



ACTAS III JORNADAS DE PSICOLOGÍA APLICADA A DESASTRES, URGENCIAS Y EMERGENCIAS-SEPADEM.

**SALAMANCA, 27-29 DE
SEPTIEMBRE 2019**



III JORNADAS DE PSICOLOGÍA APLICADA A DESASTRES, URGENCIAS Y EMERGENCIAS



**Salamanca,
27-28-29 septiembre 2019**

Colegio Mayor Arzobispo Fonseca
Universidad de Salamanca
C/ Fonseca, nº 4.

Colaboran:

Máster en Intervención en crisis y trauma
Máster en Terapia familiar y de pareja
(Universidad de Salamanca)



Más información en:
www.sepadem.org





MESA 1: VIOLENCIA DE GÉNERO

INTERVENCIÓN CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

JUAN CARLOS PRADOS MORENO.

Doctor en psicología, experto en psicología de emergencias y catástrofes, integrante del GIPCE-112 del Colegio Oficial de Psicología de Galicia, miembro y vocal de SEPADEM.

jprados@cop.es

Necesidad de visibilizar la violencia de género como un problema estructural.

La violencia de género constituye uno de los principales problemas de salud en nuestra sociedad, esta auténtica lacra social afecta a alrededor de una de cada tres mujeres en el mundo y requiere un conocimiento, cuando menos básico, para poder abordar de forma correcta la actuación en todos los ámbitos y en concreto en el de la psicología de emergencias.

De ahí surge la necesidad de que conozcamos los mecanismos subyacentes en este tipo de situaciones y sobre todo el estado emocional de la víctima y de las personas de su entorno así como los principales trastornos psicobiosociales asociados a esta problemática.

Si no entendemos y somos capaces de comprender todo el proceso, a través de su conocimiento, difícilmente podremos actuar de manera eficaz desde cualquier ámbito de la psicología.

Pero para ello debemos ser conscientes de la magnitud del problema y de todos los factores implicados en el mismo que parten de la misma concepción de la identidad de género como un constructo psicosocial, por tanto, aprendido, a través del cual se otorgan y se perpetúan distintos roles asociados al sexo; por el mero hecho de nacer macho o hembra se nos educa con patrones de conducta distintos, es decir como hombres y mujeres, surgiendo *lo masculino* y *lo femenino* como concepciones diferenciadas de entender a los seres humanos y a sus relaciones con el entorno.



Es por ello que el hombre, referido a lo masculino y no a la generalidad de la humanidad tal y como refleja el lenguaje sexista asociado a estos patrones aprendidos, se constituye *per se* en el centro del universo y de las relaciones sociales de poder asociadas al androcentrismo. Este androcentrismo, como generador de un pensamiento binario, adopta polos opuestos y contrapuestos para lo masculino y lo femenino, es decir, para el hombre y la mujer en los que el hombre pasa a ser el que riges la sociedad y las formas de poder extendiéndolas a la generalidad de la misma y otorgando valores contrapuestos y de poder-sometimiento al dipolo hombre-mujer generando las relaciones de desigualdad entre géneros y por tanto entre sexos, entiendo el sexo como características biológicas y el género como características aprendidas y asociadas al sexo.

La violencia de género como un problema de salud.

La Violencia hacia las mujeres es un problema de salud, como ya indicó el “Informe mundial sobre violencia y salud” elaborado por la O.M.S. en el año 2002. Dicho informe indica que casi un tercio de las mujeres en el mundo han sufrido violencia en algún momento de su vida.

En un nuevo informe del año 2013, la por entonces directora de la OMS, la Dra Margaret Chan indica que cerca del 35% de todas las mujeres en el mundo experimentarán hechos de violencia ya sea en la pareja o fuera de ella en algún momento de sus vidas.

El estudio revela también que la violencia de pareja es el tipo más común de violencia contra la mujer, ya que afecta al 30% de las mujeres en todo el mundo, cifra que ya se maneja en el informe del 2002 como prevalencia de la violencia a la mujer en general.

