servicios sociales
Diputación de Córdoba

intervención psicológica

anteSituacionesde emergenciasyDesastres

Edita
Patronato Provincial de Servicios Sociales de Córdoba

Diseño y maquetación
Juanjo Diseñador
www.juanjodisenador.com

Impresión
Gráficas Galán

Depósito legal
CO-37/2005

Protocolo de intervención psicológica en crisis ante situaciones de emergencias y desastres

Ley Hansel:
La efectividad de un servicio de intervención en crisis aumenta de modo directo en función de la proximidad tanto al tiempo como al lugar de incidencia

Grupo de trabajo

ALARCÓN PULIDO, Eva
Psicóloga de la Zona de Trabajo Social de Castro del Río y Villaviciosa

ALCARAZ FUENTES, Mª Belén
Psicóloga de Zona de Trabajo Social de Palma del Río

CORPAS ORTIZ, Antonio
Psicólogo de Zona de Trabajo Social de Doña Mencía y Rute

LÓPEZ CABALLERO, Alfonso
Psicólogo

MONTILLA VELASCO, Alfonso
Psicólogo de la Zona de Trabajo Social de Montoro

NAVARRO CUBILLO, Rosario
Psicóloga de la Zona de Trabajo Social de Hinojosa del Duque

SORIANO MÁRQUEZ, Antonio
Psicólogo de la Zona de Trabajo Social de Aguilar de la Frontera y Fernán Núñez

Índice

presentación

El trabajo que tienes en tus manos, es fruto del esfuerzo del conjunto de Trabajadores/as que formamos la *Red Provincial de Servicios Sociales de Córdoba* y en particular del esfuerzo de un grupo de Psicólogos/as, que recogiendo la experiencia de nuestra acción cotidiana, han desarrollado una guía que da respuesta profesionalizada a la intervención ante situaciones de crisis en emergencia o desastres.

Nuestros profesionales no pueden ni deben ser ajenos a lo cotidiano y es más, los Servicios Sociales Comunitarios han de implicarse, desde lo cotidiano como hemos dicho, con aquello que es excepcional y que adquiere un especial significado en los municipios del ámbito rural.

En este sentido, la pérdida, el duelo, la negación de lo acontecido, los fuertes lazos morales y religiosos..., en última instancia la angustia ante lo inevitable en un contexto de serenidad y dónde el tiempo tiene un significado especial, nos sitúan ante el esfuerzo añadido en el que los propios Ayuntamientos y sus responsables, las Instituciones de uno u otro ámbito, y en definitiva lo que los vecinos/as esperan del apoyo fraternal y de la voluntad de servicio de todos/as los profesionales ante la incertidumbre y la desesperación.

Es en estos momentos, donde adquiere significado la intervención profesional, tomando la distancia oportuna ante el hecho excepcional y en definitiva procurando paliar, acompañar y restituir el sentido, en estos casos rotos, de normalidad.

El presente trabajo viene a dar respuesta a ello, suponiendo una aportación para todos/as los que día a día, con generosidad y entrega, estamos en el convencimiento de que con nuestro trabajo aportamos un granito de arena más a esa meta que es lograr la mejora de las condiciones de vida de nuestros pueblos.

Posiblemente no tengamos respuesta para los grandes enigmas de la vida, pero sí podemos construir caminos para que ésta sea mejor desde el trabajo en Equipo y la apuesta por la igualdad y el bienestar social de la provincia de Córdoba.

Francisco Pulido Muñoz
Presidente de la Diputación de Córdoba

Rafaela Crespín Rubio
Vicepresidenta 3ª de la Diputación de Córdoba
Diputada Delegada de Servicios Sociales

Córdoba, Noviembre de 2004

introducción

La intervención en crisis entendida como la que se realiza en situaciones de emergencia, desastre y catástrofe, aunque tiene una historia muy reciente, está cobrando en los últimos tiempos especial atención en el campo de la Psicología. Así, un primer antecedente lo encontramos en la década de los 50, en la que a consecuencia de la Segunda Guerra Mundial empiezan a realizarse investigaciones referentes al impacto psicológico. Desde esa época y durante todo este tiempo se ha ido avanzando en la intervención psicológica "a posteriori", fundamentalmente tratando el Estrés Postraumático derivado tanto de emergencias (violaciones, agresiones, etc.) como de desastres y catástrofes. Sin embargo, aunque en otros países, fundamentalmente del Centro y Sur de América, ya en los 70 se hablaba de "Primeros Auxilios Psicológicos", no será hasta las dos siguientes décadas cuando se desarrollen estrategias de intervención psicológica en emergencias y desastres a nivel mundial.

En España, será en 1996, tras la inundación ocurrida en el Camping "Las Nieves" de Biescas (que causó 86 muertos y más de 100 heridos), al que acudieron psicólogos/as y psiquiatras, cuando la intervención del psicólogo/a empieza a cobrar mayor relevancia. Esta situación conduce a la creación en 1997 de grupos de intervención psicológica en desastres por parte de los Colegios Oficiales de Psicólogos. Aunque aún queda mucho camino por recorrer en cuanto a investigación, es necesario contar con la formación específica disponible en este ámbito.

Actualmente está aumentando de forma paulatina la demanda de intervención del psicólogo/a en sucesos que causan impacto social, (accidentes de coche múltiples, terremotos, inundaciones, actos terroristas etc...), debido sobretodo al protagonismo que tiene en el bienestar psicológico y socio-comunitario de los ciudadanos.

La vocación eminentemente social de nuestra labor en Servicios Sociales Comunitarios, precisa como función propia la recuperación de la vinculación de los individuos y colectivos con su entorno cuando ésta se ha perdido; teniendo en cuenta el carácter comunitario de nuestras actuaciones y el ámbito local desde el que parten las mismas, parece ineludible la tarea de profundizar e implicarnos más en esta cuestión. En este sentido, y concretamente tras la intervención por parte de Psicólogos/a de *Servicios Sociales de la Diputación de Córdoba* en un accidente múltiple ocurrido en un municipio de nuestra provincia, se crea el *Grupo de Trabajo de Intervención en Crisis* para situaciones de emergencia y catástrofes, al quedar patente la necesidad de organización y de formación especializada en este tipo de ámbitos de actuación.

Partiendo de la dificultad de establecer un protocolo de actuación debido a la variedad de circunstancias con las que nos podemos encontrar, así como, la falta de previsión ante estos sucesos, presentamos este documento como propuesta articulada de intervención. De esta forma, pretendemos establecer una organización y estructuración de la intervención psicológica en estas situaciones de crisis, teniendo en cuenta el trabajo que realizamos para la comunidad, nuestra propia estructura como organismo y los recursos humanos de los que disponemos.

legislación básica

La intervención psicológica en crisis se encuadra dentro del servicio de Protección Civil, cuyo objetivo es la "*protección física de las personas y de los bienes, en situación de grave riesgo colectivo, calamidad pública o catástrofe extraordinaria, en la que la seguridad y la vida de las personas pueden peligrar y sucumbir masivamente*" (*Ley 2/85 sobre Protección Civil*). El servicio de Protección Civil constituye así la afirmación de una amplia política de seguridad, que encuentra actualmente su fundamento jurídico dentro de la Constitución, en la obligación de los Poderes Públicos de garantizar el Derecho a la Vida y a la Integridad Física.

La Intervención en Crisis como actuación, encuentra su base legal en el sistema español de Protección Civil, que desde el punto de vista jurídico, se configura básicamente mediante la *Ley 2/1985*, sobre Protección Civil, el *Real Decreto 407/1992*, de 24 de abril, por el que se aprueba la *norma básica de Protección Civil*, y el conjunto de planes y directrices básicas acerca de riesgos específicos, aprobados por el Gobierno, además de la normativa sobre la materia emanada de los órganos competentes de las Comunidades Autónomas y de los Entes Locales. El marco fundamental para el ejercicio de las competencias que, dentro del sistema, corresponden a la Administración General del Estado, es el constituido por los planes estatales de Protección Civil y, desde el punto de vista operativo, por los planes de coordinación y apoyo que forman parte de aquellos.

El *Real Decreto 1378/85*, sobre *medidas provisionales para la actuación en situaciones de emergencia en los casos de grave riesgo*, catástrofe o calamidad pública, en su art. 2 , dispone que, "*sin perjuicio de las funciones previstas en la Ley de Protección Civil, corresponde a la misma asegurar la realización de cuantas actuaciones contribuyan a evitar, controlar y reducir los daños causados por las situaciones de emergencia, entre otras medidas, a través de la asistencia sanitaria a las víctimas y la atención social a los damnificados".*

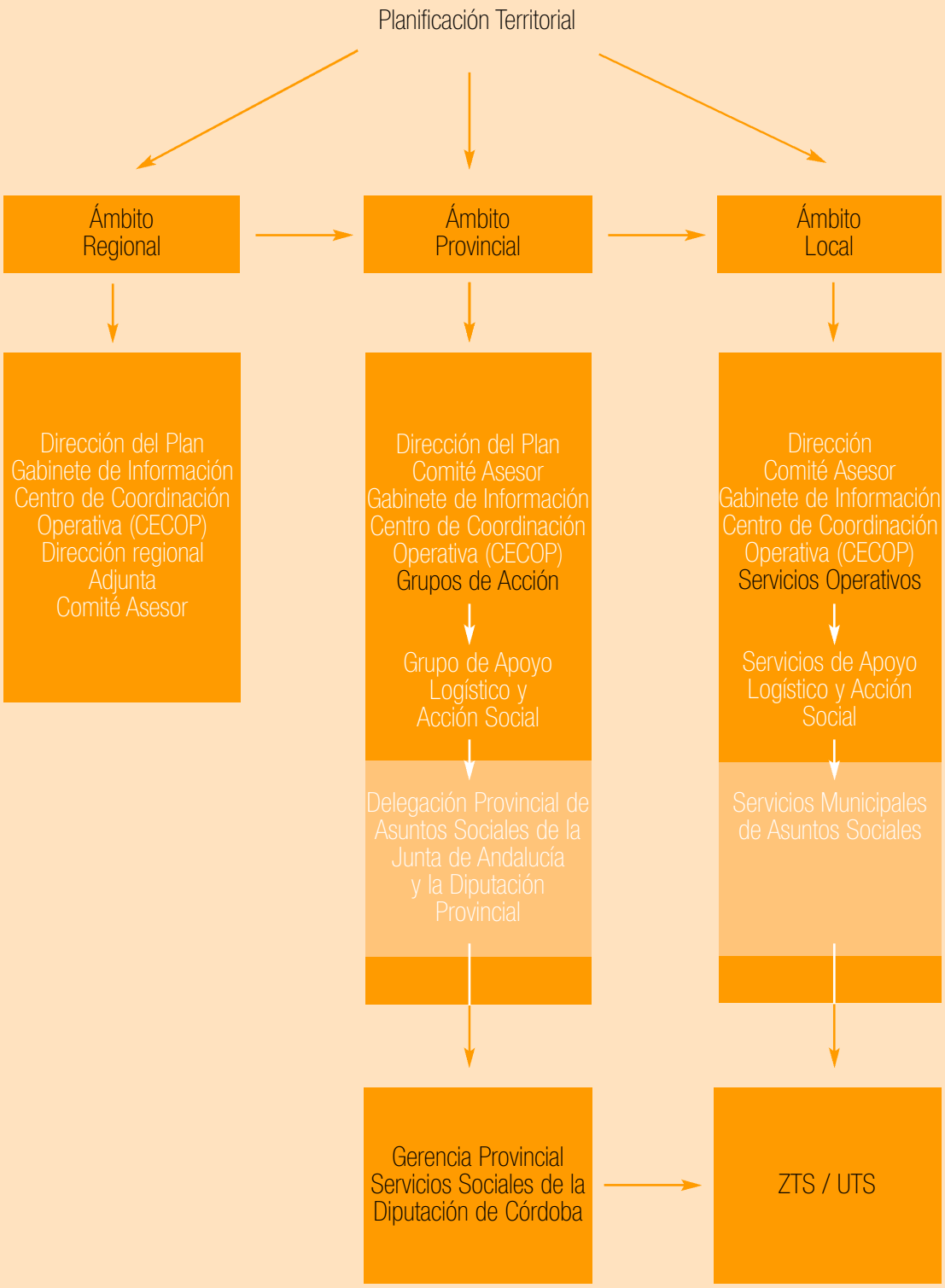
Según la normativa referida anteriormente, se elaborarán Planes Territoriales de Comunidad Autónoma, para hacer frente a las emergencias generales que se puedan presentar en el ámbito territorial correspondiente. Así pues, se encuentra aprobado el *Plan Territorial de Emergencia de Andalucía* (1998) con el que se dispone de un marco director que define la organización de la respuesta ante emergencias en el ámbito territorial de nuestra Comunidad, estableciendo un mosaico de interrelación que parte de los municipios como núcleos básicos. En el mismo, se destaca la importancia de elaborar y desarrollar los correspondientes Planes de Emergencia Provinciales y Municipales, distinguiendo entre los siguientes ámbitos básicos de planificación: local, supramunicipal, provincial o regional, y diferenciando las actuaciones según se dirijan a la prevención de riesgos, a la intervención o a la recuperación. Estando nuestra actuación encuadrada en los grupos de apoyo logístico y acción social. (Cuadro 1)

Actualmente la gestión de las emergencias en Andalucía ha sido regulada por la ley 2/2002, de 11 de noviembre de Gestión de Emergencias en Andalucía. Donde se estable como objetivo "*la regulación de la gestión de emergencias en Andalucía, entendida como conjunto de acciones de las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, dirigidas a la protección de la vida e integridad de las personas y los bienes, en situaciones de grave riesgo colectivo, catástrofes y calamidades públicas, así como aquellas otras situaciones no catastróficas que requieran actuaciones de carácter multisectorial y la adopción de especiales medidas de coordinación de los servicios operativos"*

Por su parte, la *Ley 2/1988*, de Servicios Sociales de Andalucía, que regula y garantiza un sistema público de Servicios Sociales, en su artº. 8, referido a los objetivos de los mismo, postula la "*promoción y el desarrollo de pleno de los individuos, grupos y comunidades, potenciando la participación para la toma de conciencia, búsqueda de recursos y la solución de los problemas dando prioridad a aquellas necesidades sociales más urgentes*".

Asimismo, desde Servicios Sociales de la Diputación de Córdoba, en su *Plan Anual Provincial*, se planifican a nivel provincial las líneas de trabajo a seguir en la Red Provincial de Servicios Sociales, tomando como uno de sus puntos de partida el consolidar y generar una mayor cobertura de las prestaciones y programas gestionados así como el abordaje de los retos que nos plantea una sociedad cambiante y dinámica.

De esta manera, el Servicio de Intervención en Crisis se encuadraría dentro de la Prestación Social de Convivencia y Reinserción Social, que se configura como "*un conjunto de actuaciones dirigidas a posibilitar las condiciones personales y sociales para la convivencia, participación e interacción de los individuaos en la vida social, con especial atención a las acciones de carácter preventivo. Asimismo, trata de recobrar la vinculación efectiva y activa de los individuos y grupos en su entorno, cuando este se ha deteriorado o perdido".*



Cuadro1. Plan Territorial de Emergencias de Andalucía

justificación teórica

Existen diferentes modelos teóricos que provienen de distintos paradigmas (cognitivo, conductual, sistémico...) que han resultado ser útiles en la aplicación de técnicas psicológicas en ámbitos de intervención en crisis. En el protocolo de intervención que presentamos, adoptamos planteamientos y técnicas de distintos modelos, pero desde nuestra perspectiva psicosocial y comunitaria pensamos que el modelo de intervención en desastres masivos de Inbar (1994) aborda de manera amplia este tipo de intervenciones. Por lo que ha sido tenido en cuenta a la hora de elaborar este protocolo de intervención.

Por otro lado, dentro de esta justificación, es importante realizar una delimitación conceptual para establecer los principales términos que vamos a utilizar ya que tradicionalmente no ha habido consenso a la hora de utilizar términos como crisis, desastres, catástrofes, etc... De esta manera, tratamos de presentar la delimitación de conceptos que vamos a utilizar.

Modelo de intervención psicosocial en desastres masivos

Este modelo adopta un carácter preventivo y psicoeducativo centrado en la intervención en emergencias, crisis masivas o catástrofes comunitarias y que define el marco referencial, principios, estrategias, modelos y técnicas para la intervención en situación de crisis. El modelo de Inbar (1992) destaca dos variables importantes de cara a la intervención. En la primera de ellas se centra la atención en el "*momento"* en el que se realiza la intervención y en la segunda en "*a quién"* va dirigida la intervención.

