misma, la **Coordinación con Otros** Grupos de Intervención y los **Escenarios** en los que se desarrolló nuestro trabajo.

Área de coordinación interna

Aspectos Facilitadores/Buenas Prácticas

En ésta área, merece ser reconocido y ponderado todo el trabajo previo del grupo en su formación especializada, la experiencia adquirida en la gestión de intervenciones habituales y la

estructuración desarrollada en los Protocolos y el Plan de Emergencias Interno.

Si bien los comienzos del GIPCE se remontan 18 años atrás, los pilares de intensa formación, acomodación interna y gestión de la emergencia durante la última década, componen la fortaleza de nuestro grupo y dieron su fruto en el accidente ferroviario.

Asimismo, otros puntos destacables en esta área son:

- La cohesión grupal, la estructura y metodología de trabajo del grupo y los lineamientos *-principios que sustentan la esencia del grupo y su manera de hacer-* que están en la base del GIPCE y que dieron forma a la labor realizada durante la intervención.
- La labor de visibilización y sensibilización social que llevó a cabo el grupo a lo largo de los últimos años con diferentes organismos y con la población general favoreciendo la confianza en nuestro trabajo contribuyendo a una mayor eficacia de la tarea desarrollada.
- El entrenamiento y preparación previa en las tareas a desarrollar en circunstancias de estas características (participación en simulacros).
- El conocimiento de los distintos organismos y equipos de intervención que participan en una emergencia (Protección Civil, Urgencias Sanitarias-061, IMELGA (*Instituto de Medicina Legal de Galicia*), Policía Judicial,...)
- El mantenimiento del autocuidado del grupo a través de los seguimientos y cuidados realizados a los intervinientes desde el GAI (*Grupo de Atención a*

Intervinientes) que ayuda a minimizar el impacto de la participación en las emergencias.

Gracias a ello podemos decir que en esta intervención con una demanda tan elevada, la respuesta de todo el GIPCE desde el primer momento fue rápida y eficaz en los diversos escenarios de la intervención. También destacamos el buen clima de trabajo y colaboración durante toda la intervención.

En lo que respecta al operativo desplegado en el Colegio Oficial de Psicología de Galicia, fue positivo que se designara al citado Colegio como punto de atención y canalización del voluntariado especializado de la psicología y la labor realizada desde el área de Comunicación.

Continuamente llegaban a los distintos escenarios personas voluntarias para intervenir como psicólogos/as y llamaban a los teléfonos facilitados para otros menesteres para ofrecerse como voluntarios. Esa carga extra de trabajo que suponía atender a esas personas fue reconducida, derivando al COPG todas las llamadas de voluntarios psicólogos; asimismo señalar el importante papel desempeñado desde el área de comunicación del COPG en el control y neutralización del llamamiento de personas voluntarias para intervenir como psicólogos/as surgido en las redes sociales.

En relación a la Intervención con Familiares y con vecinos de Angrois, destacamos la agilidad del grupo para dar respuesta a las demandas de atención psicológica tras el accidente a través del 112.

En una intervención ordinaria el período de intervención del GIPCE es de alrededor 72 horas,

a partir del suceso; en el accidente del tren Alvia este período se prolongó una semana hasta que se articuló el procedimiento de derivación y protocolo de atención rápida con la Consellería de Sanidade promovido desde el Colegio Oficial de Psicología de Galicia. Durante esa semana la agilidad y resolución en la respuesta del grupo sin duda ha contribuido a que los daños psicológicos no hayan sido aún mayores.

¿En qué podemos mejorar?

Todo lo hasta ahora señalado han sido aspectos facilitadores del desarrollo de nuestra actuación en el accidente de tren; pero después de esta intervención con elevado número de víctimas, donde fue movilizadado un gran número de GIPCEs, consideramos que debemos mejorar algunos puntos en el desarrollo de nuestro trabajo.

En primer lugar señalar, para un mejor funcionamiento del dispositivo, la importancia de garantizar que todos los intervinientes del grupo estén informados de qué personas son las que coordinarán los distintos escenarios de intervención, sus funciones y quienes realizarán el relevo de la coordinación.

Hemos visto necesario la importancia de tener identificadas desde el principio personas de apoyo a esa coordinación, que serían las encargadas de la gestión de un punto de información, gestión de turno de comidas, recepción de los cambios de turno y en aspectos más específicos por ejemplo, la gestión de los accesos, En este sentido la función de intercambio de información entre los diversos escenarios debería limitarse a las personas Coordinadoras de cada escenario o a la persona de apoyo a la Coordinación de cada escenario,

para evitar pérdidas o distorsión de la información.

En un accidente de gran impacto como ha sido éste, también detectamos la necesidad de mejorar la gestión de los recursos humanos, especialmente en lo relacionado con turnos de trabajo y descanso. En el caso de la Coordinación General del GIPCE, se hace necesario identificar una persona que la releve cuando esté en tiempos de descanso, tenga que desplazarse, asistir a reuniones, comunicarse por teléfono, atender a la prensa, representar al grupo en actos oficiales o ausentarse por cualquier motivo. La coordinación y asignación de tareas ha de ser lo más rápida y clara posible para cada uno de los intervinientes una vez incorporados al operativo.

En cuanto a las rotaciones y elaboración de turnos de intervención, uno de los miembros GIPCE -con apoyo administrativo- ha de ser el encargado de la elaboración de los turnos, activación y desactivación de los GIPCEs, y registro de la comunicación, garantizando la recepción de la información por parte de los intervinientes, que deberán conocer sus turnos de activación con la antelación suficiente para estar preparados.

Es fundamental el trabajo con los intervinientes para que sean conscientes de la necesidad de respetar la duración de los turnos de trabajo, y los tiempos de descanso. Esto va a influir en beneficio de la intervención y también de la salud de cada uno de ellos. Es igualmente necesario, hacer una reflexión y valoración de las necesidades que pueden presentarse en el caso de que se prolongue la intervención o que haya

mayores demandas, para poder gestionar bien nuestros recursos humanos.

No podemos olvidar que existen tareas con alta carga emocional (por ejemplo las identificaciones de cadáveres), que requieren el establecimiento previo de un control de dicha tarea en cada turno, en estos casos, hemos valorado positivamente facilitar la rotación de tareas y/o de escenarios.

Destacar la necesidad de la activación de las administrativas del Colegio Oficial de Psicología de Galicia desde el momento en que el grupo es activado para apoyo en la gestión de documentos informáticos, llamadas, distribución de identificaciones y acreditaciones a otros profesionales de la psicología que puedan incorporarse al grupo, gestión de materiales necesarios, gestión de logística para los GIPCEs, etc.

En lo referente a los Informes elaborados por cada uno de los intervinientes sobre el trabajo realizado, además de la necesidad de utilizar el modelo existente, es importante reflejar información sobre los procedimientos seguidos, los datos de interés sobre la atención a afectados, la colaboración con otros profesionales con los que intervenimos, las primeras lecciones aprendidas y cualquier dato que pueda resultar relevante para la valoración y evaluación final.

En cualquier situación en la que nosotros intervenimos es muy importante el Trabajo en Equipo. Por tanto, en la coordinación interna, con objeto de favorecer la organización y la toma de decisiones, se establecerá como fundamental:

- La coordinación entre los intervinientes,
- la comunicación entre éstos y el coordinador del escenario, así como entre coordinadores de distintos

escenarios y

- la coordinación entre el coordinador de un escenario con la coordinadora general del grupo.

En intervenciones de estas características, la estructura piramidal se hace necesaria para un buen funcionamiento del dispositivo; cualquier incidencia surgida y/o resuelta por parte de los intervinientes durante el desarrollo de su trabajo debe ser comunicada al coordinador del escenario o del dispositivo a la mayor brevedad posible. Dentro de un dispositivo todas las funciones son necesarias e importantes; el abandono de una tarea asignada, la desaparición o el no saber dónde se encuentra un recurso puede repercutir negativamente en la marcha de un dispositivo de intervención. Vemos necesario realizar, en cuanto sea posible, una reunión de equipo para el seguimiento de las actuaciones que se están llevando a cabo una vez transcurrido la mitad del turno, de duración breve, en la sala destinada a los intervinientes y otra imprescindible al final de cada turno.

En cuanto a la gestión de los recursos externos que se lleva a cabo desde el operativo del COPG, consideramos imprescindible tener definido e identificado el perfil del profesional de la psicología a movilizar e incorporar en el dispositivo de atención psicológica en una emergencia o catástrofe. Igualmente, tener establecido un orden de prioridad para la activación de los recursos externos a movilizar en el caso de ser necesarios (antiguos miembros GIPCE, grupos de emergencias de otros colegios profesionales de psicología más próximos, profesionales de la zona que podrían adaptarse con facilidad al funcionamiento (p. ej., especialistas en área clínica). La incorporación

de estos profesionales ajenos al GIPCE a los turnos establecidos ha de hacerse coordinadamente con la persona responsable de la elaboración de los turnos de trabajo.

Desde el área de Comunicación del COPG se llevará a cabo la canalización, seguimiento y/o neutralización de la información que llega a través de las redes sociales (p. ej. la demanda injustificada de voluntarios intervinientes). En positivo, consideramos las redes sociales una herramienta muy potente para transmitir mensajes que pueden ayudar a una mejoría en el desarrollo de cualquier intervención.

Área de intervención

Aspectos facilitadores / Buenas Prácticas

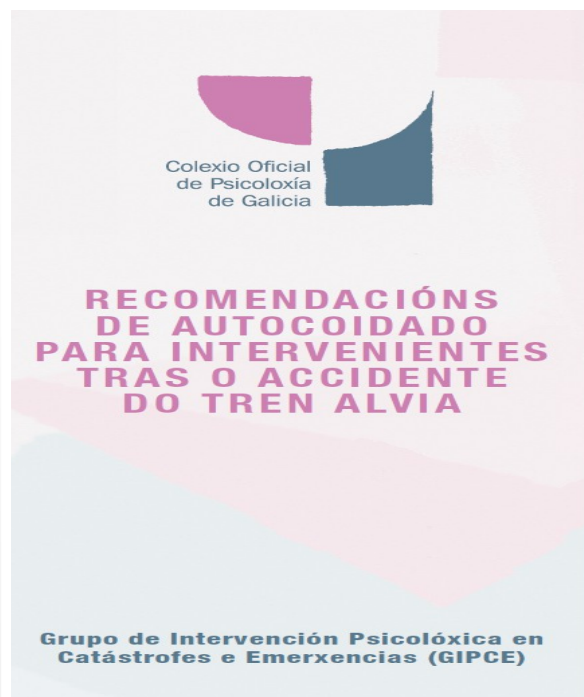
En el área de Intervención, las tareas desenvueltas por el dispositivo GIPCE, como señalábamos con anterioridad, resultaron la consecuencia de toda una serie de fortalezas del grupo, que intervino al amparo de una formación especializada y siguiendo unos criterios comunes y de forma regular.

Infraestructura Material

La disponibilidad de material de trabajo apropiado como: mochila equipada, tarjeta de identificación personal, mapas y listados con información actualizada de los miembros del grupo, chalecos identificativos reversibles (con objeto de o bien mostrar identificación y visibilidad, o facilitar discreción), etc. Así como los Protocolos de Intervención, Guías de Autoayuda para personas afectadas por Situaciones Críticas

(<http://copg.copgalicia.org/grupos-comisiones/gipce/protocolos>)

y Dípticos con "Recomendaciones de autocuidado para intervinientes tras el accidente del tren alvia" (<http://copgalicia.com>) en soporte papel listos para distribuir, facilitaron las labores desarrolladas.



Infraestructura Funcional

Para ayudar a minimizar el impacto en los intervinientes se protocolizaron pautas de autocuidado y sesiones de seguimiento tanto para el GIPCE como para integrantes de los otros equipos.

Se elaboraron y enviaron dípticos de recomendaciones y cuidados y se abrieron vías de comunicación por mail y teléfono para consultas y peticiones, durante y posteriormente a la intervención, dirigidas a todos los grupos de intervinientes que así lo decidieron.

Con la intervención con intervinientes completamos nuestro dispositivo de atención psicológica en este accidente.



ASESORAMENTO PSICOLÓXICO PARA INTERVENIENTES DO TREN ALVIA

O Grupo de Intervención Psicolóxica en Catástrofes e Emerxencias (GIPCE) do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia ofrece un **servizo de atención directa TOTALMENTE CONFIDENCIAL** para que todos/as os/as intervinientes poidades ter un espazo para as vosas consultas cun/cunha profesional sobre as reaccións normais que podedes estar experimentando tras a vosa participación no accidente do tren Alvia.

Medios de contacto con nós:

Teléfono directo: 698 185 311	Correo electrónico: accidente_tren_Alvia@cop.es
---	---

Dispoñible todos os días de 10:00 a 22:00 horas ata o 15 de setembro de 2013.

Dispoñible ata o 30 de setembro de 2013.

Rúa da Espirito, 10 - Baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534 049 Fax: 981 534 983
copgalicialcop.es
www.copgalicia.es



Comunicación

En este apartado distinguiremos tres áreas:

- *Comunicación con afectados*, que se centró fundamentalmente en las familias de heridos y fallecidos facilitándoles información del proceso a seguir. Este apartado lleva implícito como intervención la "comunicación de malas noticias" que formaban parte del protocolo y para lo que el grupo ya estaba preparado. Igualmente se realizó intervención psicológica y se evaluaron las necesidades de las familias.

Estas tareas de alto contenido emocional fueron favorecidas por la disposición de espacios adecuados (salas bien acondicionadas e individuales por familias) y la adecuada cooperación de trabajo entre los equipos: protección civil, policía nacional, policía científica, Cruz Roja Española, Ayuntamiento de Santiago y GIPCE.

Uno de los objetivos cumplidos favorablemente en este campo fue facilitar (en la medida de lo posible) la autonomía de las familias, validar sus recursos y reforzar el apoyo mutuo con gran agilidad y resolución para que pudieran continuar

el proceso lo antes posible en su medio habitual. En días posteriores al accidente, cuando ya se había realizado el cierre del dispositivo se nos solicitó realizar una comunicación de aparición de restos a las familias; esta comunicación se vió facilitada por la elaboración de un documento con recomendaciones para la comunicación, telefónica o (en los casos en que fue posible) presencial.



GUÍA DE AUTOAXUDA PARA PERSOAS AFECTADAS POR SITUACIÓNS CRÍTICAS

Se recentemente vostede ou alguén achegado se viu afectado/a por unha situación crítica, esta guía pode axudarlle a comprender as posibles reaccións que pode ter en diante.

Grupo de Intervención Psicolóxica en Catástrofes e Emerxencias (GIPCE)
do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia

- *Comunicación intragrupo e intergrupos*, que fue establecida desde el primer momento adecuadamente gracias a la presencia y participación del GIPCE en el PMA (*Puesto de Mando Avanzado*) de la zona cero.
- *Comunicación con medios* (prensa, radio y TV). El punto fuerte de esta área fue disponer de un único interlocutor con la intención de trasladar siempre el mismo mensaje y marcar tiempos de atención a

los medios. Funcionó positivamente también, la emisión de mensajes preventivos y tranquilizadores en distintos momentos de la emergencia tanto a afectados como a responsables políticos, resto de profesionales y población general. Así como la custodia y privacidad de la información sensible. Todo lo expuesto sin olvidar el importante papel desarrollado con los medios de comunicación en la neutralización y control del llamamiento de voluntarios/as psicólogos/as que surgió en las redes sociales.