A. Respecto al "*momento"* en el que se va a realizar la intervención.

Inbar, señala que existen distintas etapas cronológicas:

1. Preadvertencia.

Se trata de una etapa en la que existe un riesgo potencial pero no ha ocurrido nada. No se tiene información concreta sobre la posibilidad de ocurrencia del evento. La forma de intervención en esta etapa se llevará a cabo mediante el diseño de programas de prevención.

2. Advertencia.

Etapa en la que existen indicios de que algo va a ocurrir. Se tiene información sobre la alta probabilidad de ocurrencia de un evento. La forma de realizar la intervención será mediante concienciación y preparación así como intentando disminuir los daños del desastre.

3. Impacto.

Etapa en la que ocurre el desastre. La intervención se llevará a cabo aplicando los programas y planes correspondientes de los distintos organismos implicados: fuerzas de seguridad, asistencias de apoyo, educativas y comunitarias...

4. Post-impacto.

Etapa posterior al suceso. La intervención centrará su objetivo enimplementar programas de rehabilitación, recuperación y afrontamiento así como planes preventivos para evitar la posible ocurrencia de otro evento.

B. "*A quién*" va dirigida la intervención.

El modelo considera que son afectados por un desastre y por tanto grupos susceptibles de intervención:

1. El Individuo,
2. La Familia,
3. La Comunidad
4. Las Organizaciones (colegios, instituciones de emergencia, de seguridad, de salud...)

Estas dos variables (momento de la intervención y a quién va dirigida) interaccionan entre sí en cuanto a sus niveles (preadvertencia, advertencia, impacto y post-impacto con individuo, familia, comunidad y organización, respectivamente) dando lugar a una matriz con las distintas posibilidades de intervención, en función de la situaciones y necesidades con las que nos encontremos.

Teniendo en cuenta las características principales del trabajo realizado desde Servicios Sociales Comunitarios, actualmente cobra sentido atender todos los niveles de las dos variables, ya que nuestra labor en prevención, en el momento del impacto, y posteriormente, con el seguimiento tanto con afectados, familias y comunidad, en general, es uno de los objetivos de nuestro trabajo. De esta manera, consideramos importante la amplitud del modelo con respecto a nuestras funciones, centrándonos en este caso en la fase de impacto y post-impacto.

También nos parece importante hacer referencia a los principios de intervención que dirigen la fase de post-impacto. Existen estudios científicos (citado en Inbar,1994) en el campo del tratamiento de síntomas de estrés agudo en distintas áreas, que fundamentan la adopción de varios principios que deben llevarse a cabo en la intervención en situaciones de crisis. El adoptarlos supone incrementar la probabilidad de recuperación rápida y efectiva. Dichos principios son:

1. Proximidad.

Supone que las intervenciones se realicen lo más cerca posible del lugar donde ocurrió el desastre.

2. Inmediatez.

Dicho principio apunta que se realicen las intervenciones lo antes posible tras el evento.

3. Expectación.

Estima el dirigir la intervención para retomar lo mejor posible el rol y función anterior.

4. Principio de construcción, desarrollo y mantenimiento de la continuidad cognitiva, emocional y conductual de los afectados e involucrados por el evento.

Por otra parte y como técnica de intervención, Inbar (1992), nos propone la indagación psicológica que supone intervenir con afectados y miembros de rescate para prevenir el surgimiento de síntomas psicológicos -cognitivos, emocionales y conductuales- a largo plazo. Esta técnica se desarrolla a lo largo de tres fases:

1. Fase de ventilación psicológica de los afectados y equipos de rescate, en la que se lleva a cabo una expresión emocional y una evaluación de situaciones de riesgo emocional como estados de ansiedad.

2. Fase centralizada en los síntomas, con el objetivo de hacer una atribución de las emociones y conductas como normales y no anómalas.

3. Fase de activación de los recursos de afrontamiento, promoviendo el potencial cognitivo, emocional, conductual y social de la persona.

El modelo propone, por tanto, que la intervención psicológica debe dirigirse a estimular aspectos cognitivos, emocionales y conductuales que han sido adaptativos y adecuados antes del desastre. Además de cara a la intervención, ya sea preventiva o terapéutica, enfatiza aspectos como el autocontrol, competencia, participación, compromiso, involucración y desafío psicológico.

Delimitación conceptual

A continuación vamos a definir los principales conceptos que dirigen nuestra intervención: accidentes, emergencias, desastres, catástrofes y crisis.

Según Tierney (1989), existe poco consenso dentro de la comunidad científica en la definición de los diferentes términos, aunque en distintos grados, hacen referencia a acontecimientos estresantes, más o menos imprevisibles, que ponen en peligro inmediato la integridad física y el equilibrio personal. Además, todas ellas requieren una acción inmediata no demorable en el tiempo.

Consideramos importante definir y delimitar conceptualmente nuestra intervención ya que según declaremos el suceso traumático como accidente, emergencia, desastre o catástrofe, esta decisión va a influir en la cantidad de ayuda a ofrecer (movilización de recursos humanos y materiales) y en las repercusiones emocionales, políticas y económicas. Esta valoración y delimitación previa es fundamental a la hora de diseñar planes de intervención y planificación, mucho más específicos y adaptados a las necesidades que detectemos en cada una de las diferentes situaciones.

Desde las Ciencias Sociales, tomar un único criterio cuantitativo para diferenciar entre accidentes, emergencias, desastres y catástrofes resulta muy limitado, dado que aunque una de las características diferenciadoras podría ser el número de víctimas, hay que utilizar otros criterios más cualitativos (capacidad de respuesta del sistema, grado de disrupción en las estructuras sociales de la comunidad, consecuencias psicológicas de las víctimas, vulnerabilidad de la comunidad) para poder distinguir claramente estos conceptos.

Para nuestra delimitación conceptual, tendremos en cuenta la propuesta de Britton (1986), que considera que los desastres, emergencias y accidentes se pueden considerar globalmente como períodos de crisis sociales generadores de estrés colectivo (citado en García y Gil, 2004). La diferencia entre estos conceptos se sitúa en base a tres criterios (citado en Puy y Romero, 1998): el número de personas implicadas, el grado de implicación dentro del área o sistema social impactado y la cantidad de ruptura o destrucción causada en el sistema social por el agente inductor del estrés colectivo.

Estos tres parámetros estarían situados en un continúo de mayor a menor estrés colectivo en el que se situarían los cuatro tipos de crisis sociales.

El *accidente*, se encuentra en el extremo de menos estrés colectivo, donde la ruptura se producirá en un grupo muy específico de víctimas pero no sobre niveles altos de las redes o estructuras. Por ejemplo, accidente de coche, suicidio, muerte de un hijo etc...

La *emergencia,* está en una posición central del continuo, produciría más estrés colectivo que el accidente y menos que el desastre; estas crisis interfieren sobre las actividades realizadas de un número determinado de personas implicadas, como por ejemplo un choque de trenes o un accidente de autobús (se producen en un lugar muy concreto y afecta a las personas de esa comunidad).

El *desastre*, está situado en el extremo de mayor estrés colectivo e implica el mayor número de víctimas afectadas, así como una ruptura en la mayoría de las estructuras sociales y de las infraestructuras comunitarias básicas disponibles (edificios, redes de comunicación...). Por ejemplo, un terremoto, un tornado, el atentado terrorista de Madrid, la inundación del camping de Biescas.

Britton no incluye a las *catástrofes*, aunque García y Gil (2004) sí lo hacen situándolas en el extremo de mayor estrés colectivo debido a la ruptura total de todas las estructuras sociales de la comunidad afectada, por ejemplo, un gran terremoto, un huracán, las bombas atómicas de Hiroshima y Nagasaki.

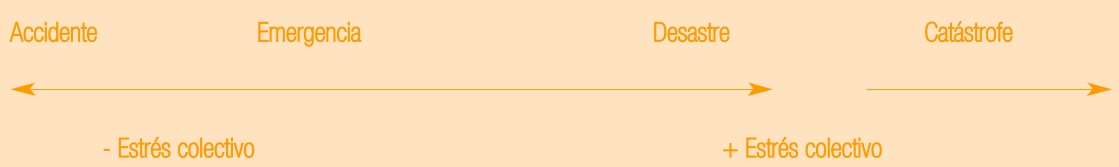


Figura 1. Situaciones que generan estrés colectivo (García Renedo, 2003)

En nuestra definición, todos los sucesos traumáticos (accidentes, emergencia, desastres o catástrofes) los consideramos como un tipo más de *crisis*, que según Cortes (1993) la podemos definir como: *una situación extraordinaria* (algo que una persona no vive habitualmente; ya que no se sufren accidentes, agresiones o atentados todos los días), *que desestabiliza el equilibrio físico, psicológico, social, económico o ambiental del individuo o el grupo* (al ser una situación imprevista para la que no están preparados), *y que para superarla, se carece de los recursos propios, suficientes o adecuados* (por la situación de imprevisión, preparación o falta de control) *y que exige la necesidad de ayuda externa* (que aporte los conocimientos y recursos que no se tienen).

Además de las definiciones anteriormente expuestas consideramos conveniente tener en cuenta también las definiciones propuestas en el glosario de la *Dirección General de Protección Civil en España* que distingue los sucesos traumáticos en (citado en De Nicolás, Artetxe, Jáuregui y López, 2000):

- *Accidente:* cuando los individuos afectados por un siniestro, son un segmento de la población de fácil delimitación por una variable nominal: ocupantes de un automóvil, inquilinos de un edificio...La población queda fuera de los eventos del fenómeno o siniestro, la vida cotidiana de la colectividad no se ve alterada y los sistemas de respuesta y de ayuda a los afectados, quedan indemnes y pueden actuar.

- *Emergencia:* situación que aparece cuando en la combinación de factores conocidos, surge un fenómeno o suceso que no se esperaba, eventual e inesperado y desagradable por causar o poder causar daños o alteraciones en las personas, los bienes, los servicios o el medioambiente. La emergencia supone la ruptura de la normalidad de un sistema, pero no excede la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

- *Desastre:* toda la población de forma indiscriminada, se ve afectada por los hechos infaustos, y la vida social cotidiana se ve alterada. En los desastres, los sistemas de respuesta institucionales, públicos y privados, también pueden quedar indemnes y pueden ayudar a la colectividad afectada.

- *Catástrofe:* es aquella situación en que un fenómeno infausto e imprevisto afecta a una colectividad de forma global, incluidos sus sistemas de respuesta institucionales. En la catástrofe, los individuos afectados no podrán contar con ayuda institucional, al menos en los primeros momentos, y tendrán que hacer frente a las consecuencias del fenómeno con sus propias fuerzas.

- *Crisis:* estado delicado y conflictivo en el cual, por circunstancias de origen interno o externo, se rompe el equilibrio y la normalidad de un sistema y se favorece su desorganización.

CRISIS / NIVELES DE INTERVENCIÓN	Nº de personas implicadas	Capacidad de respuesta del sistema	Ruptura y daños en los sistemas sociales
1. Accidente	Pequeña población	Recursos suficientes para dar respuesta	Ni interferencias ni daños
2. Emergencia	Mayor número de personas implicadas	Recursos suficientes para dar respuesta	Ruptura de la normalidad del sistema
3. Desastre	Gran parte de la población	Recursos habituales pueden no ser suficientes, se excede la capacidad de respuesta de la población	Ruptura y daños severos en las estructuras del sistema
4. Catástrofe	La comunidad	Se requiere ayuda externa para la recuperación de la comunidad	Estructuras sociales destruidas

Tabla 1. Resumen definiciones

objetivos

Objetivos generales

1. Protocolizar y delimitar la actuación del psicólogo/a en situaciones de crisis derivadas de accidentes, desastres, emergencias y catástrofes.

2. Prestar ayuda psicológica en situaciones de crisis a todas la personas de los municipios de nuestra provincia con la mayor inmediatez y proximidad posible.

Objetivos específicos

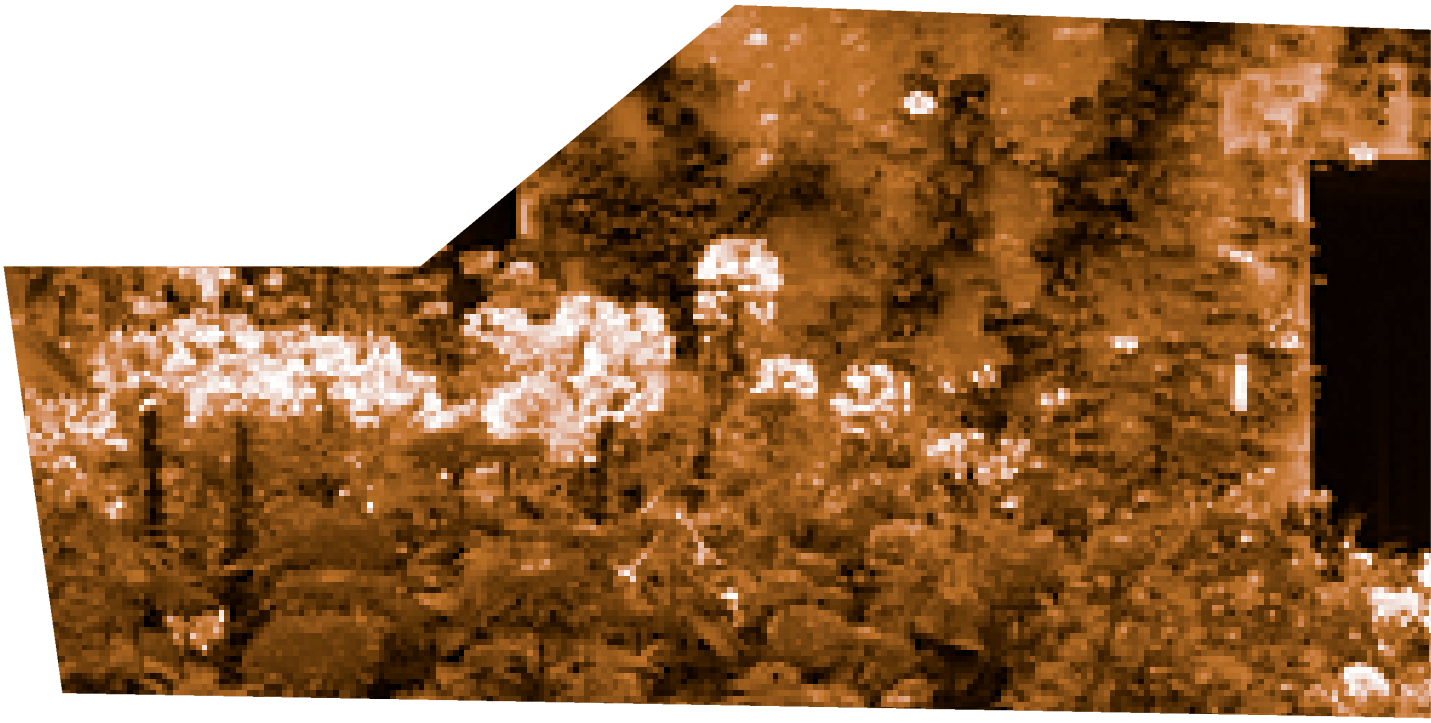
1. Establecer distintos niveles de intervención, con la movilización de los recursos psicológicos necesarios según los distintos tipos de situaciones que desencadenen la crisis.

2. Describir aspectos generales de la metodología de intervención psicológica con los afectados directos, familiares y grupos de intervención en situaciones de crisis, para disminuir el impacto emocional y social.

3. Determinar los distintos escenarios y momentos de la intervención así como establecer la metodología de intervención en cada uno de ellos.

4. Definir situaciones y/o grupos de alto riesgo y canalizar recursos para su futuro ajuste psicológico y social.

5. Crear un documento práctico de información, organización de datos y documentos de apoyo a familiares, que faciliten la intervención psicológica en una situación de crisis así como el seguimiento de la misma.



intervención

Procedimiento de actuación e intervención

Roles y funciones generales del Equipo de Psicólogos/as.

En general, el psicólogo/a de intervención en crisis, por las características de este trabajo, tiene que cumplir unos requisitos tanto profesionales como personales para poder desarrollar con garantía su trabajo y que éste no tenga repercusiones personales negativas. Entre las más importantes cabe destacar:

- Formación y preparación en esta materia.
- Habilidades de comunicación.
- Estabilidad emocional y autocontrol.
- Ser resolutivo y tener capacidad para tomar decisiones en situaciones límites.
- Capacidad para trabajar en equipo.
- Responsabilidad.
- Respetar el código deontológico del psicólogo/a.