Hay que señalar que el alto número de medios de comunicación atendidos dio gran visibilidad al grupo y reforzó la labor de los profesionales de la psicología en estas situaciones.

¿En que podemos mejorar?

Desde el análisis y la crítica constructiva de lo acontecido caben aprendizajes a partir de los puntos que se han descrito de la intervención.

En cuanto a *infraestructura material*:

- Establecer el contenido básico de la mochila: **a)** Tarjeta de acreditación; **b)** Chaleco; **c)** Libreta de notas y bolígrafo; **d)** Ficha de Filiación (*para caso de necesidad*); **e)** Fichas de Triage (*que permitan registrar actuaciones y observaciones*); **f)** Guías para Afectados e Intervinientes; **g)** Móvil cargador; **h)** Neceser.
- Elaborar listados de datos y turnos de Gipe`s.
- Elaborar fichas de filiación que en coordinación con los responsables de

esta área faciliten compartir datos (ideal el diseño de ficha única).

- Disponer de tarjetas de acreditación y chalecos identificativos de reserva (para voluntarios/as locales o de otras Comunidades Autónomas, etc.) y permanecer identificados durante el turno de intervención.
- Disponer en la web de Guías de afectados traducidas a otros idiomas.

En *infraestructura funcional*, se ha observado la necesidad de seleccionar, rotar y establecer la duración de las tareas, sobre todo las de alto contenido emocional. Algunos intervinientes constataron con posterioridad pequeñas amnesias debido al estrés del momento y a la larga duración de los turnos.

En referencia a la comunicación, y más concretamente en la intervención con familias, se ha apreciado la necesidad de pautar información periódica en intervalos de aproximadamente 3-4 horas aunque no se hayan producido novedades, con el fin de reiterar lo hasta ese momento disponible, mostrar que se sigue trabajando en ese camino, y se tiene la voluntad de dar respuesta a sus incertidumbres y se comprende su necesidad de información. Es importante que los intervinientes que se encuentran en un escenario conozcan el cómo se está interviniendo en otros escenarios para poder facilitar a las familias una comunicación clara y completa con el objetivo de no aumentar su confusión y facilitar su sosiego.

En lo que respecta a la comunicación de aparición de nuevos restos a las familias se estima necesario realizar siempre la comunicación de forma presencial y en aquellos

casos en los que las familias estén desplazadas en el momento en que haya que realizar esa comunicación, recurrir a los grupos de intervención psicológica de los colegios profesionales de otras comunidades autónomas para realizarla.

En la comunicación entre los miembros del GIPCE -de distintos escenarios-, la identificación de los interlocutores resulta imprescindible y se considera que la función debiera ser realizada por el coordinador (o su persona de apoyo) del escenario, con el fin de evitar distorsiones o pérdidas de información. Para facilitar la correcta recepción los mensajes han de transmitirse con la máxima tranquilidad y claridad recibiendo feedback de haberse interpretado adecuadamente.

En cuanto a la comunicación externa es importante considerar la potencialidad de las redes sociales como medio de comunicación tanto para realizar llamamientos como para neutralizar rumores.

Área de coordinación con otros grupos de intervinientes

Aspectos facilitadores / Buenas Prácticas

Una buena coordinación y colaboración de los diferentes grupos de intervinientes en los diversos escenarios es primordial para obtener un resultado eficaz y exitoso.

En este aspecto hemos de destacar que la distribución de funciones en el momento “cero” (tanto en el PMA *-puesto de mando avanzado-* como en los diversos escenarios) entre los distintos grupos de intervención, desarrollando cada uno aquello para lo que tenía la competencia, mayores recursos o mayor

facilidad, favoreció la intervención y el trabajo en equipo.

La incorporación de intervinientes ajenos al GIPCE en el dispositivo de intervención psicológica, haciéndoles partícipes y corresponsables del desarrollo de la intervención, creó buen clima de trabajo, favoreció la coordinación, el trabajo en equipo, el intercambio de modos y documentos de trabajo y neutralizó posibles luchas de protagonismo que pudieran surgir. Todos estos aspectos contemplados fueron clave en el éxito de la intervención.

¿En qué podemos mejorar?

Siempre que trabajemos en coordinación con otros, los diferentes grupos de intervinientes han de estar debida y permanentemente identificados con los chalecos y acreditaciones propias de cada grupo, con el fin de evitar personas ajenas al dispositivo activado. Las identificaciones han de ser iguales para todos los miembros de un grupo. Todos los grupos de intervinientes han de conocer quién es quién en cada momento, tanto como pertenecientes a un grupo de intervención, como la función asignada dentro del dispositivo.

En este sentido, en el GIPCE se deberán asignar funciones e identificación (de ser necesario) con la mayor celeridad a todas aquellas personas que incorpore al dispositivo de intervención psicológica provenientes de otros organismos (como psicólogos del Ayuntamiento, Cruz Roja, voluntarios espontáneos, etc.), instituciones y colegios de psicología (para evitar la incorporación de “intrusos” profesionales) que muestren su debida acreditación.

Es necesario también establecer pautas y lugares de intercambio de información sensible y

mecanismos para el intercambio de información con intervinientes de otros grupos (compartir fichas de filiación, resolución de incidencias.....).

Comunicación con otros grupos de intervinientes

El operativo del Colegio de Psicología de Galicia desempeña un importante papel en la canalización ordenada de ofrecimientos de otros colegios profesionales de la psicología (a través del Coordinador del grupo de trabajo del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos) o de otros organismos o entidades externos (psicólogos sin fronteras, psicólogos de UME – *Unidad Militar de Emergencias*-, etc.), que permitió gestionar adecuadamente las necesidades y los recursos.

¿En qué podemos mejorar?

En sucesos de estas características, sería conveniente coordinarse y apoyarse en la “red de voluntariado digital en emergencias” para el monitoreo de la información en las redes sociales.

Comunicación con las familias

Con respecto a la comunicación de información a las familias en coordinación con otros grupos de intervinientes el protocolo de comunicación a los familiares de las víctimas ya identificadas y recogida de cuerpos establecido entre el escenario Centro de Gestión Psicosocial-Cersia y el escenario Tanatorio-Multiusos “Fontes do Sar” facilitó que los coordinadores GIPCE de ambos escenarios recibiesen información al mismo tiempo de forma coordinada. El canal de comunicación se estableció a través de protección civil, que hacía de enlace en cada uno de los escenarios.

La trazabilidad del recorrido efectuado por las

familias desde su llegada al Centro de Gestión Psicosocial-Cersia hasta que abandonaban los espacios una vez entregados los cuerpos de sus familiares se desarrolló gracias a una ejemplar coordinación de diversos grupos de intervinientes.

Así, el protocolo de comunicación de malas noticias en el Centro de Gestión Psicosocial-Cersia se realizó coordinadamente entre psicólogos (GIPCE –mayoritarios en el dispositivo-, Cruz Roja y Ayuntamiento de Santiago) y responsables de la policía científica responsabilizándose cada uno de ellos de los aspectos propios de su campo de actuación, bien de la comunicación legal del fallecimiento e identificación, bien la intervención psicológica.

El traslado y acompañamiento desde Centro de Gestión psicosocial-Cersia hasta el Tanatorio-Multiusos “Fontes do Sar” se realizaba en vehículos de Protección Civil o Cruz Roja, acompañados durante el trayecto en todo momento por un/a psicólogo/a de los que habían participado en la comunicación de malas noticias. En Tanatorio-Sar eran esperados y recibidos por psicólogos/as que los acompañarían en la resolución de los trámites judiciales y funerarios así como visualización y retirada de cuerpos.

No podemos pasar por alto la importancia del protocolo de atención rápida que fue gestionado desde el Colegio Oficial de Psicología de Galicia con la Consellería de Sanidade para la atención y seguimiento de aquellas familias que demandasen la necesidad una vez cerrado el dispositivo de emergencia GIPCE.