Además de estos requisitos generales, dentro del equipo de intervención psicológica es necesario establecer distintos roles. En nuestra intervención como equipo de Servicios Sociales Comunitarios nos planteamos, al menos, establecer tres perfiles fundamentales en la organización e intervención. Si tenemos en cuenta la variabilidad de situaciones con las que nos podemos encontrar, estas figuras están establecidas de manera flexible tanto en funciones, como en personas que puedan asumirlas en un momento dado. A continuación se establecen las funciones generales de cada figura, pasando posteriormente a especificar las mismas en la intervención en sí.

Coordinador/a

Sería el técnico encargado a nivel provincial de activar el dispositivo, una vez recibida la demanda, pudiendo estar o no en la intervención. Responsable de la coordinación con el resto de servicios públicos implicados (protección civil, ayuntamientos, etc) organiza y moviliza al equipo de psicólogos/as informando a éstos de las características básicas de la situación. Entre sus principales funciones destacan:

- Recepción de la demanda.
- Valoración general del suceso. (Tabla, 2)
- Toma de decisiones del nivel de intervención.
- Movilización de recursos, en función de la magnitud del evento.
- Recogida de datos generales. (Anexo 1)
- Valoración y evaluación de la intervención y seguimiento de la misma.
- Valoración posterior de los técnicos que han intervenido.
- Dar respuesta a necesidades especiales urgentes.

Responsable Técnico de Intervención

Es la persona/s del grupo de intervención inmediata que se responsabiliza de la organización y de la coordinación del equipo, siendo indispensable su presencia en el lugar del suceso. Dentro de sus funciones destaca el ser la persona de referencia en la toma de decisiones respecto a:

- Coordinación con entidades y técnicos que estén interviniendo.
- Organización de las actuaciones del equipo de apoyo psicológico.
- Recogida de datos generales (Anexo 1).
- Valorar la necesidad de tener que comunicar malas noticias en función del tiempo que haya pasado desde el suceso hasta nuestra intervención.
- Reparto de trabajo y asignación de personas, familias y allegados.
- Selección de representantes familiares.
- Disposición de lugar, teniendo en cuenta los espacios con los que contamos, tipos de familias y necesidades.
- Valoración de situaciones especiales y toma de decisiones en caso de urgencias.
- Valoración de los recursos socio-familiares necesarios.
- Informar a los medios de comunicación, si así se estima necesario.

Técnicos de Apoyo Psicológico

Grupo de psicólogos/as de intervención directa con afectados, familiares y allegados cuyas funciones de evaluación e intervención describimos de forma general a continuación.

- Identificación de familiares afectados y valoración de la información con la que cuentan.
- Ficha de datos familiares (Anexo 2)
- Evaluación socio-familiar
- Valoración de las necesidades de intervención inmediata.
- Evaluación individualizada.
- Intervención psicológica.
- Intervención en situaciones especiales.

Valoración General del Suceso.

En un primer momento, a iniciativa del grupo o a instancia de otras entidades externas, se realizará una valoración del suceso para activar o no el dispositivo de intervención. Para que esta valoración sea lo más exhaustiva, rápida y operativa se van a tener en cuenta dos variables fundamentales; por un lado, la *gravedad* en función de las pérdidas, y por otro, el *impacto social* y las repercusiones que puede tener lo sucedido (Tabla 2). Para este fin, se plantea una serie de indicadores que nos van a permitir poner en marcha o no los distintos niveles de intervención.

Tabla 2. Valoración General del suceso

Gravedad del suceso

Pérdidas Materiales
Pérdidas Humanas
Capacidad de respuesta del sistema
Ruptura y daños producidos en los sistemas sociales

Impacto Social

Localización
- Rural /Urbana
- Procedencia de los afectados

Factores de vulnerabilidad grupal
- Inmigrantes
- Mayores
- Niños
- Discapacitados...

Repercusiones
- Emocionales
- Económicas/Familiares...
- Pérdida de Recursos

Niveles de intervención. Definición y Características.

Tras la valoración del suceso y siendo conscientes de la dificultad que supone establecer unos niveles de intervención psicológica en situaciones que pueden ser tan dispares, proponemos cinco niveles de intervención. Estos se plantean teniendo en cuenta los parámetros de valoración anteriormente mencionados, los recursos humanos (psicólogos/as) con los que podemos disponer desde nuestro organismo y la delimitación conceptual planteada anteriormente. De esta forma establecemos dos criterios de intervención fundamentales (a posteriori e inmediata) y por los cuales desarrollamos los niveles (0, I, II, III, IV):

1. Intervención a posteriori, (Nivel 0), esto implica que no es necesaria la presencia del Psicólogo/a en el lugar del suceso, pero se valora la necesidad de una intervención posterior (horas o días después), sería una fase post-impacto.

NIVEL 0

1. Pérdidas humanas por muerte natural.
2. Pérdidas humanas por muerte accidental con bajo número de fallecidos.
3. Pérdida materiales con bajo número de afectados.
4. No se valora impacto social.
5. No se valoran situaciones especiales (niños...).
6. No hay una situación de urgencia.
7. Intervención por el psicólogo/a de la ZTS correspondiente, en el momento que se considere oportuno.

En este nivel la valoración de la situación de la familia o personas afectadas será llevada a cabo por el psicólogo/a correspondiente al municipio, que tomará las decisiones necesarias en cuanto a la intervención ó derivación de los afectados. Entre las actuaciones generales a realizar destacamos:

- Evaluación situación familiar.
- Evaluación sintomatológica.
- Intervención directa en el proceso de duelo.
- Seguimiento y/o derivación de los casos.

2. Intervención inmediata, (Niveles I, II, III, IV), se activa el dispositivo de intervención en el nivel que corresponda y cuyas características pasamos a delimitar:

NIVEL I : Accidentes (de tráfico, laborales...)

1. Pérdidas humanas con un número aprox. de 3 fallecidos.
2. Pérdidas materiales que afectan a un grupo pequeño de personas.
3. Se valora que ha producido impacto social.
4. Hay recursos suficientes para dar respuesta.
5. No hay interferencias ni daños en los sistemas sociales.
6. Intervención desde el primer momento .
7. Número de psicólogos/as necesarios según se valore por parte del responsable.

NIVEL II: Emergencias (accidentes de autobuses, trenes...)

1. Número de pérdidas humanas elevado.
2. Pérdidas materiales que afectan a un importante grupo de personas.
3. Se valora que se ha producido un fuerte impacto social.
4. Recursos suficientes para dar respuesta.
5. Ruptura de la normalidad del sistema.
6. Intervención desde el primer momento.
7. Número de psicólogos/a necesarios, según se valore, sin agotar los recursos de la red (máx. 26).

NIVEL III: Desastres (accidentes múltiples de autobuses, inundaciones, atentados terroristas...)

1. Gran número de pérdidas humanas.
2. Pérdidas materiales que afectan a un gran número de personas.
3. Fuerte impacto social.
4. Puede no haber recursos suficientes, se excede la capacidad de respuesta de la población.
5. Rupturas y daños en la estructura social.
6. Intervención desde el primer momento.
7. Todos los profesionales de la red y otros externos.

NIVEL IV: Catástrofe (terremotos, fenómenos naturales...)

1. Gran número de pérdidas humanas.
2. Pérdidas materiales que afectan a un gran número de personas.
3. Se requiere de ayuda externa.
4. Estructuras sociales destruidas.
5. Fuerte impacto social.
6. Intervención desde el primer momento.
7. Número ilimitado de profesionales.

El planteamiento de la intervención inmediata para los niveles I, II, III y IV, trata de dar pautas lo más concretas posibles para abordar las situaciones que se pueden dar en un nivel I, donde la organización e intervención puede ser más controlable y por tanto, se pueden establecer más fácilmente determinadas actuaciones (fichas de recogidas de datos, localización de recursos y familiares, etc...) que son más difíciles de desarrollar a medida que avanzamos en los niveles.

En definitiva se trata de establecer todo lo que se puede hacer en las "*mejores condiciones*" que nos podemos encontrar y a partir de aquí utilizar este protocolo adaptándolo a las distintas circunstancias y niveles de intervención. Nuestro objetivo es facilitar el proceso por el que están pasando tanto damnificados como familiares y allegados, ante una situación de crisis y poder ayudar a la elaboración del duelo.

Una vez valorado el suceso, pasamos a activar el dispositivo de intervención en el nivel que proceda contactando con los técnicos correspondientes para darle la información general y la localización del suceso, asignando los roles y actuaciones a desarrollar cuando lleguen al lugar o lugares donde se encuentren los afectados de la manera más organizada posible.

Organización General del Suceso.

En estas circunstancias nos podemos encontrar que al llegar al lugar del suceso todo esté organizado en cuanto a la intervención que se va a realizar a nivel general, en cuyo caso nos adaptaremos y seguiremos directrices por parte del organismo responsable. Sin embargo también puede suceder (sobre todo en Accidentes) que no exista esta organización y por lo tanto tengamos que tomar parte de esta responsabilidad, en este caso el Responsable Técnico de la Intervención deberá llevar a cabo:

1. Coordinación con entidades y técnicos que estén interviniendo: recogida de información de técnicos de otros servicios y coordinación de aspectos fundamentales de planificación general.

2. Lugares y ámbitos de intervención: disposición del lugar, teniendo en cuenta los espacios con los que contamos, tipos de familias y necesidades. La variedad de escenarios donde podemos desarrollar nuestra intervención va a marcar las pautas a la hora de planificar y llevar a cabo la misma. Para facilitar, a la hora de intervenir, la localización del suceso, es recomendable conocer los recursos generales con los que contamos en nuestro ámbito de intervención (Anexo 3). Los lugares pueden ser tan diversos como:

- Domicilios familiares.
- Tanatorios, cementerios.
- Hospitales, residencias.
- Estaciones de trenes, autobuses, aeropuertos, carreteras...
- Albergues, colegios, campos de fútbol...
- Lugares de tramitación...

3. Organización de las actuaciones del Equipo de Apoyo Psicológico: en un primer momento, se realiza una asignación inicial de responsabilidades en función de las necesidades inmediatas. Se prioriza por parte del Responsable Técnico recoger lo antes posible la mayor cantidad de información y facilitar la organización del lugar y efectivos para ordenar, lo más racionalmente posible y según las posibilidades, todos los recursos disponibles.

4. Ficha general de datos (Anexo 1): un aspecto fundamental para la organización del trabajo es la implementación de las fichas de datos, tanto general como familiar, con el objetivo de poder informar en todo momento de cuestiones como la localización de familiares, parentescos, etc.

5. Reparto de trabajo y asignación de familias: una vez superado el estrés o revuelo inicial y las atenciones más urgentes, el grupo debe organizarse lo antes posible. Uno de los puntos más relevantes consiste en la asignación de familias y el reparto de otras tareas de apoyo externo, coordinación, adecuación de lugares, etc.

6. Selección de representantes familiares: destacamos la importancia de la selección de representantes de cada familia, por lo que pueden llegar a facilitar el trabajo de los técnicos, por la agilidad en las comunicaciones y la detección de necesidades, tramitaciones, recogida de información y organización en general. Estas personas de referencia de cada familia afectada desarrollarán una labor fundamental de mediación y puente de conexión entre los técnicos y los demás miembros de la unidad familiar. Es importante que sea una persona cercana a la familia, serena y que esté preparada en ese momento para desarrollar esta función.

7. Informar a los medios de comunicación: en situaciones tan delicadas es importante contemplar y prever la atención a los medios de comunicación. Si así fuera el caso, debe valorarse la forma y momento más adecuado posible. En este sentido, debemos tener en cuenta los deseos de las familias, por ejemplo: de hablar ante medios de comunicación o no, e incluso la de otros servicios sanitarios, protección civil, etc. La situación ideal es una decisión coordinada entre los distintos implicados en las que participará nuestro responsable técnico si es necesario.

Evaluación directa con las personas afectadas.

Una vez que el Técnico de Apoyo Psicológico se dispone a establecer el primer contacto con la familia, debe tener en cuenta, una serie de factores a evaluar (siempre que las circunstancias lo permitan) con el fin de aplicar una intervención lo más adecuada e individualizada posible según las peculiaridades de cada caso.

1. Identificación de familiares afectados que han sido asignados y valoración de la información con la que cuentan.

2. Ficha de datos familiares (Anexo 2)

3. Evaluación socio-familiar
- Situación actual de la familia
- Necesidades básicas (vivienda, abrigo...)
- Recursos socio-familiares
- Redes de apoyo social
- Localización de familiares y/o allegados

4. Valoración de las necesidades de intervención inmediata y situaciones especiales. En algunas ocasiones la presencia de poblaciones con características especiales como niños, personas mayores, en tratamiento, etc. deben ser tenidas en cuenta para aplicar protocolos de actuación adecuados a dichas características. Entre otras, especiales consideraciones para:

- Menores de edad.
- Personas mayores.
- Antecedentes de Salud Mental y tratamientos psicofarmacológicos (Anexo 4).
- Enfermedades y tratamientos especiales.
- Discapacitados (físicos, psíquicos y sensoriales).
- Minorías étnicas (costumbres, idiomas...).
- Otras situaciones.

5. Evaluación individualizada. Es importante que los casos individuales que resulten más problemáticos: familiares de primer orden, poblaciones especiales, etc. que por sus características requieran atención individual, sean evaluados dentro de lo que las circunstancias nos permitan, en los ámbitos señalados a continuación:

- Sintomatología: Psicosomática (dolor en el pecho, mareos, dolor cabeza...), Cognoscitivas (confusión, desorientación, concentración,...), Emocionales, (ansiedad, culpa, miedo, negación...), Conductuales (ira, aislamiento, intranquilidad, evitación, conductas autolesivas...), Estado de shock, Ataques de pánico etc...
- Estilos de afrontamiento.
- Necesidades y preocupaciones que puedan tener en este momento.
- Información recibida y demanda de información.
- Historia psico-social previa.

6. Pruebas tipificadas. Por las características propias de la intervención en crisis, no resulta operativo ni apropiado utilizar cuestionarios u otras pruebas de evaluación. Sin embargo sabemos que lo más adecuado sería poder operativizar la información recogida a efectos de valoración, intervención e investigación, con el objetivo de aumentar la calidad y eficacia de este tipo de intervenciones. Actualmente existen pruebas que se utilizan para evaluar en momentos posteriores (sintomatología, situaciones socio-familiares, etc...) como puede ser en el seguimiento o en tratamientos ambulatorios para ver la evolución y tratar las consecuencias derivadas de pasar por este tipo de eventos. A continuación en la Tabla 3 enumeramos algunas de las pruebas más importantes en este ámbito, para que puedan ser utilizadas en la situaciones o momentos que el técnico lo considere oportuno.

Tabla 3. Pruebas de evaluación

Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS; Davison & Neale, 1996)
Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta &Sarasua, 1997)
Escala para el Trastorno por Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (Clinician Administered PTSD Scale, CAPS) (Blake et al, 1990)
Cuestionario para la evaluación de los efectos tardíos de las lesiones por accidentes: secuelas físicas, psíquicas o sociales. (LEAIQ) (Malt, Blikra & Hoivik, 1989)
Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (APA, 2002)
Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q) (Endicot, Nee, Harrison & Blumenthal, 1993)
Escala de Desesperanza de Beck (Hopelessness Scale, HS)(Beck, Weisman, Lester & Trexler, 1974)
Inventario de Razones para Vivir (Reasons for Living Inventory, RFL) (Schotte & Clum, 1982)
Structures Clinical Interview for PTSD (SCID) (Spitzer, Williams & Gibbon, 1987)
Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) (Beck, Brown & Steer, 1997)
Inventario de Duelo Complicado. Revisado. Entrevista Clínica Estructurada para el Profesional (IDC-R-ECEP) (Prigerson et al, 1999)
Inventario de Duelo Complicado para Niños (Prigerson et al, 1999)
PTSD Symptom Scale Interview (PSS-I) y PTSD Symptom Scale-Self Report (PSS-SR) (Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993)
Impact of Event Scale (IES) (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979)

Intervención psicológica.

Al igual que en el apartado anterior, nos disponemos en este caso a enumerar las técnicas que pueden ser utilizadas en la intervención psicológica por parte de los Técnicos de Apoyo Psicológico diferenciando en tres apartados: técnicas de comunicación y habilidades, situaciones especiales con las que el técnico se puede encontrar y técnicas de intervención psicológica en situaciones de crisis y otras técnicas de intervención.