¿En qué podemos mejorar?

La actualización de listados de heridos y

fallecidos conviene agilizarla para que los periodos de comunicación con las familias se dilaten lo menos posible.

Área de escenarios

Aspectos facilitadores / Buenas Prácticas

El buen clima de trabajo con el resto de grupos intervinientes facilitó la función del GIPCE de asesoramiento en la organización y/o distribución de los espacios a los responsables del operativo y que es una función que hemos podido desarrollar en diversos escenarios (Ej: Ayuntamiento de Ferrol, Tanatorio, etc.)

Tras ser detectada la entrada desordenada de personas en el Tanatorio-Edificio Multiusos Sar, se limitó el acceso incorporando unas barreras que ordenaban el paso al interior del recinto, favoreciendo la identificación e intervención con las familias.

¿En qué podemos mejorar?

Las características de los espacios destinados a las familias en los escenarios de intervención en algún caso, como en el tanatorio, limitaron las actuaciones, y aunque se solventaron las dificultades encontradas hubiera mejorado la intervención el haber dispuesto de espacios mejor acondicionados a las necesidades de intervención psicológica.

La experiencia nos señala la necesidad de contar con una sala para los grupos de intervención correctamente señalizada y acondicionada, dotada de la intimidad suficiente para realización de reuniones y toma de decisiones de los responsables del operativo y los coordinadores de los distintos grupos de intervinientes. Esta sala deberá estar distanciada

del núcleo de intervención.

Igualmente, sería conveniente que cada grupo de intervención dispusiera de un espacio debidamente identificado y acondicionado y con la intimidad suficiente.

Un aspecto importante a tener en cuenta a la hora de elegir los espacios, es contemplar la adecuada cobertura telefónica de los mismos.

Otro aspecto a considerar será la identificación previa de posibles accesos o lugares de riesgo que es necesario reforzar para preservar el espacio de personas ajenas que puedan interferir en nuestra tarea.

Nos parece importante la clara identificación y señalización de un punto de información a las familias y un punto de gestión del voluntariado, así como la delimitación de los recintos de los escenarios para minimizar la "invasión" de los medios de comunicación que afecta a las víctimas, familiares e intervinientes.

Con el objeto de evitar tanto las pérdidas como las distorsiones de la información, reiteramos la necesidad de identificar a los interlocutores para el intercambio y demanda de información entre los diversos escenarios. La función debería limitarse a la coordinación del escenario o la persona de apoyo a la coordinación del escenario.

Consideraciones finales

Las puntualizaciones expuestas a lo largo de este artículo, el conocimiento adquirido y la experiencia vivida nos ha mostrado que es lo que funcionó y que es lo que hay que mejorar, que hemos querido reflejar y compartir a través de este artículo.

Tratamos con ello, de contribuir a la gestión del conocimiento con el objetivo de que se afiancen las buenas prácticas como dinámica de trabajo y se incorporen las nuevas lecciones para que no tengamos que volver a aprenderlas.

Y, por supuesto, destacar que el compendio de lo aprendido, ha sido posible gracias a las informaciones reportadas por el total de los compañeros que participaron en la intervención psicológica, recogidas en los informes posteriores. Nuestro agradecimiento y reconocimiento a todos ellos y al apoyo prestado

desde el Colegio Oficial de Psicología de Galicia y su Junta de Gobierno.

Once meses después del accidente el proceso de revisión de la intervención permanece activo, continuamos estableciendo contactos con los diferentes equipos con el objetivo de intercambiar y completar información que podrán ampliar nuestras lecciones aprendidas.

La experiencia no consiste en lo que se ha vivido, sino en lo que se ha reflexionado.
José María de Pereda (*escritor cántabro*).

Arte entre cenizas: una historia de resiliencia

Piluca Carmona Arango

Miembro del GIPED de Sevilla. Colegio de Psicólogos de Andalucía Occidental

pilucarmona@gmail.com

Resumen

En las últimas décadas se han convertido, en uno de los problemas ambientales más importantes del estado español, y en los próximos años pueden verse agravados por los efectos del cambio climático. Los incendios forestales son cada verano una pesadilla para miles de personas. Personas que ven peligrar sus casas, sus vidas, su medio de subsistencia, pero también personas que trabajan para evitar que se produzcan daños mayores, que se juegan la vida realizando su trabajo en las peores condiciones. Alicia, sufrió las consecuencias de un incendio forestal. Esta es una parte de su historia.

Los expertos en incendios forestales (IF), destacan que ésta va a ser una de las temporadas más duras en los últimos años. Cada vez son más los IF, casi siempre producidos por actividades humanas y es justo en las zonas donde la población se encuentran en contacto con los espacios forestales, las denominadas zonas de interfaz, donde más virulentos son y

Abstract

In recent decades they have become one of the most important environmental of Spanish state, and in the next years may be aggravated by the effects of climate change. Wildfires are a nightmare for thousands of people every summer. People are threatening their homes, their lives, their livelihood, but also people who work to prevent further damage, are risking their lives to carry out their work in the worst conditions. Alicia, suffered the consequences of a wildfire. This is a part of her history.

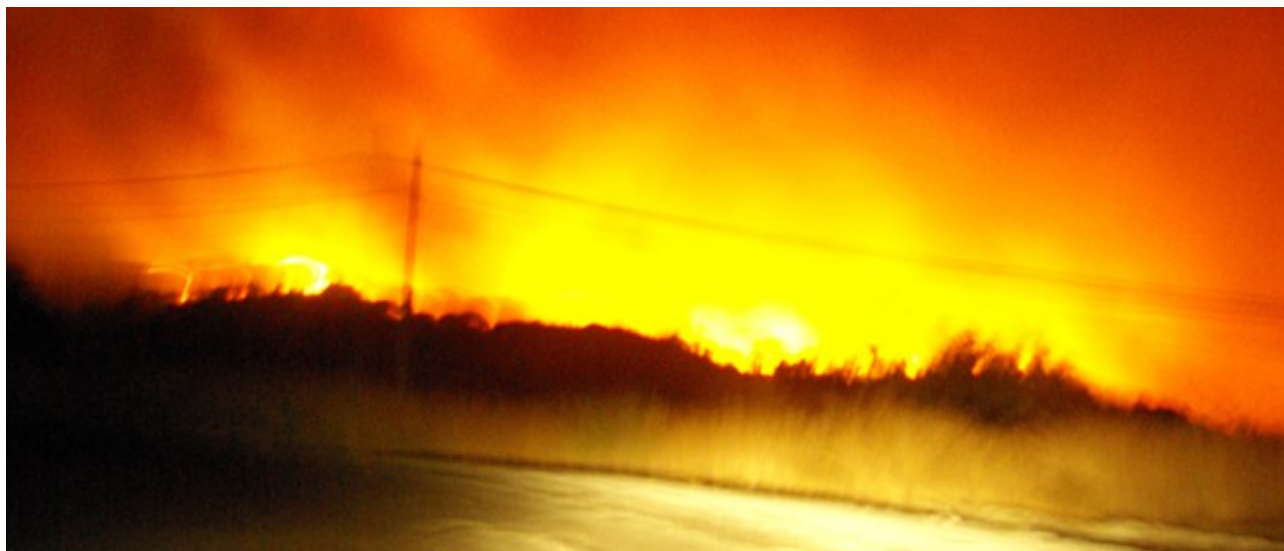
donde más difícil es controlarlos. Como consecuencia de esto ha existido en estos últimos años un preocupante aumento de víctimas.

Estas y algunas otras consideraciones, forman parte del telón de fondo de esta historia, de esta tragedia. Todos los incendios en zonas forestales

lo son. Hablaremos del impacto que tiene un incendio forestal en las víctimas, a través de una parte de la historia de Alicia Roy. Y

reflexionaremos sobre algunas de las cuestiones que quedan pendientes relacionadas con el trabajo en incendios forestales.