1. Técnicas de comunicación y otras habilidades.

- Contacto psicológico: escuchar, empatizar, invitar a narrar lo sucedido, contacto físico, facilitación del desahogo, etc. Actitud facilitadora si la persona es capaz de actuar en su propio beneficio o actitud directiva, si la persona no puede actuar en su propio beneficio.
- Informar a cerca de lo que está sucediendo de la manera más adecuada en cuanto a forma, tiempo y demandas que soliciten (es necesario que tenga información fiable de la situación como puede ser la localización del familiar, el estado en el que se encuentra...).
- Información de la normalidad de sus reacciones acerca de pensamientos, sentimientos y conductas que una persona puede tener ante una situación estresante de este tipo.

2. Situaciones especiales (Apartado 5.3.) y técnica de intervención psicológica para situaciones de crisis.

- Apoyo Psicológico en la identificación de cadáveres (acompañamiento y preparación en caso de que sea necesario).
- Dar malas noticias: en caso de que no tengan información alguna de un suceso como puede ser la muerte de un familiar.
- Informar a niños: dar las pautas necesarias a los familiares para que den información a los menores que estén implicados directa o indirectamente en un suceso.
- Primeros auxilios psicológicos. Técnicas fundamentalmente dirigidas a ofrecer seguridad y aliviar los síntomas de estrés agudo (irritabilidad, desrealización, aturdimiento, amnesia disociativa, etc). En definitiva intentar ayudar a reestablecer cuanto antes el afrontamiento a la situación que está viviendo la persona.

3. Otras técnicas de intervención psicológica

- Ayudar en la resolución de problemas inmediatos y toma de decisiones. Ayuda a priorizar, no tomar decisiones relevantes en ese momento, etc.
- Desactivación fisiológica, a través de técnicas de relajación (respiración diafragmática).
- Intervención conductual breve y counseling (en cuanto a culpa, elaboración de hipótesis causales, reproche...).
- Dar pautas y ayudar a recobrar el funcionamiento cotidiano y la normalización de roles en los días posteriores al suceso.
- Preparación y facilitación del proceso de elaboración del duelo y ceremonias de despedida.
- Reestructuración cognitiva y otras técnicas cognitivas.

Situaciones especiales

En este apartado tratamos de hacer referencia y dar pautas de actuación ante algunas situaciones con las que nos podemos encontrar y que requieren de un tratamiento especial a la hora de intervenir: comunicación de malas noticias, identificación de cadáveres, conductas autolíticas o suicidio y menores.

Comunicación de malas noticias

Dentro del nivel de la intervención inmediata, una de las tareas incluida como situación especial, es dar información sobre un suceso a las personas directamente implicadas. Para dar este tipo de noticias, previamente, debemos tener en cuenta algunos aspectos (siempre y cuando la situación nos lo permita):

1. Aspectos *previos* a tener en cuenta:

- ¿Qué ha ocurrido?, es decir debemos tener información fiable y lo más exhaustiva posible de lo que sucedió antes de ser comunicada.

- Características de la familia a la que vamos a dar la información (información que tienen sobre la situación, valoración de los componentes, sus dificultades y el estilo de afrontamiento, historia previa de situaciones similares, recursos que poseen).

- Características de la persona y/o allegados víctima del accidente, desastre, catástrofe: su estado, edad...

2. En el *momento de dar la noticia* es conveniente tener en cuenta las siguientes recomendaciones generales:

- Habilidades de comunicación en cuanto a nuestra actitud: escucha activa, empatía, no paternalismo.

- Evaluar el grado de información que poseen los familiares y concretamente la persona a la que nos dirigimos ¿qué sabe? y ¿qué quiere saber?

- Importancia del lenguaje no verbal: sujetar mano, tocar su hombro, contacto físico, importancia del silencio....

- Lenguaje verbal claro.

- Lugar lo más tranquilo que nos permita la situación.

- Es aconsejable que se informe de manera gradual: dirigirse progresivamente a la noticia para que la persona vaya encontrando la respuesta. No dar la información de manera abrupta, inmediata ni telegráfica.

- Realizar una descripción de lo ocurrido sin tecnicismos. Teniendo en cuenta las consideraciones oportunas en el caso de niños y/o personas con discapacidad.

- Valorar a quién: familiar, tutor. Evitar dar la información a un grupo de familiares simultáneamente, y dar la información a los miembros de mayor estabilidad psicológica.

- Cuidar la forma: relajado, animoso, en actitud de control y poder trasmitir cualquier información (eliminar angustia, sufrimiento, incertidumbre, dolor....)

- Dejar reaccionar, y esperar cualquier tipo de reacción (llorar, gritar, callar...)

- En los casos en que sea necesario esperar que pregunten.

- Entender la negación como una posible reacción y tomar una actitud de comprensión y empatía. Saber distinguir si se trata de una posible reacción o se trata de que la persona no está informada.

Apoyo Psicológico en el reconocimiento de cadáveres.

La identificación de cadáveres es uno de los momentos más difíciles por los que puede pasar una persona que ha perdido a un familiar o allegado. En estos casos, es importante desarrollar una serie de aspectos a tener en cuenta en caso de que sea necesario el apoyo del psicólogo/a en este momento.

1. Las funciones del psicólogo/a serán, básicamente:

- En un primer momento, ponernos a disposición de la policía judicial y equipo forense por si se estima oportuno nuestra participación con los familiares de las víctimas en lo que a recogida de información, comunicación de fallecimientos y reconocimiento de cadáveres se refiere. Coordinación de equipos.

- Siempre que sea posible, informar a los familiares sobre el procedimiento de actuación que se va a llevar a cabo en estos casos.

- Trasladar a las familias las incidencias que se produzcan en relación a su caso.

- Apoyar y facilitar a los familiares el desarrollo de habilidades necesarias para afrontar el proceso.

- Acompañamiento.

- Facilitar el inicio del duelo.

2. Aspectos a tener en cuenta en el reconocimiento de cadáveres:

Partimos del supuesto de un trabajo coordinado con el resto de equipos responsables (policía judicial, equipo forense, protección civil, salud, etc.). En el caso de estimar oportuno el reconocimiento de cadáveres por parte judicial y forense, el psicólogo/a puede facilitar esta difícil tarea con las familias de los afectados, colaborando en determinadas tareas que describimos a continuación.

- *Recogida de datos*: previo al reconocimiento se deberá solicitar a los allegados, una descripción de aspectos biométricos y/o antropométricos del familiar desaparecido, con el fin de facilitar la identificación. En esta función pueden seguirse las directrices comentadas previamente con el equipo forense y policía judicial o incluso acompañar a alguno de estos profesionales si así se nos requiere.

- *Diseño ambiental*: organización del espacio físico donde se realiza todo el proceso de identificación, desde el tiempo de espera hasta la salida de los familiares del lugar. Este es un aspecto importante a tener en cuenta debido a que una adecuada organización puede suavizar la experiencia, y si hay más familias en la misma situación, evitará el "efecto dominó" de las manifestaciones emocionales. Por ello, si es posible, procurar, por ejemplo: que la puerta de entrada y salida sean diferentes, habilitar espacios para las familias que proporcionen la intimidad necesaria, tanto en la espera como a la salida del reconocimiento del cadáver y evitar que se formen colas.

- *Identificación fotográfica*: el disponer de fotografías, sumado a la descripción física del familiar, posibilita ver solamente la foto que puede coincidir con él. Ello incrementará la eficacia en el reconocimiento y disminuye el coste emocional del que tiene que realizar el reconocimiento.

- *Visita previa del psicólogo/a* al lugar de identificación para recoger información, y para conocer a qué realidad va a enfrentarse cuando acompañe a los familiares si las circunstancias y los responsables lo permiten.

3. Aspectos procedimentales en el contacto con las familias.

- Información previa y recogida de datos del psicólogo/a: de la familia, del familiar desaparecido y del estado del proceso de identificación.

- Presentación a la familia especificando quiénes somos: cabe destacar la importancia en estos momentos de los aspectos no verbales de la comunicación, manifestando empatía y control. Informar que vamos a intentar facilitar las tareas a realizar y mantenerlos informados, y de la no obligatoriedad de aceptar nuestra ayuda.

- Si se acepta la ayuda, y hasta el momento en que se inicie el proceso de identificación del familiar, el psicólogo/a establecerá la relación con el grupo familiar, facilitando la expresión de sus emociones y expectativas.

- Será necesario designar el representante de la familia que realizará la identificación visual. El psicólogo/a podrá colaborar con la familia ayudando a elegir al encargado de realizar la identificación, si así fuera necesario, valorando, entre otros aspectos, el grado de cercanía con la víctima, la competencia para la tarea a realizar, y el deseo expreso de realizar la identificación.

- Puede resultar útil introducir alguna técnica de relajación para afrontar el reconocimiento.

- Prepararles para afrontar el momento del reconocimiento a través de fotografías u objetos personales y posteriormente de forma directa, explicando lo que van a ver con el objetivo de desensibilizar a la persona para que esté lo más preparada posible para exponerse al reconocimiento, si la situación así lo requiere.

- Reunión con los demás familiares en una sala con la intimidad necesaria, donde se pueda descargar la tensión de esos momentos.

- Preparar para trámites administrativos, recogida de objetos personales, etc...

Cuando no es posible la identificación visual (por no haber restos, ser estos muy pequeños, etc) por parte de los familiares, la labor del psicólogo/a será facilitar la aceptación de esta decisión. Si hay dudas sobre la autenticidad de los restos que se le proporcionan el psicólogo/a deberá ayudar en la reacción que puedan tener los familiares.

Otra circunstancia que se puede dar, dentro de la intervención en crisis, es cuando los familiares no han tenido ocasión de ver el cadáver y teniendo derecho legal a verlo, así lo solicitan, por querer realizar algún tipo de ceremonia de despedida (colocando algún objeto, por ejemplo). Para ello, el psicólogo/a deberá informarse de la posibilidad y conveniencia de llevar a cabo este acto, y valorar, entre otros aspectos:

- El estado del cuerpo.
- El estado emocional de la persona que quiere verlo.
- La petición que se esté dando (ver el cuerpo, incluir algún objeto...)
- Si el momento y el lugar son adecuados.

En los casos en que no esté clara la posibilidad de realizar tal actividad, deberá ayudar en la toma de decisiones a la familia, contando con la colaboración del representante familiar que actúe como mediador. Si no es posible se podrá dar opción a otro tipo de ritual, ayudando a consensuar con la familia cuál debe ser. Si se puede realizar el deseo de los familiares de ver al fallecido, el psicólogo/a deberá facilitar este momento con las mejores condiciones posibles (lugar, hora...) así como preparar a la persona y realizar el acompañamiento si es requerido por parte de la familia.

Hay que señalar en este apartado que el reconocimiento de cadáveres está supeditado a determinadas situaciones médico-legales que deben conocerse y respetarse en todo momento: levantamiento del cadáver, realización de autopsia, posible desconocimiento del motivo que causa el fallecimiento, etc. Por esta razón es fundamental coordinarse con el resto de equipos responsables de estos cometidos (policía judicial, forenses, etc.) que requerirán de nuestros servicios en el momento que consideren más adecuado.

Intervención con menores.

Una de las tareas mas importantes a desarrollar por parte del psicólogo/a en situaciones de crisis es la de asesoramiento a familiares sobre cuestiones relacionadas con el tratamiento de la información, que se le puede dar a un menor en estas circunstancias en cuanto a forma y contenido. Ante un suceso donde hay implicados menores ésta suele ser una de las mayores preocupaciones que presentan los familiares y que les causa gran angustia. Tratar esta cuestión y valorar la posterior intervención especializada, en caso de que sea necesario, suele tranquilizar a las familias en la mayoría de los casos.

Para ello describiremos un procedimiento de actuación a tener en cuenta cuando nos encontramos con menores implicados en un suceso:

1. Valorar la situación familiar y los niños que están implicados directa o indirectamente en la crisis.

2. Consensuar con los familiares qué persona es la más adecuada para dar la noticia (preferiblemente debe hacerlo el familiar más cercana al niño –a veces puede ser el psicólogo/a–). El papel del psicólogo/a debe ser el de aclarar preguntas y dudas sobre cómo dar la noticia, cómo abordar problemas posteriores y cuál debe ser la actitud de los familiares ante ellos.

3. Evaluar aspectos esenciales para posteriormente adaptar la manera de dar la información al niño:

- Edad del niño. Según la edad nos podemos encontrar distintas reacciones a tener en cuenta:

a) En los niños "*menores de 5 años"*, los síntomas son principalmente: berrinches, malestar físico, ratos de tristeza, exceso de actividad, falta de interés por las cosas, se pueden volver retraídos.

b) En niños "*de 5 a 11 años*", se pueden presentar: fobias, tristeza y ansiedad, malas conductas como mentir y robar, pérdida de apetito y de peso, frecuentes dolores de cabeza, comportamiento infantil (hacerse pis, hablar como un bebé...), imitación excesiva de la persona fallecida, negarse a ir a la escuela o a dejar a sus padres, querer quitarse la vida.

c) Los "*adolescentes*" pueden mostrarse: retraídos y cansados con problemas para comer y dormir, cambios importantes en el rendimiento escolar, abusar de sustancias tóxicas y hablar de hacer cosas peligrosas, cambiar repentinamente de amistades, mostrar hostilidad, querer suicidarse.

- Concepto, ideas, creencias y experiencias que tenga el niño sobre la muerte, que está a la vez ligado a la edad: si es temprana consideran la muerte como un hecho temporal, en estas edades hay que tener en cuenta el sentimiento de terror y sentimiento de culpa –por haberlo deseado en un momento–. Es a partir de los 6 años cuando comienza a comprender que la vida es limitada. No se debe poner ningún tabú, a la hora de hablar con ellos.

- Tipo de relación del fallecido con el niño. En este sentido hay también que tener en cuenta si es un hermano el sentimiento de celos "*por qué él y no yo*".

- En los días posteriores a la situación de crisis, es necesario valorar las reacciones del niño y determinar si son o no son normales, en función de la edad, intensidad, duración o cualidad. Esto nos dará información sobre la necesidad de pedir ayuda o no a un profesional. Se asesorará a la familia para ello, informándoles de cuales son las reacciones que pueden presentar los niños como respuestas normales a la situación, siempre que no sean excesivas o duren demasiado, indicándoles como deben actuar (Anexo, 5) y si es necesario deben pedir ayuda a un profesional.

Además también podemos contar para la intervención posterior con menores con una serie de materiales infantiles como cuentos (Tabla 4), que tanto a los familiares como a los técnicos nos pueden servir de ayuda para la elaboración del duelo con menores.

Tabla 4. Cuentos infantiles para la elaboración del duelo

Osito y su abuelo. Gray, N. & Cabban, V. (1999) (hospitalizaciones y muerte del abuelo)
Te echo de menos. Verrept, P. (2003) (muerte de la abuelita y pérdida de una amiga)
Mamá qué es el cielo. Shriver, M. (2000) (explica la muerte para todas las religiones)
Tom en el hospital. Bawin, M.A. & Le Masne, C. (1998) (para familiarizar al niño con el mundo sanitario y para aquellos que tienen que pasar por la experiencia de un ingreso sanitario)
Recuerda el secreto. Kübler-Ross, E. (1992) (dos amigos enfrentados a la realidad de la muerte)
Cuando los abuelos nos dejan. Ryan, V. & Alley, R.W. (2002)
Cuando estoy triste. Ante la pérdida de un ser querido. Mundy, M. (2001)

Conductas autolesivas, parasuicidas y suicidas.

Dentro de la intervención del psicólogo/a en situaciones de crisis, existen manifestaciones especialmente problemáticas en su manejo e identificación. Además sus consecuencias negativas, principalmente físicas, pueden dañar o lesionar a un individuo de forma considerable.

En algunas ocasiones, determinadas personas se dejan llevar por niveles elevados de angustia y ansiedad asociados a sentimientos de culpa o impotencia ante la muerte de un ser querido. Ante estas situaciones pueden responder con una pérdida de control que les lleva a auto-lesionarse de diversas formas.

Otras situaciones que en un menor número de ocasiones ocurren son las conductas autolíticas o suicidas y las conductas parasuicidas. Entendemos que el comportamiento autolítico o suicida es todo aquel que realiza un individuo para causarse su propia muerte de forma voluntaria e intencional. Por otro lado, la conducta parasuicida es el comportamiento o intento autolítico de bajo riesgo o letalidad, relacionado más con la llamada de atención o consecución de beneficios secundarios. Esto es, la persona realiza un intento débil de dañarse, quiere que parezca un intento de suicidio pero realmente no lo es, se trata, por norma general, de una llamada de atención.

Este tipo de conductas pueden presentarse en afectados, familiares y/o allegados a las personas víctimas de una situación de crisis. El psicólogo/a tendrá como objetivo el detectar posibles factores de riesgo así como valorar su comportamiento para poder intervenir en caso de que se considere oportuno en ese momento.

A. Principales factores de riesgo.

A continuación vamos a describir las características que nos podemos encontrar como factores de riesgo en cada una de las conductas mencionadas anteriormente así como los diagnósticos psiquiátricos que cursan con riesgo de ideación y conductas suicidas (Bobes, González y Sáiz, 1997; Kaplan y Sadock, 1996; Sarró y Cruz, 1991).

1. Factores de riesgo para conductas autolesivas:

- Ocurre más frecuentemente en varones.
- Haber sido o pensar que ha sido el responsable de un accidente.
- Sentirse culpable o impotente al no poder haber hecho nada por evitar un suceso traumático.
- Personas impulsivas y con problemas para controlar sus impulsos.
- Antecedentes personales de enfermedad mental u otras psicopatologías.

2. Factores de riesgo para conductas suicidas:

- Valoración de factores de riesgo familiares: antecedentes de suicidio en la familia.
- Valoración de factores de riesgo personales: psicológicos y psicopatológicos, presencia o ausencia de enfermedad somática y/o mental y tipo, y anteriores intentos de suicidio.
- Diagnósticos de trastornos del estado de ánimo, alcoholismo, esquizofrenia y otras psicosis, demencias y enfermedades crónicas dolorosas.
- Impulsividad.

3. Factores de riesgo de las conductas parasuicidas:

- Necesidad de llamar la atención.
- Antecedentes de intentos previos.
- Nivel bajo de madurez intelectual y emocional.
- Personas extrovertidas, egocéntricas, histriónicas, etc.

4. Diagnósticos psiquiátricos que cursan con riesgo de ideación y conducta suicida. (Diagnósticos según DSM_IV-TR)

- Demencia tipo Alzheimer.
- Demencia vascular.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Esquizofrenia y otras psicosis.
- Trastornos de personalidad.
- Trastornos relacionados con sustancias.

B. Valoración e intervención del comportamiento

Independientemente de que los factores de riesgo se cumplan o no, es conveniente realizar una valoración de posibles tentativas y consecuencias que conllevan este tipo de comportamientos en momentos tan delicados. A continuación, recogemos algunos aspectos a tener en cuenta en la valoración e intervención por parte del psicólogo/a (Bobes, González y Sáiz, 1997; Kaplan y Sadock, 1996; Sarró y Cruz, 1991).

1. Conductas autolesivas.

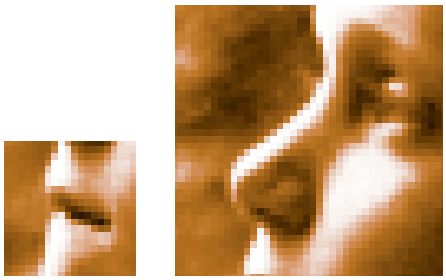
- Suelen requerir contención y tratamiento farmacológico por lo que informaremos debidamente al Servicio de Salud correspondiente.
- Valorar presencia de cuadro de agitación psicomotriz y solicitar presencia de servicios médicos.
- Una vez realizada la contención dejar tiempo de recuperación y centrar la atención en los motivos que llevaron al acto o si fue un acto impulsivo (culpabilización, reproche a su actuación, etc.), dejar que la persona se desahogue, hable de lo que piensa y siente.
- No deben buscarse respuestas o explicaciones en este momento, hay que posponer decisiones, explicaciones, teorías e impulsos de autolesión.
- Si el comportamiento autolesivo es grave o muy resistente, la elección es la contención urgente y derivación al servicio sanitario correspondiente para su valoración de ingreso.
- Si la conducta autolesiva es estereotipada, repetitiva pero poco resistente a la contención y leve, suele utilizarse supervisión permanente y tratamiento farmacológico.

2. Conductas autolíticas o suicidas.

- Valorar tipo de intento, letalidad, tipo de idea suicida, ideas sobre la muerte, métodos para consumar la idea suicida, grado de planificación, conflictos psicosociales, antecedentes, etc.
- Valorar necesidad de tratamiento farmacológico, métodos de contención, ingreso urgente y/o responsabilidad familiar permanente.
- Dejar a la persona que exprese sus ideas, no evitar hablar sobre lo ocurrido, utilizar técnicas de posposición del evento suicida, adquirir compromiso de no suicidio en ese momento, búsqueda de alternativas, técnicas de afrontamiento y resolución de problemas.
- Tener siempre en cuenta que independientemente del tratamiento posterior, en el caso de un intento autolítico serio, siempre debe de optarse por una de estas dos soluciones: derivar a Salud para valoración de ingreso urgente en unidad de agudos y/o elaboración de informe haciendo constar el riesgo y la necesidad de vigilancia permanente por parte de su tutor o familiares más cercanos. El contacto con la familia debe incluir la psicoeducación sobre pautas de actuación familiar ante este tipo de situaciones.
- A pesar de esto, nuestra actuación de elección o prioritaria será la derivación al sistema sanitario, 061 o urgencias de hospital.

3. Conductas parasuicidas.

- Valorar tipo de intento, letalidad, tipo de idea parasuicida, grado de planificación, motivos, posibilidad de llamada de atención etc.
- Apartar al sujeto de focos de atención que puedan retroalimentar su comportamiento. Intentar hablar y solucionar aquellas situaciones cotidianas y/o interpersonales que puedan estar relacionadas con estas conductas.
- Informar sobre los riesgos potenciales de las mismas. Corresponsabilizar al implicado de la importancia de su colaboración en estos momentos (darle alguna responsabilidad personal que pueda suponerle un poco de protagonismo y que por tanto, sea incompatible con la conducta parasuicida).
- Psicoeducación a familiares y allegados para dar pautas de actuación ante señales de llamada de atención o de intento de ejecución de este tipo de comportamiento.
- En caso de duda sobre su potencial peligrosidad o letalidad actuar como si se tratara de una conducta autolítica y plantearse la intervención y/o derivación a Servicios Sanitarios y/o la corresponsabilidad familiar.



Post-impacto y seguimiento familiar y/o individual

Una vez desarrollada la intervención en crisis, se hace necesario continuar la labor de afrontamiento en la fase de post-impacto con el seguimiento, cuyo objetivo será valorar e intervenir y/o derivar al servicio especializado, si es necesario, según la evolución de las personas, familias, comunidad y todos los afectados por la situación de crisis. Este seguimiento, respeta los principios rectores de la intervención en situaciones de crisis que establece Inbar para esta fase: proximidad, inmediatez, expectación y de construcción, manteniendo el propósito de normalizar el funcionamiento cognitivo, emocional y conductual de los sujetos afectados.

Además este autor también hace referencia al principio de la "*pro-actividad",* así como, al concepto de *"reaching out"* ambos importantes y a tener en cuenta en esta fase de la intervención. El principio de pro-actividad enfatiza la importancia de acercarse diligente y eficazmente a aquellos afectados directos o indirectos en vez de esperar que ellos se presenten espontáneamente y pidan ayuda. Debemos recordar que algunas personas no presentan síntomas o manifestaciones "anormales" a corto plazo, en la etapa inmediata al impacto, pero sí posteriormente. El concepto de "*reaching out*" (Inbar, 1995) corresponde a una estrategia social y comunitaria dirigida a identificar y acercar asistencia psicológica a aquellos que pudieran necesitar apoyo, la cual debe tener continuidad (por lo menos durante 18 meses), y accesibilidad (esto es, que la gente pueda alcanzar y utilizar los recursos sociales disponibles).

Si en la fase de impacto el lugar donde se lleva a cabo la intervención es imprevisible, en esta fase sin embargo, además de poder ser en el Centro de Servicios Sociales, oficina de trabajo, contextos informales etc., algunos autores (Worden, 1991 y Parkes,1980) plantean las visitas domiciliares como el contexto más adecuado para hacer un asesoramiento en situaciones de duelo. Este acercamiento del servicio al usuario puede facilitar, en un primer momento, el seguimiento en aquellos casos en los que se considere necesario, siendo en un contexto formal donde puede ser más apropiado el asesoramiento psicológico en situaciones de crisis.

El proceso será, en un primer momento, (si las circunstancias lo permiten) una primera reunión de manera inmediata, días después del suceso, con todos los representantes familiares, que si es posible, serán los mismos que en la intervención inmediata. Si no es posible se intentará localizar a aquel familiar o allegado cuya entereza le permita seguir manteniendo un funcionamiento normalizado. Su cometido en esta etapa, será el de actuar de enlace con los afectados para transmitir información importante y/o urgente, detectar casos anómalos dentro del grupo familiar y, en general, detallarnos todos aquellos datos relevantes de los miembros de la familia (situación económica, integración social, antecedentes de salud, afrontamiento anterior de situaciones estresantes similares, etc...). Los objetivos que nos planteamos con esta reunión serán:

- Informar sobre la función del servicio de atención psicológica del equipo de servicios sociales y de otros técnicos que lo forman (Trabajadores Sociales y Educadores Sociales).
- Recopilar información del estado anímico de cada uno de los familiares.
- Informar sobre las reacciones normales en situación de duelo, de manera que tengan la posibilidad de hacer una valoración, aunque no muy especializada, de conductas familiares que se desvíen significativamente de la norma.
- Recomendaciones a seguir para una buena elaboración del duelo, facilitando materiales orientativos. (Anexo, 6)
- Sondeo de preocupaciones de los representantes respecto a sus familias.
-Otros temas importantes o urgentes a tratar pueden ser: actuación coordinada de las familias (por ejemplo: interposición de denuncia, si así fuera el caso), implicaciones legales (por ejemplo: derechos y obligaciones que les afecten), implicaciones judiciales (por ejemplo: inicio de trámites judiciales), burocráticas (recogida de los efectos personales de víctimas, etc.), en las cuales se orientará y derivará al servicio que corresponda.

Normalmente en esta etapa es a partir de la primera semana cuando se inicia un asesoramiento psicológico, esto puede variar en función de cada situación. En algunos casos tienen que pasar meses (dos o tres), para identificar ciertos pensamientos, actitudes o reacciones disfuncionales que no aparecieron en la primera intervención. Posteriormente, un seguimiento más a largo plazo (tras un año) para evaluar sintomatología que aún persiste y efectividad de actuaciones realizadas.

La detección y reconocimiento de aquella sintomatología asociada a situaciones traumáticas es un objetivo prioritario en esta fase. En este momento de la intervención es importante tener en cuenta aspectos como: predictores de un duelo complicado, síntomas que se pueden presentar tras un suceso traumático y principios a tener en cuenta en el asesoramiento.

1. Podemos considerar *predictores* de malos resultados o de un posible duelo complicado, los siguientes:

- Muertes repentinas o inesperadas; circunstancias traumáticas de la muerte (suicidio, asesinato).
- Pérdidas múltiples; pérdidas inciertas (no aparece el cadáver).
- Muerte de un niño, adolescente, (joven en general).
- Personas en edades tempranas o tardías de la vida.
- Muerte tras una larga enfermedad terminal.
- Personas demasiado dependiente; relación ambivalente con el fallecido.
- Historia previa de duelos difíciles; depresiones u otras enfermedades mentales.
- Tener problemas económicos; escasos recursos personales como trabajo etc...
- Poco apoyo sociofamiliar real o sentido; alejamiento del sistema tradicional socio-religioso de apoyo (emigrantes).

De la misma forma, también podemos tener en cuenta como predictores aquellas características individuales que favorecerán la efectividad o no del afrontamiento. Estamos refiriéndonos en este caso a dimensiones de la personalidad como son:

- La implicación positiva del sujeto en su mejoría mediante un correcto estilo atribucional.
- El locus de control o la sensación del individuo de influir en el entorno social.
- La flexibilidad o actitud abierta para percibir la perspectiva más constructiva de la situación, como una nueva oportunidad de crecimiento y desarrollo.

2. La *sintomatología* que se puede presentar tras la exposición a un acontecimiento traumático según nos indica el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV TR, (APA 2002), es:

- Sensación subjetiva de embotamiento.
- Desapego o ausencia de reactividad emocional.
- Reducción del reconocimiento de su entorno.
- Desrealización.
- Despersonalización.
- Amnesia disociativa.
- Reexperimentación persistente del acontecimiento.
- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma, (ausentes antes del trauma).
- Síntomas persistentes de aumento del estado de alerta (ausentes antes del trauma).

3. Si seguimos los *principios de asesoramiento en el duelo* que realiza Worden, (1991)a la hora de elaborar una situación de duelo agudo nos encontramos con diez principios fundamentales:

- Principio 1: ayudar al superviviente a hacer real la pérdida.
- Principio 2: ayudar al superviviente a identificar y expresar sentimientos (enfado, culpa, ansiedad e impotencia, tristeza...).
- Principio 3: ayudar a vivir sin el fallecido.
- Principio 4: facilitar la recolocación del fallecido.
- Principio 5: dar tiempo para elaborar el duelo.
- Principio 6: interpretar la conducta “normal”.
- Principio 7: permitir las diferencias individuales.
- Principio 8: dar apoyo continuado.
- Principio 9: examinar las defensas y estilos de afrontamiento.
- Principio 10: identificar patologías y derivar.

Además de estos principios a tener en cuenta a la hora de intervenir también podemos describir algunas tareas específicas que realizar: posibilitar la exteriorización del dolor, legitimidad de los síntomas experimentados, disminuir el estrés de amenazas psicológicas, detectar distorsiones cognitivas, aprovechar el beneficio de la cohesión familiar, informar de los síntomas típicos en casos de duelo, detectar síntomas atípicos, fundamentar la importancia de implicarse activamente en la elaboración de la situación de duelo, y resolución de dudas puntuales.

Tras un asesoramiento individual y/o familiar a los afectados, es conveniente valorar la posibilidad de hacer asesoramiento en grupo, siendo esta una manera efectiva de ofrecer apoyo emocional y social. El poder expresar en confianza el dolor será lo más necesario para los afectados; parte de la tensión y estrés acumulados se irán disipando en este entorno conforme transcurra el tiempo. A la hora de crear este grupo hay que tener en cuenta aspectos como: la homogeneidad de sus miembros (reunir a personas que han pasado por la misma situación, padres, viudas...), que haya pasado un tiempo considerable (cinco o seis semanas) para que la persona esté preparada, establecer reglas básicas para que se sientan seguros etc...

Esta tarea psicoeducativa y de asesoramiento, a nivel individual, familiar y grupal, parece reducir considerablemente las sensaciones de estrés, confusión y ansiedad que suelen producirse dentro de la estructura familiar y que pueden llegar a desarticularla, ayudando de manera significativa en la recuperación de las víctimas. En todo caso, destacar la necesidad de un enfoque colaborador, donde tanto víctima como técnico compartan información relevante, en una y otra dirección, facilitando de esta manera el beneficio del asesoramiento y apoyo.

El cuidado de los técnicos. Apoyo psicológico a los miembros del equipo de intervención

Los psicólogos/as u otros miembros del equipo de intervención en crisis pueden experimentar una serie de dificultades (Organización Panamericana de Salud, 2002) por su exposición a las situaciones vividas al regresar a su vida cotidiana, así, nos podemos encontrar: conflictos familiares, tristeza y cambios de humor, deseo de mantener contacto con otros compañeros o víctimas de la crisis, sentimiento de inquietud, aburrimiento al volver al trabajo rutinario, irritabilidad, conflictos con algunos compañeros de trabajo, etc.

Estas dificultades no deben ser consideradas, necesariamente, como síntomas o expresión de enfermedad, son reacciones normales frente a sucesos anormales o inhabituales. Las mismas, pueden durar días, semanas o meses y tienden a disminuir de forma gradual y requerirán, sobre todo, de apoyo y acompañamiento familiar y social.

En ocasiones, las reacciones experimentadas por los miembros del equipo pueden ser más graves, siendo vulnerables a padecer síntomas de estrés por su implicación directa en las situaciones vividas.

Algunas de las "*reacciones*" que pueden sufrir los miembros de un equipo de intervención en crisis son:

- Sensación subjetiva de embotamiento, ausencia de realidad, sentirse aturdido, no poder recordar aspectos importantes del acontecimiento traumático.
- Reexperimentación del acontecimiento traumático: pesadillas, recuerdos recurrentes.
- Intentos de evitar estímulos asociados con la situación vivida.
- Disminución de la capacidad de respuesta al mundo exterior, sensación de alejamiento de los demás.
- Aumento de la activación, irritabilidad, dificultades para conciliar y mantener el sueño.
- Síntomas de ansiedad y depresión, pérdida de motivaciones en la vida.