El incendio



Alicia Roy, Málaga agosto 2014

Era la tarde del 30 de agosto de 2012. Un día de verano como otro cualquiera, pero especialmente caluroso y con fuertes vientos. Alguien quema rastrojos y restos de poda en una finca. Una zona Reserva de la Biosfera. Pronto todos estos parajes se convertirían en un infierno.

El incendio comenzó en la zona de Coín y en poquísimos minutos las altas temperaturas, la baja humedad y el fuerte viento, hicieron que se



J.C. Gómez, Málaga agosto 2014.

convirtiera en el peor incendio en la provincia de Málaga en los últimos 21 años.

El incendio comenzó en la zona de Coín y en poquísimos minutos las altas temperaturas, la baja humedad y el fuerte viento, hicieron que se convirtiera en el peor incendio en la provincia de Málaga en los últimos 21 años.

Se inició por la tarde. Los medios aéreos dejaron de operar a la caída de la noche, por lo que fue aún más complicado frenar en sus inicios el avance de un fuego cada vez más difícil de controlar. Durante los primeros días, la virulencia y altura de las llamas iban extendiendo el incendio a lo largo de muchas hectáreas, de muchos municipios, Coín, Alhaurín el Grande, Mijas, Marbella, Ojén, Monda. Muy cerca de las poblaciones.

En este tipo de incendios que se producen en zonas colindantes de poblaciones y bosque,

donde se entremezclan parcelas de viviendas, con abundante vegetación a veces demasiado descuidada, con parcelas forestales con difícil acceso, la prioridad es preservar la vida de las personas. Se produce así una menor eficacia en la propia extinción del fuego de la vegetación, dejándose ésta en segundo plano, en estos casos además, las descargas de los medios aéreos deben ser muy controladas. Todo ésto hace especialmente difícil el control y la extinción de este tipo de incendios. Y es más probable que se prolongue su vida y escapen algunos frentes.

Durante toda la noche se trabajó desde tierra para controlar el fuego en condiciones muy complejas debido a la orografía y en las peores condiciones meteorológicas. Durante 4 días todos los dispositivos puestos en marcha para sofocar el incendio trabajaron día y noche hasta que por fin, el 2 de septiembre, se bajo la alerta a nivel 0 al no existir riesgos de reproducción, aunque no se diera aun por extinguido y se continuara con labores de aseguramiento del perímetro.

Arqueología entre cenizas". Historia de un proyecto.

Agosto 2012. Alicia pasaba las vacaciones en su casa, junto a sus padres. Eran las 9 de la noche, salían de un centro comercial cuando a lo lejos divisaron una gran columna de humo. Más cerca, se dieron cuenta de que esa columna provenía de Marbella. Aunque estaba lejos, no estaban tranquilos. La misma historia de muchos veranos. De repente el viento cambió. En apenas dos horas, lo que en principio solo era un mal presentimiento, se convirtió en su peor pesadilla. Alrededor de las 3 de la mañana, un cambio en el viento lleva las llamas al municipio de Ojén, en Málaga. La prioridad es salvar a las personas, por

lo que el incendio sigue su avance. En el trabajo durante esos días de agosto participaron medios terrestres de extinción de varias provincias, medios aéreos, UME, cuerpos de seguridad del estado.....más de 1500 personas tratando de que este incendio pueda llegar a su fin.

En uno de los municipios afectados, Ojén, más de 4.000 personas tuvieron que abandonar sus casas en menos de una hora. Ardieron bosques, casas, negocios Hubo una persona muerta, heridos y algunos desaparecidos en los primeros momentos. Murieron muchos animales. Fue una noche dantesca en la que se quemaron más de 1.000 hectáreas. Afectó a varios municipios y hubo desalojos no solo en Ojén, también en Mijas, con más de 10.000 personas fuera de sus casas por el humo.

..... y la vida de muchas personas ya no volvió a ser la misma.

"Era un día especialmente caluroso con mucho viento, el cielo estaba despejado a modo de tabla azul, siendo visible desde más de cuatro kilómetros una densa nube negra que se desplegaba del horizonte. La nube no auguraba nada bueno, saltando en ese mismo instante a mi retina tantas otras nubes negras que han sido causa de insomnio." (1)

A finales de septiembre, Alicia volvió a Madrid a terminar la carrera, era su último año. El impacto que había producido en ella estos acontecimientos se quedaron grabados en su memoria. Durante los días posteriores al incendio volvió a ese lugar, escogió, recogió y guardó

pedazos de su historia, piezas de un puzle que algún día podría recomponer. Bolsas llenas de madera abrasada y restos de carbón, de vasos, caracoles... que empezaban a formar el inicio de un proyecto. Imágenes y recuerdos que poco a poco salían de su mente para plasmarse en cuadros, dibujos, proyecciones...



J.C. Gómez, Málaga agosto 2014.

"Entiendo este momento después de la primera fase en la cual todo estaba nublado y turbio, el primer instante, donde aunque solo sea por un segundo, empiezan a surgir pequeños chispazos de lucidez". (1)

El trabajo directo con sus emociones, hacía que sus mecanismos de superación comenzaran a activarse. Esto hacía posible el retorno a su vida cotidiana, la asimilación de lo que había pasado.

"El hombre que se levanta es aún más fuerte que el que no ha caído. Una experiencia traumática es siempre negativa, pero lo que suceda a partir de ella depende de cada persona. En

la mano del hombre está elegir su opción, que bien puede convertir su experiencia negativa en victorias, la vida en un triunfo interno, o bien puede ignorar el desafío y limitarse a vegetar o a derrumbarse".

Viktor Frankl

En abril 2013 Alicia volvió a Málaga a hacer algunas de las piezas de su serie.

En "Arqueología entre cenizas", Alicia Roy nos cuenta paso a paso su experiencia en esta situación y cómo, poco a poco, dio forma a la tragedia para crear arte.

Su proyecto nace a raíz de este acontecimiento en el que el curso de su vida se ve alterado por un incendio en el que según sus palabras *"arrasó una enorme parte de mi vida"*.

Su exposición, no es solo arte como resultado final, sino que hay que contemplarlo como un proceso de creación artística y de asimilación personal, en el que va relatando su experiencia, contando sus emociones, hablándonos de sentimientos a menudo unidos a las tragedias, suenan ecos de su desesperación, de su tristeza, su ira, su dolor, para finalmente dejar paso a una aceptación de una realidad. La fragilidad de la vida.

"En mi caso fue la finca familiar la que se quemó, lugar de muchos encuentros, recuerdos e ilusiones. Sitio donde hemos pasado veranos enteros, donde además mis padres habían montado su sustento económico y treinta años de vida. De un plumazo todo lo que has creado se convierte en cenizas y vuela en el aire, tu autoestima y tu capacidad de reflejo quedan en suspenso, todos levitamos

en el aire y aguantamos la respiración ante esta tragedia. Como es de imaginar, esta experiencia ha causado una huella y un impacto en la población imborrable, un poso que cargarán con ellos de forma constante para siempre. La reacción frente a una circunstancia así, es desconcierto e incredulidad. Así nos sentíamos todos, atónitos mirando las cenizas, el campo teñido de luto, el cielo con enormes nubes negras que parecían tempestades dignas de W. Turner.” (1)

Lleva a cabo las distintas fases de su proyecto como un proceso de duelo, contempla a través de su cámara su mundo en ruinas, sabe que el primer paso es aceptar la realidad. Poco a poco va reuniendo y encajando todas las piezas y ese

encaje le lleva a la aceptación “para digerir toda la desesperación del momento”. Su ira se transforma en una emoción que le empuja y le da fuerzas para seguir y profundizar en todo el dolor de los recuerdos. Para ella este trabajo ha sido *“una forma de terapia, una excusa para procesar una experiencia devastadora”*. Todo esto lo transmite, nos hace partícipes de sus sentimientos, nos hace ponernos en su piel, en la

de su familianos invita a compartir unos recuerdos que se graban en nosotros.