Existen una serie de "*factores de riesgo*" que agravan o predisponen la aparición de problemas psicológicos:

- Incluir en el equipo de intervención a personas que no disponen de las habilidades suficientes ni han recibido la formación adecuada.
- Estar expuestos en su vida a otras situaciones estresantes, como separaciones, problemas laborales, etc.
- Antecedentes de trastornos físicos o psicológicos.
- Exposición muy continuada durante la intervención a condiciones de estrés muy intensas (visión de cadáveres –especialmente– de niños, identificación personal con la víctima, etc.)
- El tipo de situación de crisis (accidente, emergencias, desastres y/o catástrofe), el impacto social, la ruptura de las estructuras y las redes sociales implicadas afecta de forma diferente a los miembros del equipo.
- Problemas de coordinación y organización: rigidez en las normas y límites, demandas elevadas de trabajo, indefinición de roles o funciones en los diferentes miembros del equipo, descoordinación entre equipos de intervención de distintas instituciones, errores cometidos durante la intervención, etc.
- Presencia de personas conocidas o familiares entre las víctimas directas.
- La presencia masiva de los medios de comunicación social y curiosos pueden afectar emocionalmente a los miembros del equipo.

Por todas estas razones, la atención psicosocial con los miembros de un equipo de intervención es fundamental para un adecuado manejo de la situación de crisis, así como para prevenir posibles dificultades o síntomas de estrés a corto, medio o largo plazo.

A continuación y basándonos en Fernández (1999) y Sánchez (2003), pasamos a comentar algunas sugerencias u orientaciones a tener en cuenta por los responsables y miembros de un equipo de intervención en crisis antes, durante y después de una intervención.

Orientaciones a tener en cuenta antes de la intervención en crisis.

- Definir claramente las funciones y perfiles de intervención, así como tener una adecuada formación y las habilidades necesarias.
- Establecer previamente una adecuada distribución y organización del equipo de trabajo: rotación de roles y funciones, organización de tiempos de trabajo y una adecuada distribución de los recursos.
- Garantizar una adecuada información de todo lo ocurrido a los miembros del equipo.
- Valorar el estado emocional antes de la intervención.

Orientaciones durante la intervención en crisis.

- Durante la intervención en crisis, cuidarse físicamente y comer frecuentemente en pequeñas cantidades.
- Valorar el estado emocional durante la intervención; si detectamos que alguno de los miembros del equipo está manifestando una reacción estresante, es aconsejable según Fernández (1999) seguir la siguiente secuencia de intervención: apartar al personal afectado del lugar de trabajo, preguntarle por su estado, realizar una escucha activa, asegurarle que su estado es normal para la situación que está viviendo, darle apoyo y elogiar su esfuerzo y proporcionarle descanso o cambiarle de tarea si se ve aconsejable.
- Respetar y comprender las posibles reacciones y sentimientos, como la irritabilidad, que puedan experimentar algunos miembros del equipo.
-Mantener un buen clima grupal, dando muestras de compañerismo, manifestando apoyo, tolerancia y reconocimiento mutuo (si es posible, trabajar por parejas).
- Establecer reuniones en cada cambio de equipo para intercambiar información.
- Mostrar autoconfianza en las capacidades personales y en la de todos los miembros del equipo y tener el convencimiento de la importancia de la labor que se está realizando.
- Mantener las rotaciones en el lugar de trabajo; en los lugares estresantes, los intervinientes no deberían permanecer más de dos horas seguidas (depósitos de cadáveres), cuando se trate de dar apoyo a los familiares por pérdidas de seres queridos, el personal no debería realizar estas tareas durante más de cuatro horas.
- Establecer períodos de descanso (15 o 30 minutos cada dos horas).

Orientaciones y técnica de intervención después de la intervención en crisis.

- Informar a los familiares de los miembros del equipo de las posibles reacciones que se pueden experimentar.
- Realizar ejercicios físicos y de relajación, regresar a la rutina lo antes posible, descansar y dormir lo suficiente, alimentarse de forma equilibrada, no abusar del alcohol u otras sustancias, buscar compañía y hablar con otras personas, compartir sentimientos y pensamientos de lo ocurrido, participar en actividades familiares y sociales, analizar y asimilar lo ocurrido como una experiencia de vida.
- En cuanto sea posible, una vez terminado el trabajo y antes de volver a la vida cotidiana o en las primeras 24 horas, es aconsejable practicar la técnica de intervención conocida como *"desmovilización" o "defusing",* que consiste en establecer una reunión de grupo entre los miembros del equipo donde se favorezca narrar los hechos vividos, hablar sobre los sentimientos experimentados, informar y dar pautas de actuación acerca de los posibles síntomas o reacciones que se pueden sufrir. En estos encuentros un principio básico es el evitar que los participantes se intercambien críticas, suele darse en grupos pequeños (6-15) dirigida por uno o dos psicólogos/as y la duración es de 20 minutos a una hora.
- Intervención psicológica tras las primeras 24-72 horas. Aplicar la técnica de intervención conocida como *"debriefing"*; es una estrategia grupal de apoyo psicológico altamente estructurada, es una reunión formal basada en principios de intervención en crisis y educacionales más que terapéuticos, la dirección del grupo requiere de un dominio y conocimiento previo de las estrategias que se ponen en marcha, es conveniente que asistan todos los participantes, aunque es importante separar a los participantes según su nivel de exposición al incidente. Los objetivos son aliviar el estrés sufrido tras el incidente, animar en la expresión de sentimientos, pensamientos y reacciones diversas, favorecer el apoyo intra-grupal, prevenir secuelas psicopatológicas futuras, normalizar todo lo expresado, detectar a las personas más afectadas y facilitarles el contacto con profesionales de salud mental.

Esta técnica no está exenta de críticas y para que se pueda realizar con ciertas garantías de éxito, debe estar dirigida por un coordinador con dominio de estrategias de comunicación, el grupo tiene que tener una estructura previa, un alto nivel de profesionalidad y competencia y un buen nivel de preparación para las tareas que se vayan a realizar.

- Intervención psicológica a medio-largo plazo: asesoramiento psicológico o psicoterapia para aquellas personas que lo requieran.
- Seguimiento: revisión y evaluación de los casos individuales para asegurar que mantiene una progresión en su tratamiento e identificar reacciones retardadas.

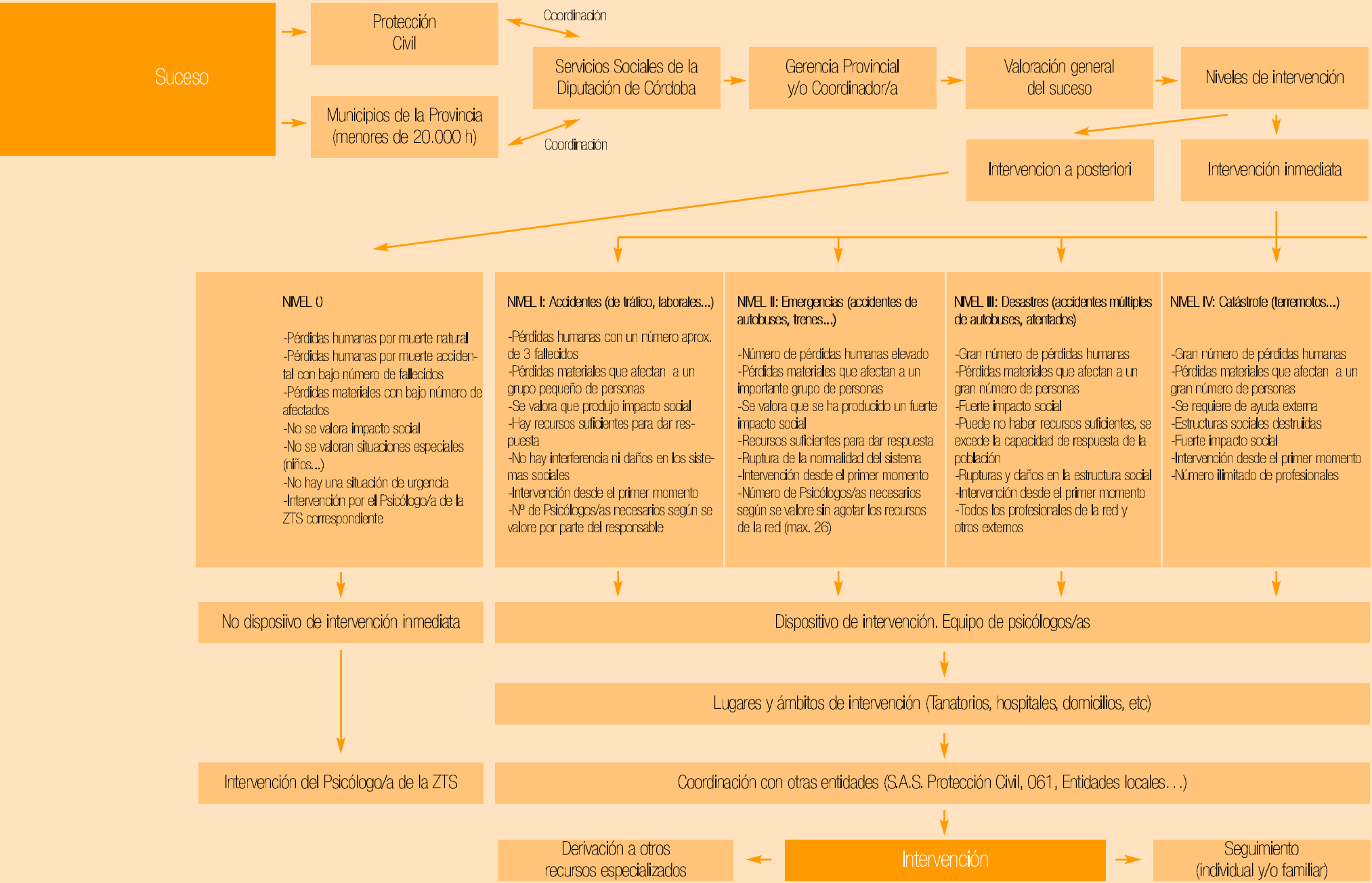
Evaluación global y valoración de la intervención

Si las intervenciones psicológicas en los accidentes, emergencias y catástrofes son actuaciones relativamente novedosas dentro de las funciones que desarrollamos los psicólogos/as, aún más recientes y poco tratados en la literatura científica son el análisis y la valoración que se realiza de este tipo de intervenciones.

Para demostrar la eficacia de cualquier tipo de tratamiento es fundamental plantearse mecanismos de evaluación y valoración interna que constaten los efectos positivos de dicha intervención y que faciliten información y retroalimentación de aspectos a mejorar o a tener en cuenta.

Por estos motivos elaboramos un cuestionario (Anexo 7) que recoge información de los técnicos relacionada con aspectos generales, organizacionales y específicos de las intervenciones que se han realizado. El objetivo fundamental de esta recogida de datos es hacer una valoración posterior de la intervención para detectar dificultades que han tenido, reforzar los aspectos positivos y proponer alternativas que puedan paliar algunos de los problemas planteados.

Resumen del procedimiento de actuación


Suceso
Protección Civil
Municipios de la Provincia (menores de 20.000 h)
Coordinación
Coordinación
Servicios Sociales de la Diputación de Córdoba
Gerencia Provincial y/o Coordinador/a
Valoración general del suceso
Niveles de intervención
Intervencion a posteriori
Intervención inmediata
NIVEL 0
-Pérdidas humanas por muerte natural
-Pérdidas humanas por muerte accidental con bajo número de fallecidos
-Pérdidas materiales con bajo número de afectados
-No se valora impacto social
-No se valoran situaciones especiales (niños...)
-No hay una situación de urgencia
-Intervención por el Psicólogo/a de la ZTS correspondiente
NIVEL I: Accidentes (de trático, laborales...)
-Pérdidas humanas con un número aprox. de 3 fallecidos
-Pérdidas materiales que afectan a un grupo pequeño de personas
-Se valora que produjo impacto social
-Hay recursos suficientes para dar respuesta
-No hay interferencia ni daños en los sistemas sociales
-Intervención desde el primer momento
-Nº de Psicólogos/as necesarios según se valore por parte del responsable
NIVEL II: Emergencias (accidentes de autobuses, trenes...)
-Número de pérdidas humanas elevado
-Pérdidas materiales que afectan a un importante grupo de personas
-Se valora que se ha producido un fuerte impacto social
-Recursos suficientes para dar respuesta
-Ruptura de la normalidad del sistema
-Intervención desde el primer momento
-Número de Psicólogos/as necesarios según se valore sin agotar los recursos de la red (max. 26)
NIVEL III: Desastres (accidentes múltiples de autobuses, atentados)
-Gran número de pérdidas humanas
-Pérdidas materiales que afectan a un gran número de personas
-Fuerte impacto social
-Puede no haber recursos suficientes, se excede la capacidad de respuesta de la población
-Rupturas y daños en la estructura social
-Intervención desde el primer momento
-Todos los profesionales de la red y otros externos
NIVEL IV: Catástrofe (terremotos...)
-Gran número de pérdidas humanas
-Pérdidas materiales que afectan a un gran número de personas
-Se requiere de ayuda externa
-Estructuras sociales destruidas
-Fuerte impacto social
-Intervención desde el primer momento
-Número ilimitado de profesionales
No disposiivo de intervención inmediata
Dispositivo de intervención. Equipo de psicólogos/as
Lugares y ámbitos de intervención (Tanatorios, hospitales, domicilios, etc)
Intervención del Psicólogo/a de la ZTS
Coordinación con otras entidades (S.A.S. Protección Civil, 061, Entidades locales. . .)
Derivación a otros recursos especializados
Intervención
Seguimiento (individual y/o familiar)

conclusiones

A lo largo de este documento de trabajo hemos abordado, desde el punto de vista técnico, las actuaciones en situaciones de emergencias producidas en el ámbito socio-comunitario de nuestra provincia. Para este fin, partimos de los recursos e infraestructuras de las que disponemos actualmente en Servicios Sociales, para atender las problemáticas más habituales que nos estamos encontrando (los anteriormente descritos como nivel 0, I y II de intervención), así como para su posible utilización en situaciones más graves (niveles III y IV).

Este protocolo recoge diferentes posibilidades que nos podemos encontrar en situaciones tan imprevisibles, sirviendo de guía a los técnicos que deben desarrollar el trabajo de la manera más organizada posible, siendo ésta una de las medidas que pueden garantizar un servicio de calidad y eficacia tanto para el ciudadano como para los agentes de la intervención.

No cabe duda que en esta labor psicosocial pretendemos ser un eslabón más de la cadena de intervención que se debe realizar desde las distintas entidades y profesionales. Es de gran importancia en la intervención en emergencias incorporar nuevos perfiles que complementen el servicio prestado a los afectados de forma que cubran todas las áreas personales básicas (seguridad, protección, salud, bienestar psicológico y social...). En este sentido, la coordinación entre las distintas entidades, tanto públicas como privadas, es imprescindible para un buen funcionamiento y atención al ciudadano.

Por otro lado, es importante resaltar que en este trabajo nos hemos centrado fundamentalmente en la fase de impacto de una emergencia, siendo a su vez la actuación en la que existe menos investigación en cuanto a tratamiento psicológico se refiere por las limitaciones que requiere el llevar a cabo una investigación experimental. Sin embargo, desde este documento pretendemos contribuir al avance en este área en la validación de procedimientos eficaces aplicados a este tipo de situaciones.

A partir de aquí queremos poner a prueba este protocolo y continuar trabajando en otras fases importantes previas (preadvertencia y advertencia) como es la prevención mediante la preparación del ciudadano en general y en particular con los que se encuentren en situaciones de riesgo, a través de proyectos de prevención. En la misma línea, seguiremos ampliando nuestro trabajo en la fase de post-impacto con el fin de ofrecer un servicio de asesoramiento e intervención en duelo así como de otros recursos propios con los que contamos desde Servicios Sociales.

Hasta aquí hemos pretendido desarrollar un primer trabajo de intervención en esta área de la psicología, aplicada al campo socio-comunitario con el fin de atender desde nuestra red de Servicios Sociales las nuevas necesidades que se nos plantean desde el ámbito local en una sociedad cambiante en la que nuestra cercanía con el ciudadano es crucial para esta labor.

bibliografía

American Psychiatric Association, A.P.A. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR.* Barcelona: Masson.

Bawin, M.A. & Le Masne, C. (1998). *Tom en el hospital*. Madrid: Combel Editorial.

Beck, A.T., Brown, G.K. & Steer, R.A. (1997). Psychometric characteristics of the scale for Suicide Ideation with psychiatric out patients. *Behaviour Research & Therapy, 35*, 1039-1046.

Beck, A.T., Weisman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 42*, 861-865.

Blake et al (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-1. *The Behavior Therapist, 13*, 187-188.

Bobes, J., González, J.C. & Sáiz, P.A. (1997). *Prevención de las con - ductas suicidas y parasuicidas.* Barcelona: Masson.

Britton, N. R. (1986). Developing and understanding of disaster. *Australian & New Zeland Journal of Sociology, 22,* 254-271.

Cortés, E. G. (2003). La percepción psicológica del riesgo y el desastre. *Cuadernos de Crisis, nº 2,* vol.1. w.w.w.cuadernosdecrisis.com.

Davison, G.C. & Neale, J.M. (1996). *Abnormal Psychology*. New York: John Wiley & Sons.

De Nicolás, L., Artetxe, A. I., Jauregi, A. & López, S. (2000). *Intervención psicológica en situaciones de emergencia y desastres*. Vitoria: Ed. Gobierno Vasco.

Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta, 23,* 503-526.

Endicot, J., Nee, J., Harrison, W. & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q): A new measure. *Psychopharmacology Bulletin, 29*, 321-326.

Fernández, J. M. (1999). *Manual práctico de apoyo psicológico en situaciones de emergencia.* Grupo Editorial Universitario.

Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V. & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatics Stress, 6*, 459-474.

García-Renedo, M. (2003). *La intervención del psicólogo: papel del psicólogo*. Tesis de licenciatura. Universitat Jaume I.

García-Renedo, M. & Gil-Beltrán, J. M. (2004). Aproximación conceptual al desastre. *Cuadernos de crisis, nº 4.* vol 1, w.w.w.cuadernosdecrisis.com.

Gray, N. & Cabban, V. (1999). *Osito y su abuelo*. Barcelona: Ed. Timun Mas.

Horowitz, M.J., Wilner, N. & Álvarez, W. (1979). Impacts of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine, 41*, 209-218.

Inbar, J. (1992). Erosión psicológica comunitaria. *Perspectivas sistémicas, 34*.

Inbar, J. (1994). Estrategias de intervención psicológica en situaciones de crisis masivas (primera parte). *Perspectivas sistémicas, 34.*

Inbar, J. (1995). Estrategias de intervención psicológica en situaciones de crisis masivas (segunda parte). *Perspectivas sistémicas, 35*.

Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1996). *Manual de psiquiatría de urgencias*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Kübler-Ross, E. noventaydos. *Recuerda el secreto*. Barcelona: Luciérnaga.

Ley 2/1985, de 21 de enero, sobre *Protección Civil*. BOE nº 22 del 25 de enero.

Ley 2/1988, de 4 de abril, de *Servicios Sociales de Andalucía*. BOJA nº 29 del 12 de Abril.

Ley 2/2002, de 11 de noviembre, de *Gestión de emergencias en Andalucía.* Boja nº 138 del 26 de noviembre.

Malt, U.F., Blikra, G. & Hoivik, B. (1989). The late effect of accidental injury questionnaire (LEAIQ). *Acta Psychiatrica Scandinavica, 80*, 113-130.

Mundy, M. (2001). *Cuando estoy triste. Ante la pérdida de un ser querido*. Madrid: Ed. San Pablo.

Organización Panamericana de Salud (2002). *Protección de la Salud Mental en situaciones de desastres y emergencias.* Washington, D.C.: Publicación de la Organización Panamericana de Salud. Serie Manuales y Guías sobre Desastres nº 1.

Parkes, C. M. (1998). Bereavement counselling: does it work?. *British Medical Journal, 281*, 3-6.

Patronato Provincial de Servicios Sociales de Córdoba (2004). *Plan Anual Provincial de Servicios Sociales*

Plan Territorial de Emergencias de Andalucía (1998). BOJA nº 138 de 26 de noviembre.

Prigerson, H.G. et al (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry, 174*, 67-73.

Puy, A. & Romero, A. J. (1998). Claves para la intervención psicosocial en desastres. En Martín, A (Eds.), *Psicología Comunitaria, fundamentos y aplicaciones*. Madrid: Ed. Síntesis.

Real Decreto 1378/85 de 1 de agosto. *Medidas provisionales para la actuación en situaciones de emergencia en los casos de riesgo, catástrofe o calamidad pública*. BOE nº 191 del 10 de Agosto.

Real Decreto 407/1992 de 24 de abril. *Norma básica de Protección Civil*. BOE nº 105 del 1 de Mayo.

Ryan, V. & Alley, R.W. (2002). *Cuando los abuelos nos dejan*. Madrid: Ed. San Pablo.

Sánchez, F. J. (2003). *La atención psicológica al personal de emergencia*. Hojas informativas de los Psicólogos de Las Palmas, Época II, num. 57, junio de 2003. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas.

Sarró, B. & Cruz, C. de la (1991). *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.

Schotte, D.E. & Clum, G.A. (1982). Suicidal ideation in a college population: a test of a model. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 5*, 690-696.

Shriver, M. (2000). *Mamá qué es el cielo*. Salamanca: Ed. Salamanca.

Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Gibbon, M. (1987). *Structures Clinical Interview for PTSD (SCID).* New York: Biometrics Research Department.

Tierney, K. (1989). The Social and Comunity Contexts of Disaster. En Gist, R. & Lubin, B (Eds.), *Psychosocial aspects of disaster.* New York: Wiley.
Verrept, P. (2003). *Te echo de menos*. Madrid: Ed. Juventud.

Worden, J.W. (1991). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

anexos

Anexo 1. Ficha de datos generales

	Fecha	Hora
Suceso		
Aviso		
Intervención		

Lugar del suceso:

Técnico

Nombre	
Localización	

Datos de la fuente que informa

Nombre	
Cargo / Entidad	
Tlf.	
Localización	

Descripción del suceso

Pérdidas materiales:
Pérdidas humanas:

Situación actual

Entidad	Teléfonos	Nombre representante y / o dirección
Hospital/es		
Ayuntamiento		
Bomberos		
Protección civil		
Tanatorio		
Médico / ATS		

Anexo 2. Ficha de datos familiares

Afectado/a

Nombre, apellidos	
Sexo y edad	
Domicilio	
Estado actual	
Localización	

Profesional referente	

Familiares Allegados

Parentesco	Nombre / apellidos	Edad	Tlf / Dirección

Representante Familiar 1

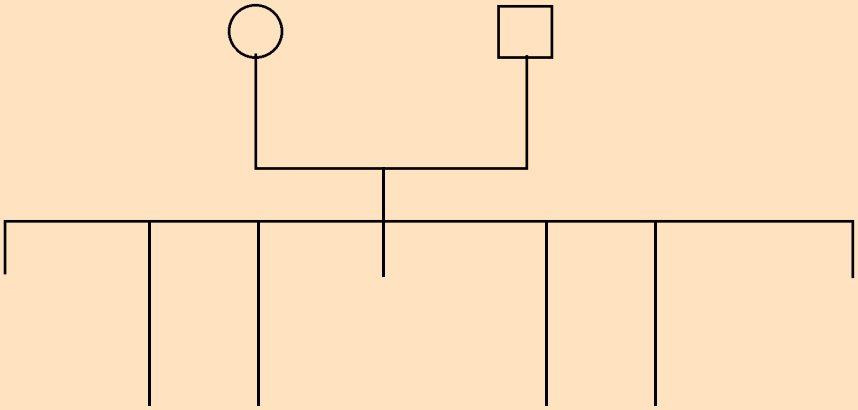
Parentesco	Nombre / Apellidos	Edad	Tlf / Dirección
Datos de interés:			

Representante Familiar 2

Parentesco	Nombre / Apellidos	Edad	Tlf / Dirección
Datos de interés:			

Observaciones

Familiograma



Anexo 3. Datos provinciales

Teléfonos de Emergencias

Teléfono único de emergencias: 112
Centro provincial de coordinación de emergencias: 957 002 112
Policía Nacional: 091
Policía Local: 092
Guardia Civil: 062
Bomberos: 080 / 085 para provincia
Protección Civil: 957 238 700
Urgencias Sanitarias: 902 505 061
(Aquí nos podrán informar del centro de salud mas cercano
y nos podrán en contacto con él si es necesario)

Hospitales

Hospital Reina Sofía (Córdoba): 957 0100 /01 /02
Hospital Provincial (Córdoba): 957 0100/ 01/ 02
Hospital de la Cruz Roja (Córdoba): 957 420 666
Hospital los Morales (Córdoba): 957 0100 /01 /02
Hospital San Juan de Dios (Córdoba): 957 274 600
Hospital Comarcal Infanta Margarita (Cabra): 957 594 500
Hospital Valle de los Pedroches (Pozoblanco): 957 771 500

Ayuntamientos de la provincia

Municipios	Teléfono
Adamuz	957 166 002
Lucena	957 500 410
Aguilar de la Frontera	957 660 000
Luque	957 667 300
Alcaracejos	957 156 009
Montalbán	957 311 051
Almedinilla	957 703 085
Montemayor	957 384 000
Almodóvar del Río	957 713 602
Montilla	957 650 150
Añora	957 151 308
Montoro	957 160 425
Baena	957 665 010
Monturque	957 535 614
Belalcázar	957 146 004
Moriles	957 537 000
Bélmez	957 580 012
Nueva Carteya	957 678 064
Benamejí	957 530 005
Obejo	957 369 042
Blázquez, Los	957 578 057
Palenciana	957 535 012
Bujalance	957 170 080
Palma del Río	957 710 244
Cabra	957 520 050
Pedro Abad	957 187 051
Cañete de las Torres	957 183 000
Pedroche	957 137 302
Carcabuey	957 553 376
Peñarroya-Pueblonuevo	957 560 994
Cardeña	957 174 002
Posadas	957 630 013
Carlota, La	957 300 012
Pozoblanco	957 770 050
Carpio, El	957 180 411
Priego de Córdoba	957 708 400
Castro del Río	957 372 375
Puente Genil	957 605 034

Municipios	Teléfono
Conquista	957 159 445
Rambla, La	957 682 700
Córdoba	957 499900
Rute	957 532 703
Doña Mencía	957 676 020
S. Sebastián de los Ballesteros	957 309 018
Dos Torres	957 134 001
Sta. Eufemia	957 158 229
Encinas Reales	957 597 128
Santaella	957 313 003
Espejo	957 376 157
Torrecampo	957 155 001
Espiel	957 363 022
Valenzuela	957 188 002
Fernán Núñez	957 380 062
Valsequillo	957 587 151
Fuente La Lancha	957 126 207
Victoria, La	957 308 257
Fuente Obejuna	957 584 020
Villa del Río	957 177 017
Fuente Palmera	957 637 003
Villafranca de Córdoba	957 190 016
Fuente-Tojar	957 556 028
Villaharta	957 367 061
Granjuela, La	957 587 013
Villanueva de Córdoba	957 120 000
Guadalcazar	957 342 001
Villanueva del Duque	957 126 003
Guijo, El	957 159 047
Villanueva del Rey	957 589 001
Hinojosa del Duque	957 140 050
Villaralto	957 150 163
Hornachuelos	957 641 051
Villaviciosa de Córdoba	957 360 021
Iznájar	957 534 153
Viso, El	957 127 005
Zuheros	957 694 514

Anexo 4. Psicofarmacología básica

Esta tabla es un instrumento orientativo sobre el tipo de fármaco que puede estar tomando una persona, para la consideración de antecedentes de problemas de salud mental, posibles reacciones a la situación de crisis e información a los servicios médicos correspondientes.

ANSIOLITICOS

Nombre comercial	Principio activo
Trankimazin,Xanax	Alprazolam
Orfidal, Ativan, Idalprem	Loracepam
Tranxilium, Dorken, Nansius	Clorazepato
Valium, stesolit	Diazepam
Rohipnol	Flunitracepam
Dormodor, Dalmane	Fluracepam
Lexatín	Bromazepam
Demetrin	Prazepam
Halción	Triazolan
Loracepam Medical	Lorazepam
Noctamid	Lormetazepam
Dormicum	Midazolam
Psiquiwas	Oxazepam
Tiadipona	Bentazepam
Clarmyl, Noiafrén	Clobazam
Huberplex, Librium	Clordiacepóxido
Alapryl	Halazepam
Marcel, Sedotime	Ketazolam

NEUROLEPTICOS

Nombre comercial	Principio activo
Haloperidol	Haloperidol
Largactil	Clorpromacina
Sinogan	Levomepromacina
Meleril	Tioridacina
Decentan	Perfenacina
Eskacine	Trifluoperacina
Orap	Pimocide
Etumina	Clotiapina
Leponex	Clozapina
Desconex	Lozapina
Dogmatil, Digton, Guastil, Lebopride, Neoride, Psicocén	Sulpiride
Risperdal	Risperidona
Cisordinol	Zuclopentixol
Meleril	Tioridazina
Modecate	Flufenazina
Zyprexa	Olanzapina
Frinova	Prometazina
Nemactil	Periciazina
Longerén	Pipotiazina
Majeptil	Tioproperazina
Tiaprizal	Tiapride

ANTIDEPRESIVOS

Nombre comercial	Principio activo
Anafranil	Clomipramina
Frosinor, Motiván, Seroxat	Paroxetina
Adofen, Prozac, Reneurón	Fluoxetina
Besitrán, Aremis	Sertralina
Deprax	Trazodona
Dogmatil	Sulpiride
Dumirox	Fluvoxamina
Tryptizol	Amitiptilina
Sinequan	Doxepina
Tofranil	Imipramina
Dutonin, Menfaxona, Ruliván	Nefazodona
Martimil	Nortriptilina
Ludiomil	Maprotilina
Lantanón	Mianserina
Demolox	Amoxapina
Manerix	Moclobemida
Prisdal, Seropram	Citalopram
Vandral, Dobupal	Venlafaxina
Survector	Amineptino
Rexer	Mirtazapina
Norebox	Reboxetina
Nardelzine	Fenelzina
Parmate	Tranilcipromina
Imiprex	Imipraminoxido
Deftán	Lofepramina
Martimil, Paxtibi	Nortriptilina

Anexo 5. Documento para familiares. Guía para la atención a menores

Cómo ayudar a los niños al afrontamiento de la muerte y de situaciones traumáticas derivadas de una crisis (desastre, accidente....), es algo que preocupa a los padres y allegados, tanto en el momento de la crisis como posteriormente. A continuación, se presenta este documento que pretende dar información a los familiares de menores sobre aspectos básicos a tener en cuenta para facilitar dicho afrontamiento, fundamentalmente, en los días posteriores al acontecimiento traumático.

¿Cómo actuar ante un trauma?

Los niños que se ven afectados por un desastre (con presencia de muerte de familiares...) son sensibles a la reacción y al llanto de los adultos, a los cambios de rutina de la casa, a la ausencia de contacto físico con la persona/as fallecida/as. Es decir, se dan cuenta de que algo pasa, y les afecta. Por tanto, no debe apartárseles de la realidad que les está tocando vivir con el pretexto de ahorrarle sufrimiento.

1. Dar la noticia

- La noticia de la muerte del familiar debe darla a ser posible uno de los padres, un familiar o una persona cercana con la que el niño tenga confianza y un lazo afectivo importante. En caso de que usted tenga dudas sobre cómo decírselo, qué palabras emplear, etc. no dude en solicitar ayuda del Psicólogo/a.
- Es necesario dar la noticia lo antes posible, pasados los primeros momentos de confusión y dramatismo (que debe evitarse que los niños lo presencien).
- No debe mentirse al niño, ni darle la noticia en términos que pueda malinterpretar (relacionando la muerte con el sueño o un viaje).
- La información debe ser clara y simple. Debe adaptarse a la edad del niño y a su capacidad de comprensión. Debe darse la información que el niño necesite, él marcará los límites, dejad que realice preguntas con normalidad.

2. Tipos de reacciones presentadas por los menores después de la situación de crisis

Las reacciones a la crisis pueden aparecer inmediatamente después del acontecimiento o en los días o semanas posteriores. A continuación presentamos algunos de estos síntomas. Su presencia puede ser NORMAL en estos casos, no se alarme. Solo en el caso de que sean conductas claramente inapropiadas (consumo de tóxicos, conductas suicidas...), muy intensos o se alarguen en el tiempo, deberá consultarse con los profesionales especialistas. Si tiene usted alguna duda sobre estos síntomas o aparece algún comportamiento que piensen pueda ser anómalo, consulte con uno de los Psicólogos/as del Equipo.

Niños de 5 o menos años

Los síntomas que pueden aparecer son:

- Cambios en el humor y comportamiento.
- Síntomas de ansiedad: gritan más o no tienen ganas de jugar; juegos violentos...
- Miedo a la separación física de padres: gritan, lloran con más frecuencia (No debe inhibirse el llanto de un menor, permanezca a su lado mostrando cariño y apoyo).
- Retroceso en etapas evolutivas (chuparse el dedo, orinarse de nuevo, miedo a la oscuridad...).