En **junio de 2013** termina su tesis y se gradúa con Matrícula de Honor con la presentación de su proyecto ***“Arqueología entre cenizas”***.

Alicia Roy, abril 2014



Alicia Roy, abril 2014

En esas mismas fechas lo presenta a las becas INICIARTE de la Junta de Andalucía, y se la conceden en octubre de 2013. Así que desde octubre hasta abril de 2014, estuvo organizando las obras y diseñando la sala. A partir de ahí vuelve a Málaga para dejar y enmarcar algunas piezas y finalmente para el montaje y la inauguración en abril de 2014.

“He tenido tiempo para digerir toda la desesperación del momento, y solo es estadistancia la que me permite ver y releer lo sucedido”.(1)

La exposición 'Arqueología entre cenizas', es un compendio del todo el material físico y emocional resultado de la tragedia que vivió junto a su

familia durante ese verano. Es un reflejo de su recorrido por la desolación, la tristeza, la ira, el dolor, la fragilidad y finalmente la aceptación.

A través de sus piezas, Alicia comparte su reflexión, sus sensaciones, su punto de vista sobre las emociones que a lo largo de sus piezas nos hace llegar. Esculturas, fotografías, trazos al carbón, pinturas o proyecciones, un blog y

diferentes perfiles en redes sociales, completan este trabajo, donde comparte todo este proceso emocional y su resultado. De esta manera lo convierte en un proyecto abierto y colaborativo, en el que se va nutriendo de la visión de diferentes personas implicadas, que la completan y añaden valor al resultado final.



Alicia Roy, abril 2014

Prevención de IF de interfaz urbano forestal. Algunas cuestiones pendientes.

En las situaciones de emergencias, nuestras reacciones indudablemente están determinadas por las emociones que nos provocan los acontecimientos. Pero no podemos olvidar que todas estas emociones que se suscitan en esos momentos, determina la conducta, tanto de las

personas implicadas como víctimas como en los primeros intervinientes en este tipo de emergencias. En todos los casos es fundamental una buena gestión de esas emociones, para un adecuado desempeño desde la prevención y la actuación desde las distintas partes.

Los IF no son un hecho esporádico. Ahora, cada vez más, la problemática de los incendios

forestales, afecta a sectores de la sociedad más extensos, cada vez hay más viviendas en entornos rurales y urbanizaciones en zonas forestales.

Zonas forestales donde vive gente, sectores fuera de ordenación urbanística, construcciones frágiles o sensibles a verse afectadas por un fuego, con orografía y meteorología desfavorable... una mezcla perfectamente explosiva, en muchas ocasiones sin medidas preventivas efectivas. El riesgo existe y cada vez es mayor. Las soluciones para tratar de reducirlo también. Sólo hay que querer a todos los niveles, públicos, privados....

Cuando se trabaja en una emergencia toda nuestra vida nos acompaña, nuestros problemas, preocupaciones, motivaciones, estados de

ánimo..... A esto se une el estrés que provoca la situación en sí misma y el derivado del propio trabajo en las organizaciones de las que se depende. Si a esto sumamos todo lo que tiene que ver con las condiciones laborales, que en ocasiones se sufren y que desgastan e influyen en nuestro quehacer diario; comprobamos como todo, al final, condiciona nuestras decisiones a la hora de realizar una intervención. Decisiones que se suceden rápidamente cuando nos enfrentamos a un trabajo en el que es imprescindible tener la cabeza fría, manteniendo las emociones en su medida adecuada y que requiere actuar manteniendo nuestra percepción y atención en lo que hacemos, por que de esto va a depender no solo nuestra vida, sino la de las personas implicadas en estas situaciones.



Juan Carlos Gómez, Málaga agosto 2012

"Continuamente quienes intervenimos en entornos de emergencias nos

vemos afectados por fuertes emociones, ira, miedos, ansiedad,

euforias y sin duda, de cómo gestionemos esto durante nuestra intervención dependerá sin duda el resultado final en cuanto a la seguridad propia del interviniente como de las víctimas, además de la disminución de los daños.

Sin duda, no podremos evitar las emociones, pero conociendo como nos afectan a quienes con frecuencia estamos metidos en líos, conseguiremos disminuir sin duda las consecuencias. Si los intervinientes son capaces de hacer su trabajo en las mejores condiciones físicas y anímicas, sin duda se salvarán vidas y se podrá ser más efectivos en la extinción”.(2)

De nada sirve las medidas de autoprotección y evacuación sin una adecuada educación en emergencias, siendo de vital importancia la organización de jornadas de formación, información y simulacros. Tratando de concienciar a las poblaciones que es necesario evitar las actividades de riesgo durante las épocas de verano, el uso de determinada maquinaria agrícola, barbacoas, quemas de restos de poda o rastrojos, uso del fuego en fiestas.

Es necesario que ayuntamientos, comunidades de vecinos y habitantes de estas áreas tomen conciencia del problema. Hay que hacer un esfuerzo por que todas las partes sean conscientes de que no es cuestión de mala suerte, es verdad que cada vez son más incendios los que se producen, pero hay mucho que se puede hacer y se echa en falta medidas preventivas adecuadas a lo largo de todo el año.

La prevención debe ser exigida, ya que entre otras cosas al atender incendios en zonas de Interfaz Urbano Forestal, se impide llevar a cabo estrategias eficaces contra el incendio en el monte el cual crece a placer, complicando otras zonas también urbanizadas.

Es necesario trabajar desde la prevención para evitar incendios y para saber intervenir adecuadamente cuando éstos se producen. Pero también es necesario trabajar la prevención, mejorando las condiciones laborales de todas las personas que trabajan en la extinción de incendios forestales. Mejorando las condiciones físicas y técnicas, pero también teniendo en cuenta que es necesario atender muchos aspectos relacionados con los riesgos psicosociales y con los factores humanos en un trabajo especialmente complejo. Para todo esto la formación es un pilar fundamental.

Un final... Un comienzo.

Será necesario pasar noches en vela con recuerdos de llamas, habrá que llorar, expresar la rabia, gritar, enfadarse, manifestar nuestro dolor, para así poder construir sobre el recuerdo de lo perdido. Evitar el problema no va a ayudarnos a solucionarlo, tendremos que ser capaces de levantarnos y afrontarlo con nuestros mejores recursos para además, salir reforzado de la lucha.

“Allí se quemaron muchas ilusiones, todo nuestro modo de vida de la noche a la mañana se quebró y así con 56 y 57 años ¿volver a empezar?, ¿luchar otra vez por lo mismo, sin ser los mismos?”.(1)

El negocio familiar ha vuelto a funcionar.



Juan Carlos Gómez, Málaga agosto 2012

"Estuvo allí muchos años antes del incendio, 18 años construyendo un sueño. Por eso fue un golpe tan duro. Los perros siempre fueron la pasión del mi padre y quiso hacer de su pasión su medio de vida. Con mucha tenacidad y coraje invirtieron todo lo que tenían en una locura como esa. Un hotel de perros en medio de la nada" (3).

Alicia recuerda como cuando aun tenía 9 años, sus padres la llevaron a ver el campo recién comprado. Recuerda que apenas se podía entrar. Era todo salvaje y con una orografía complicada. Y como con imaginación y creatividad sus padres hicieron que todo funcionase, y poco a poco le dieron forma a sus sueños.

"El trabajo en el campo es muy sufrido

y los animales siempre necesitan cuidados, todos los días. Es un trabajo muy sacrificado, física y mentalmente. La naturaleza está en constante cambio y siempre tienes que adaptarte, trabajando en el campo aprendes eso muy rápido. Lluvias torrenciales, desprendimientos, fuegos, sequía... todo eso de lo que uno no es consciente desde la comodidad de nuestras casas con estufa y aire acondicionado. Es allí, en el campo, cuando valoras todo y creas un vínculo muy especial con la naturaleza"(3).