Niños de 6 años y menores de 11

- Realización de comportamientos más infantiles.
- Silencios prolongados.
- Problemas de sueño: Pesadillas, terrores nocturnos...
- Irritación.
- Negarse a ir al colegio.
- Falta de concentración.
- Disminución en el rendimiento.
- Llorar (tal y como se plantea en el apartado anterior).
- Quejas sin causa física.
- Aislamiento.
- Preguntas sobre la muerte.
- Presencia de problemas de comportamiento como mentir y robar.
- Problemas de alimentación (dejar de comer o comer en exceso...).

Adolescentes
- Retraimiento.
- Cansancio.
- Problemas de alimentación.
- Problemas de sueño.
- Cambios importantes en el rendimiento escolar.
- Abuso de sustancias tóxicas (alcohol, otras drogas...)
- Cambio repentino de amistades.
- Hostilidad.
- Querer suicidarse.
- Hablar de cosas peligrosas o manifiestas llamadas de atención.
- Llorar (tal y como se plantea en el apartado anterior).

Nota: En algunas ocasiones, y a cualquier edad, los menores reaccionan como si no hubiera pasado nada. Este tipo de reacción, por norma general, se manifiesta de forma negativa tras unas semanas o meses en las que aparecen comportamientos anómalos. Para ayudar en el proceso de duelo es conveniente facilitar la respuesta de desahogo, rabia e información en los menores y no actuar como si no ocurriera nada.

3. Comunicarse con el niño en los días posteriores al acontecimiento

- Debe hablarse con el niño sobre lo sucedido, tener conversaciones con él adaptando las explicaciones y el vocabulario a su edad y madurez. Escuchándolo y haciéndole preguntas, intentando descubrir lo que sabe sobre la situación y cerciorándonos de que entiende los hechos: si lo que saben o dicen es una visión equivocada de lo ocurrido, debe corregirse y explicarse con normalidad y desde una perspectiva realista. Debe mantenerse una actitud de escucha cuando quiera hablar, siempre será el momento oportuno. Se deberá hablar del fallecido con naturalidad. Es bueno preguntarle sobre sus propias sensaciones, temores y angustias.

- Responder a las preguntas que haga sobre lo ocurrido, si no hace preguntas, incitarlas. En el caso de que haga preguntas que no sabemos responder, responder que no lo sabemos y que nosotros también nos hacemos las mismas preguntas.

- Ser buenos modelos de expresión de sentimientos, no escondiendo el dolor sino expresándolo con normalidad y de forma adecuada. Puede hablarse de nuestras propias preocupaciones y emociones, de forma sencilla. Debe cuidarse el tono emocional: el niño se dará cuenta de que los adultos están tristes y que lo sienten como él, pero no debe percibir que han perdido el control.

- Facilitarles la expresión de sentimientos y ayudarles a ponerles nombre. A veces tendremos que permitirles el llanto y el enfado como formas de expresión del dolor. También podemos ayudarles a expresar sus sentimientos mediante el juego o dibujos en caso de los más pequeños.

- Si presenció el hecho, debe facilitársele el que hable sobre ello a través de conversaciones en casa sobre lo sucedido.

4. Ambiente del niño en los días posteriores al acontecimiento

- Ser paciente, ya que van a hacer preguntas sobre la muerte y el desastre de forma repetida.

- Tranquilizar y conferirle seguridad: mantener un ambiente calmando y cercano en presencia del niño, brindando siempre el mayor apoyo emocional para que se sienta querido y apoyado. Expresar cariño, diciéndole que se les quiere, y ofreciéndole muestras de afecto en el hogar.

- Mantener la rutina de los niños sobre todo en sueño y alimentación, esto les conferirá seguridad.

- Mantener al niño informado de los cambios que se vayan a producir de forma anticipada.

- Evitar separaciones innecesarias.

- Dejarle que juegue con cosas relacionadas con el suceso: por ejemplo juguetes como ambulancias, coches de policía, para integrar el desastre en su historia de vida.

- Informar a la escuela. Los familiares pueden interesarse por el comportamiento del menor en el colegio, ya que en muchas ocasiones los profesores son un buen referente para informarnos del comportamiento del niño en días sucesivos.

- Mostrar interés por sus actividades cotidianas, escolares.

- Facilitar el encuentro con los amigos.

- No caer en la sobreprotección, a pesar del mayor apoyo que debe prestarse, fomentar ante todo la autonomía.

5. Importancia de los rituales

A partir de los 6 ó 7 años puede asistir a funerales y/o otros rituales, aunque no debe forzarse si no quiere. Es decir, el niño puede asistir si de forma clara e intencional así manifiesta querer hacerlo, sin presiones. Se le informará previamente de lo que sucederá en el ritual y/o funeral. En caso de que vaya, debe ir acompañado de un adulto, que dé respuesta a sus preguntas y vaya informando de lo que sucede.

No olvide: Es importante estar alerta de los comportamientos de los menores y explicar y atender sus necesidades en estos momentos tan difíciles. Tenga cuidado en no estar demasiado pendiente. No es necesario sacar el tema constantemente y de forma repetitiva (una vez que ya hemos hablado algunas cosas de las indicadas anteriormente, no es necesario volver a hablarlo a no ser que el menor así lo requiera y manifieste). Los menores suelen tener una buena capacidad de adaptación y es importante facilitar que pueda NORMALIZAR su vida lo antes posible.

Si tiene usted alguna duda sobre cualquier punto de este documento o sobre otro tipo de cuestión relacionada, no dude en consultar con el Equipo de Psicólogos/as.

Anexo 6. Recomendaciones para familiares y acompañantes del duelo

Las recomendaciones que aparecen a continuación, pretenden servir de orientación a todas aquellas personas que quieran saber cómo deben de actuar a la hora de prestar ayuda a alguien que ha sufrido una situación de crisis o pérdida recientemente.

Si bien estas pautas le resultarán de utilidad, en algunos casos no serán suficientes, siendo recomendable acudir a un profesional que pueda proporcionar una atención especializada en lo relativo al afrontamiento del duelo.

1. Es importante acompañar al afectado y mostrarle tu disponibilidad y afecto. La forma más básica, directa y eficaz de hacerlo en estos momentos es a través del contacto físico (abrázale, coge su mano, etc.).

2. Deben permitirse y facilitarse la expresión de los sentimientos de dolor, tristeza, rabia, etc., sin censurarlos, criticarlos, ni salir huyendo cuando aparezcan. Se puede favorecer el desahogo emocional escuchando de forma activa, no interrumpiendo el discurso. No es adecuado contar sucesos similares ni usar frases hechas del tipo: "*Es la voluntad de Dios, así dejó de sufrir, no somos nadie, sé fuerte por los niños, la vida sigue, tienes toda la vida por delante*"... Escuchar es lo más importante. Si no sabes qué decir, no digas nada. No digas cosas de las que no estés seguro o no sean ciertas. El silencio no tiene por que ser negativo, limítate a estar ahí, acompañando, escuchando y consolando. Reconoce la importancia del suceso, sin minimizar ni juzgar –cuidado con otros comentarios como: no pasa nada, podría haber sido peor, ya verás como lo superas...

3. Tampoco deben evitarse las situaciones, conversaciones u objetos que recuerden al fallecido o hecho traumático, dado que así dificultamos el afrontamiento y aceptación de lo sucedido. Resulta especialmente recomendable participar en todos los actos organizados en torno al apoyo social a la víctimas y familiares (misas, funerales, manifestaciones, homenajes, etc.).

4. Intentar normalizar en la medida de lo posible los hábitos cotidianos de sueño, comidas, cuidados personales y la rutina diaria (trabajo, relaciones sociales, familia,...). Es importante saber que cada persona tiene una forma y ritmo diferente de afrontar estas situaciones, por lo que la vuelta a la "normalidad" deberá respetar esas diferencias.

5. No debemos esperar a que el afectado nos busque o llame. Debemos tomar la iniciativa, llamarle y/o visitarle. No basta con decir: " llámame o ven a casa si te encuentras mal". Cuando uno se siente tan mal, no suele tener ganas de llamar por teléfono o arreglarse para visitar a otros.

6. Es importante mantener el contacto y apoyo, sin interrumpirlo bruscamente. Es habitual que durante los primeros días, el apoyo y las visitas sean muy numerosas, pero estas suelen reducirse drásticamente con el paso del tiempo. Especialmente importante es colaborar y acompañar en fechas señaladas (Navidad, cumpleaños, día fallecimiento, etc.), en las que es muy recomendable que se una y participe toda la familia.

7. La ayuda en las tareas cotidianas (comida, lavado/planchado de ropa, arreglar algo,...) y en los trámites administrativos (registro, bancos, seguros,...), es un aspecto que no debe posponerse y que es susceptible de recibir nuestra ayuda. Pero, sin embargo, debemos tener en cuenta no hacerlo excesivamente dependiente de nuestras ayudas y gestiones.

8. Intentar facilitar que la persona pueda retomar de forma gradual actividades agradables (de ocio y tiempo libre).

9. Tanto participar en grupos de autoayuda integrados por personas que han pasado por una situación similar, como escribir al afectado una carta o tarjeta en la que demuestre su preocupación y apoyo al doliente, pueden ser dos formas efectivas de ayudar en el proceso de duelo.

10. Durante este periodo, aumenta el riesgo de que se desarrollen determinadas enfermedades o que empeoren las presentes. Por esta razón, es bueno apoyar y animar a que realice actividades que prevengan enfermedades y que mantengan la salud (ejercicio físico, acudir al médico, hábitos alimentarios adecuados).

11. Es importante estar atento a posibles reacciones anormales o desproporcionadas en el proceso de duelo. En caso de duda consulte con un psicólogo/a del Equipo de Servicios Sociales.

Estos consejos podrían resumirse aún más en estas tres grandes reglas:
Muéstrate cercano (el contacto físico es fundamental) y ofrece tu compañía y ayuda.
Escúchale y permite que se desahogue.
Da información veraz y transmite calma y seguridad.

Anexo 7. Evaluación general de la intervención

Contestar cada una de las cuestiones, de acuerdo con las siguientes escalas y según corresponda:

1: Si 2: No

1: nada 2: poco 3: medio 4: bastante 5: mucho

1. ¿Se trasmitió desde un primer momento, de forma rápida y eficaz, la información necesaria y las directrices de la intervención a todo el equipo?

1 2 3 4 5

2. ¿Se realizó con celeridad y eficacia la valoración general del suceso?

1 2 3 4 5

3. ¿Estuvieron bien delimitados los roles y las funciones de los distintos componentes del equipo de psicólogos/as?

1 2 3 4 5

4. ¿Fue rápida y correcta la organización inicial de las actuaciones del equipo de apoyo psicológico?

1 2 3 4 5

5. ¿Se evaluó desde el primer momento, la diversa sintomatología presentada en la población afectada por la crisis?

1 2 3 4 5

6. ¿Se actuó de forma ordenada y coordinada, colaborando con los demás organismos implicados (protección civil, bomberos, sanitarios)?

1 2 3 4 5

7. ¿Se rellenaron de modo satisfactorio las fichas de datos generales?

1 2 3 4 5

8. ¿Se rellenaron de modo satisfactorio las fichas de datos familiares?

1 2 3 4 5

9. ¿Se desarrollaron de modo satisfactorio los primeros auxilios psicológicos (contacto psicológico inicial, escucha, empatizar, favorecer descarga emocional...)?

1 2 3 4 5

10. La intervención directa con familiares y allegados, ¿fue adecuada?

1 2 3 4 5

11. ¿Tuvo que aplicar técnicas para dar malas noticias?

1 2

En caso afirmativo, ¿Se comunicó a los familiares o allegados, de modo adecuado, cualquier mala noticia?

1 2 3 4 5

12. ¿Se realizó la selección de representantes familiares?

1 2

En caso afirmativo, ¿Qué grado de satisfacción o valoración realiza de los representantes familiares?

1 2 3 4 5

13. ¿Tuvo que realizarse acompañamiento en el reconocimiento de cadáveres?

1 2

En caso de haber sido necesario, ¿se realizó el acompañamiento al reconocimiento de modo satisfactorio?

1 2 3 4 5

14. ¿Ocurrió alguna conducta autolesiva, autolítica o parasuicida, en algún familiar o allegado durante la intervención?

1 2

En caso afirmativo, ¿Se atendieron adecuadamente este tipo de situaciones?

1 2 3 4 5

15. Hubo que prestar especial atención a colectivos especialmente débiles (ancianos, niños, enfermos)?

1 2

En caso afirmativo, ¿Se atendieron adecuadamente este tipo de situaciones?

1 2 3 4 5

16. ¿Fue necesario repartir y explicar los documentos de información y autoayuda para familiares?

1 2

En caso de haber sido necesarios, ¿Piensa que este tipo de información y materiales fueron positivos para los familiares y beneficiaron su intervención?

1 2 3 4 5

18. ¿Se establecieron contactos con los diferentes medios de comunicación?

1 2

En caso afirmativo, ¿Valora positivamente el tratamiento que realizan los medios de comunicación del suceso?

1 2 3 4 5

Aspectos positivos dignos de resaltar:

Aspectos negativos, susceptibles de mejora en el futuro:

Carencias que se han detectado:

Algún momento especialmente crítico y para el que no hubiera actuación prevista:

Observaciones:

Red Provincial de Servicios Sociales. Diputación de Córdoba

Centros de Servicios Sociales

Centros Polivalentes de Servicios Sociales

CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES
DE LA ZTS DE PEÑARROYA
PUEBLONUEVO
Avda. José Simón, Lillo, 86
Tlf. 957 567 021
C.P. 14200

CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES
DE LA ZTS DE HINOJOSA DEL DUQUE
Claudio Moyano, 2 - Tlf. 957 143 002
C.P. 14270

CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES
DE LA ZTS DE POZOBLANCO
Avda. Villanueva de Córdoba, 66
Tlf. 957 773 586
C.P. 14400

CENTRO POLIVALENTE DE
SERVICIOS SOCIALES DE
FUENTEOBEJUNA

CENTRO DE SERVICIOS
SOCIALES DE LA ZTS
DE VILLAVICIOSA
Plaza de Andalucía, 1
Tlf. 957 360 831
C.P. 14300

CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES
DE LA ZTS DE MONTORO
Plaza de Jesús, 2 - Tlf. 957 165 032
C.P. 14600

CENTRO POLIVALENTE DE
SERVICIOS SOCIALES DE
HORNACHUELOS

CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES
DE LA ZTS DE CASTRO DEL RÍO
Cuesta de los Mesones, 8
Tlf. 957 374 270
C.P. 14840

CENTRO DE SERVICIOS
SOCIALES DE LA ZTS DE
PALMA DEL RÍO
Avda. Santa Ana, s/n
Edif. Los Bombos - Tlf. 957 649 023
C.P. 14700

CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES
LA LA ZTS DE DOÑA MENCÍA
Hogar del Pensionista (Local)
Tlf. 957 695 517
C.P. 14860

CENTRO POLIVALENTE DE
SERVICIOS SOCIALES DE
LA CARLOTA

CENTRO POLIVALENTE DE
SERVICIOS SOCIALES DE
IZNÁJAR

CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES
DE LA ZTS DE LA CARLOTA
Plaza de España, 15
Edif. Molino del Rey - Tlf. 957 301 638
C.P. 14100

CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES
DE LA ZTS DE RUTE
Calle del Mercado, s/n - Tlf. 957 533 006
C.P. 14960

CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES
DE LA ZTS DE FERNÁN NÚÑEZ
Calleja de Marcos, 8 - Tlf. 957 382 048
C.P. 14520

CENTRO DE SERVICIOS SOCIALES
DE LA ZTS DE AGUILAR DE LA FRONTERA
Tercia, 44 - Tlf. 957 662 002
C.P. 14920

CENTRO POLIVALENTE DE
SERVICIOS SOCIALES DE
SANTAELLA

En el período 2003/04, se está implantando un nuevo nivel organizativo: el Territorio que abarca un conjunto de 3 ZTS y estructura la provincia en 4 ámbitos territoriales:

ZTS Peñarroya / Hinojosa / Pozoblanco

ZTS La Carlota / Palma / Villaviciosa

ZTS Castro / Doña Mencía / Montoro

ZTS Fernán Núñez / Aguilar / Rute.


JUNTA DE ANDALUCIA
Y EL BIENESTAR SOCIAL


patronato provincial
de servicios sociales
córdoba


Diputación de Córdoba