Dos años después del incendio, Alicia cuenta que incluso se han mejorado las instalaciones. Ha sido difícil, pues si bien cuando se construyó todo, el espacio era apenas infranqueable, ahora todo estaba destruido.

"Hemos creado algo mejor, hemos resurgido de las cenizas con mucha fuerza, sin perder la esencia que nos hizo tener clientes y amigos de años, pero mejorando y aplicando todo lo aprendido. Me siento muy orgullosa de mis padres, porque si existe un término que les define es la tenacidad. Pienso que hoy en día la gente no es tenaz, no lucha, no es coherente con lo que hace. Picoteamos de mucho y

nos cuesta apostar hasta el final por algo en lo que creemos. Ellos creen en Royfonte (el hotel para perros), yo creo en mi porque he visto, ya por segunda vez, como se puede construir algo aunque todo el mundo piense que no; podemos ser lo que queremos, si ponemos el empeño necesario; teniendo metas las podemos ir conquistando poco a poco, sin prisa, pero con tenacidad y fuerza."
(3)

Ella nunca olvidará esta tragedia que forma ya parte de su vida, de su historia, pero a través de este proyecto ha conseguido, resurgir de las cenizas y a través de su arte, hacerse más fuerte.

(1) Textos extraídos del proyecto "Arqueología entre cenizas" de Alicia Roy.

(2) Comentarios de Juan Carlos Gómez, piloto de extinción de incendios forestales.

(3) Entrevista a Alicia Roy.

Las fotografías han sido cedidas por Alicia Roy y Juan Carlos Gómez.

El triage psicológico ¿ Una herramienta para el psicólogo de emergencias?

Eva María Ruiz Muñoz

Psicóloga socia de Sepadem. Psicóloga del Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Desastres del Colegio de Psicólogos de Cádiz.

Psicóloga formadora e -learning a bomberos. Enfermera de emergencias 061 Cádiz.

Cuando ocurre una situación crítica como puede ser una catástrofe, un desastre, un accidente de múltiples Víctimas, nos encontramos de manera súbita con muchas víctimas, en el sentido más amplio de este concepto, es decir, nos encontramos con afectados, familiares, vecinos, intervinientes. Es, en esta realidad, en la que se alerta o se activa a grupos de psicólogos de emergencias como los Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Desastres (GIPED) de los distintos colegios de psicólogos o otras entidades como Psicólogos sin fronteras y cruz roja psicosocial, entre otras. Estos psicólogos, cuando llegan al lugar se encuentran un gran número de personas afectadas, y requieren de un instrumento que permita valorar, detectar y clasificar a estas personas en función de la prioridad en la que requieren ser atendidos, ya que no todas las personas presentan una misma vulnerabilidad a la situación, y este instrumento es el TRIAGE PSICOLÓGICO.

El psicólogo de emergencias, es el profesional responsable de valorar que personas son más vulnerable emocionalmente, qué personas requieren una intervención inmediata, cuales

pueden demorarse o quienes no requieren asistencia psicológica y solamente necesitan el apoyo familiar, y esta valoración no debe ser en base de quien llegó primero, o quien piensa la familia que está "peor" o quienes piensan los otros profesionales de emergencias que pudiera necesitarnos más. Es el psicólogo, con sus conocimientos, sus capacidades, actitudes y habilidades, el profesional que tiene que realizar dicha valoración, y para ello, necesita un instrumento válido que le facilite una rápida clasificación de los afectados, no sólo para saber quienes son aquellos que requieren más inmediatez en la asistencia, sino también para poder realizar una estimación de los recursos humanos, materiales, económicos y sociales se necesitan.

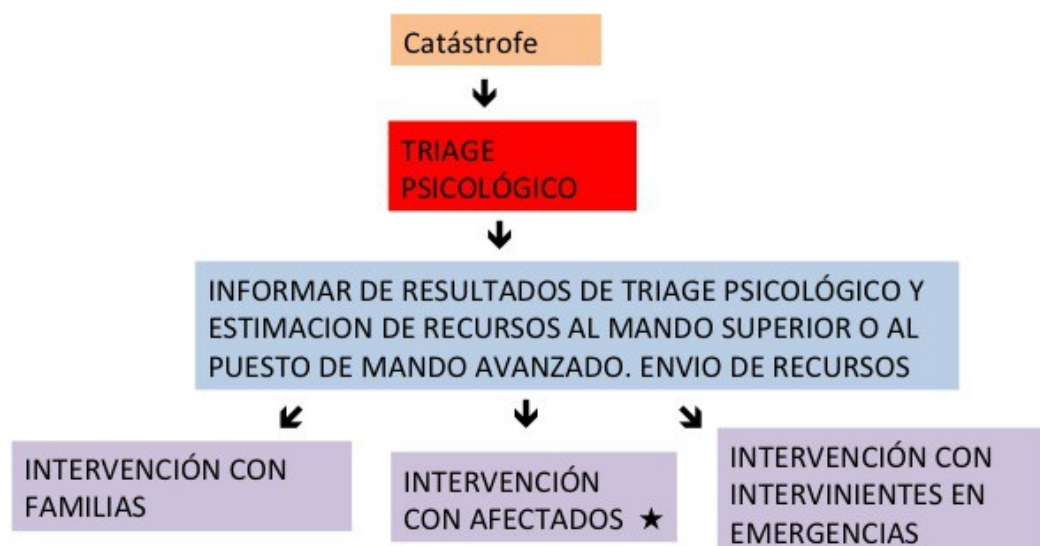
Además, este instrumento permite que el psicólogo tenga una guía clara, objetivable y rápida en la que basarse, facilitando en gran medida la labor del psicólogo.

El triage o clasificación, es un término de origen francés, que se ha usado y usa mundialmente en

el ámbito sanitario para valorar a todas las víctimas de una situación crítica, y priorizar la asistencia en función de la gravedad de las víctimas, número de víctimas y recursos disponibles. Así, en el triage no se realiza grandes intervenciones, tan solo maniobras sencillas y muy rápidas. En este sentido, el triage psicológico, usa una misma herramienta como es el concepto de " triage" validada en emergencias y el ámbito sanitario, y la traslada al ámbito de la psicológica, aprovechando los psicólogos este concepto tan válido para la toma de decisiones rápida en situaciones de estrés y en un medio hostil y dramático, ante un número indeterminado de afectados y con medios limitados. Los psicólogos que realizan el triage, solo valoran a la víctima, no hacen más intervención con ella. Es el primer eslabón de la cadena de la asistencia psicológica en emergencias.

El triage se basa en tomar decisiones en base a valoraciones incompletas, es decir, tener una visión general de cada víctima, ya que durante el triage, no vamos a tener en cuenta muchos datos personales, familiares, sociales, de patología previa, situaciones previas...porque una de las características del mismo, es que tiene que ser rápido para poder valorar a todos los afectados, por eso, los psicólogos deben estar entrenados en esta técnica. Se basa en dos principios:

- Ayudar al mayor número de personas relacionadas con la situación crítica, en función de su estado individual, para lograr los objetivos de los primeros Auxilios Psicológicos (gestionar el estrés de la situación, aminorar o frenar el deterioro psicológico, reducir los riesgos, intentar que la persona funcione como previamente al incidente)
- Hacer el mejor uso de los recursos disponibles.



★ En la intervención con afectados, quedan excluidos los pacientes rojos del triage sanitario, y los amarillos (excepto en aquellos casos donde el personal lo requiera o se trate de rescate prolongados o pacientes especialmente vulnerables)

Evidentemente, no es lo mismo el triage que realizamos en el caso de un autobús escolar que ha volcado, y al que están llegando familias al lugar del suceso, que el que hacemos ante una explosión en un centro comercial. En ambos casos, el número de víctimas es diferente, los recursos con los que contamos en cuanto a ambulancias, profesionales, hospitales, tiendas de campaña...también son diferentes y el número de psicólogos que se requieren también varían. Sin embargo, en ambas situaciones es necesario que se haga una valoración rápida de las víctimas para saber cuáles son las necesidades y recursos para resolver la situación.

El triage se le va a realizar a aquellas víctimas que:

- a) Le han hecho triage sanitario, y son heridos verdes, es decir, no presentan patología médica urgente.
- b) Le han hecho triage sanitario, y siendo heridos amarillos (pacientes urgentes que deben ser atendidos en menos de 6 horas aproximadamente), los profesionales sanitarios nos requieren por dificultad de colaboración, por dificultad en la comunicación y relación de ayuda, por especial vulnerabilidad, o por ser un rescate muy prolongado sobre todo cuando el paciente se encuentra atrapado, o encerrado.
- c) Ante un grupo de familiares, vecinos, amigos...que impliquen un orden en la intervención por no haber recursos suficientes.

Por supuesto, quedan excluidos del triage aquellas víctimas que se encuentran graves o con patología urgente, ya que no debemos olvidar

que lo ***primero es salvar la vida, luego el miembro, posteriormente la función de ese miembro y finalmente, la emoción.***

Las víctimas se clasifican en :

1. P1 o Prioridad 1: Son todas esas víctimas que por su estado emocional, por su vulnerabilidad pueden beneficiarse inmediatamente de la asistencia psicológica, suponiendo a veces personas que se encuentran en riesgo o pueden poner en riesgos a los demás. Estas situaciones son:

- Víctimas en shock emocional, estado disociativo, estupor reactivo. Víctimas con explosión emocional sin autocontrol.
- Víctimas con familiares aún desaparecidos.
- Víctimas con familiares menores fallecidos.
- Víctimas con comportamientos auto agresivos/heteroagresivos.
- Víctimas con una patología de base psiquiátrica.
- Víctimas con crisis de pánico, angustia o crisis de ansiedad.
- Víctimas menores que se encuentren solos

2. P2 o Prioridad 2 : Son aquellas víctimas que también se benefician de nuestra asistencia psicológica pero en las que existe más autocontrol, o tienen una visión más realista de la situación, y no supone un riesgo ni para ella ni para los demás. No se encuentran dentro de los apartados de Prioridad 1.

- Víctimas con familiares heridos.
- Víctimas con familiares fallecidos.
- Víctimas que comienzan a expresar emociones y a conectar tras haber estado disociado shock pero que aún no han hecho una descarga emocional.
- Víctimas con ira/ culpa
- Víctimas que se encuentran en duelo reciente (menos de 1 año)
- Víctimas con ansiedad y somatizaciones. (dolor torácico, disnea, mareos..)
- Víctimas menores que se encuentren con familia.

3. **P3 o Prioridad 3:** Aquellas personas que están afrontando la situación de forma saludable, sin suponer un riesgo ni para ella ni para los demás, con una adecuada canalización de emociones, y que no se encuentra en ninguno de los apartados anteriores.

** Si una persona tiene algún criterio de una Prioridad y un criterio de otra prioridad, se le asignaría la de máxima prioridad. Es decir, si nos encontramos con una persona que ha perdido a su hermano (P2) y se encuentra en estupor (P1), le asignaríamos una Prioridad 1.*

Para poder valorar la prioridad, vamos a usar la tarjeta de Triage psicológico en la que cumplimentamos los datos que aparece en el gráfico, y pondremos un identificativo a la víctima (pegatina o pulsera) que indique su prioridad, para que de forma rápida pueda ser identificado por cualquier psicólogo que intervenga posteriormente al triage. Así, si las víctimas llegan al lugar destinado para la intervención de psicólogos, y contamos con tres psicólogos y son 26 víctimas: 5 P1, 7 P2, 14 P3, sabemos, que tienen que atender primero a los 5 P1, posteriormente se atenderá a los P2, y los P3 serán los últimos ya que muchos de ellos no precisará de nuestra intervención.

TARJETA DE TRIAGE PSICOLÓGICO			
NOMBRE Y APELLIDOS:		DNI:	
Nº HISTORIA MÉDICA O Nº TRIAGE SANITARIO:			
EDAD:	Color Triage Sanitario:	ROJO	AMARILLO VERDE
Teléfono de contacto:			
Expresión de emociones:	SI	NO	
Disociación/shock	SI	NO	
Orientado en persona/lugar/tiempo	SI	NO	
Explosión emocional incontrolada	SI	NO	
Crisis de angustia, pánico, crisis de ansiedad	SI	NO	
Autoagresividad	SI	NO	
Heteroagresividad	SI	NO	
Conducta de reentrada	SI	NO	
Somatizaciones	SI	NO	
Tiene más familiares afectados en el lugar:	SI	NO	
Sus familiares afectados están :	Desaparecidos	Heridos	Fallecidos
Sus familiares afectados están con el /ella:	SI	NO	
Ira/ Culpa	SI	NO	

Estas tarjetas suponen la primera documentación de estas víctimas y la información que se tendrá de las mismas en el área de intervención psicológica. Los pacientes una vez que tienen asignada su prioridad, será acompañado al lugar donde se encuentren los psicólogos que van a realizar la intervención junto con su tarjeta de triage.

En cuanto al lugar donde realizar el triage, va a depender de las propias características de la situación crítica, de la zona, de los recursos disponibles. A veces las víctimas tienen que esperar en el lugar del incidente por lo que podrá hacerse in situ si la zona es segura, y otras veces, serán evacuadas a otro lugar o incluso al área destinada a la asistencia psicológica, realizándose allí mismo.

Este modelo de intervención fue el que se usó por el grupo de intervención en crisis de Andalucía Occidental en el ejercicio del crisis tal forcé 2014, donde se simulaba una catástrofe. En dicho ejercicio, había un grupo de psicólogos que se destinó a realizar el triage de las víctimas, una vez tenían asignada su prioridad, las víctimas eran atendidas por un grupo de psicólogos que realizaban la intervención, además había un tercer grupo de psicólogos en el lugar destinado a llegadas de familias. Los psicólogos que realizan el triage, informaban a la jefa de área que se encontraba en el Puesto de

Mando Avanzado, de las víctimas P1, P2 y P3, y así, la jefa de área podía tener una estimación de los recursos que se precisaba, además de tener una información rápida y breve que le permitía tener una visión general del estado de las víctimas. Los psicólogos que realizaban la intervención, recibirán las tarjetas de triage de las víctimas, y las recepcionaba en la sala común, interviniendo con ellas en función de su prioridad, dando un orden y una organización a dicha intervención. Cuando los psicólogos que realizaron el triage, terminaron de valorar, se añadieron al grupo de psicólogos de intervención.

La valoración con el " triage psicológico" fue bien acogido por el grupo de psicólogos una vez fueron instruidos en dicha técnica, facilitando la labor de los mismos. Así, el grupo de psicólogos que realizaban intervención percibieron un mayor orden y mayor coordinación en dicha intervención. La jefa de área obtuvo una visión global de la situación de las víctimas, que le permitía cuantificar los recursos necesarios y detectar necesidades. Todas las víctimas así, quedaban registradas con un conjunto mínimo de datos a partir de la tarjeta de triage. El añadir la valoración mediante el triage psicológico a la intervención del GIPED, fue valorado positivamente por todos los psicólogos implicados en el ejercicio. A su vez, los figurantes que adoptaron el rol de víctimas percibieron en nuestra intervención orden, coordinación y seguridad.

Bibliografía

Álvarez Leiva, Carlos. Manual de Atención a Múltiples Víctimas y Catástrofes. Editorial Arán. 2002

Slaikew, Karl. Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. 2ª edición. Manual moderno 1996