Por otra parte tenemos que en E.E. U.U. y Europa entre un 20-25% de las mujeres que acuden a las consultas de Atención Primaria de salud han sufrido algún tipo de violencia en el último año, todo lo anterior nos lleva a afirmar que la violencia de género tiene lugar con una incidencia y prevalencia elevadas y es más común que otros problemas de salud para los que existen actividades de detección y atención ya establecidas hace tiempo.



Definición y tipos de violencia de género.

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al género femenino que causa, o es susceptible de causar a las mujeres, daño o sufrimiento físico, psicológico y/o sexual. Incluye las amenazas de tales actos y la restricción o privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como privada. (Art.1 de la “Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer” de las Naciones Unidas, 1993).

En lo referente a los tipos podríamos agruparlos, básicamente, en tres categorías: físico, material y sexual y agrupándolos a todos tendríamos la violencia psicológica ya que esta última sería la única que podría darse de forma aislada pero siempre acompañará a las demás. Teniendo siempre en cuenta que la violencia en el ámbito de la pareja constituye un tipo de violencia de género que se dará en el ámbito privado, es decir, en el ámbito doméstico de ahí la dificultad muchas veces para su detección y más teniendo en cuenta el bajo porcentaje de denuncias que se producen sobre el total de casos. Es este sentido señalar que de las 42 mujeres muertas en 2019 hasta la fecha sólo 9 habían presentado denuncia previa.

Ciclo de la violencia de género.

Debe quedar claro que no toda la violencia que se da en el ámbito doméstico o intrafamiliar se considera, a nivel penal, como violencia de género ya que esta sería la que infligen cónyuges, parejas, ex cónyuges o ex parejas.

Este modelo explicativo descrito por primera vez por Leonore Walker (1984), que propone tres fases:

- 1) Acumulación de tensión: Fase en la que en la que la víctima percibe claramente cómo el agresor va volviéndose más susceptible, respondiendo con más agresividad y encontrando motivos de conflicto en cada situación.
- 2) Descarga de la violencia: En esta fase, la violencia finalmente explota, dando lugar a la agresión. Puede abarcar desde un empujón, la bofetada o el apretón de brazo, hasta el asesinato.
- 3) Luna de miel: El agresor, consciente del daño que inflige, pide disculpas a la víctima, le hace regalos y trata de mostrar su falso arrepentimiento. Esta fase se va reduciendo con el tiempo, siendo cada vez más breve y llegando a desaparecer cuando el proceso se cronifica.



Este ciclo, en el que al castigo (agresión) le sigue la expresión de arrepentimiento que mantiene la ilusión del cambio, puede ayudar a explicar la continuidad de la relación por parte de la mujer en los primeros momentos de la misma.

Habitualmente pasan años desde que ocurre el primer episodio de violencia hasta que hay una posible denuncia. Las causas que se proponen para explicar este retraso en la denuncia son: la esperanza de que la situación cambie, el miedo a represalias contra ella o sus hijos o incluso contra sus animales de compañía, los sentimientos de vergüenza, fracaso o culpa, la habituación a los comportamientos violentos, la dependencia emocional respecto a su pareja, los sentimientos de ambivalencia o inseguridad, el miedo al sistema judicial, el no saber a quién dirigirse o a qué servicios acudir y la falta de una red de apoyo familiar o social.

Síndrome de la mujer maltratada.

Descrito por L. Walker como una adaptación a la situación aversiva caracterizada por el incremento de la habilidad de la persona para afrontar los estímulos adversos y minimizar el dolor. Además de presentar distorsiones cognitivas, como la minimización, negación o disociación; por el cambio en la forma de verse a sí mismas, a los demás y al mundo. Presentan sintomatología depresiva, ansiedad, baja autoestima y culpa. Además suelen presentar problemas somáticos, disfunciones sexuales, conductas adictivas y dificultades en sus relaciones personales.

Este síndrome puede presentar síntomas comunes con el Trastorno por estrés postraumático además de características del Síndrome de indefensión aprendida descrito en los años 60s por M. Seligman.

No debemos olvidar que...

Reconocerse como mujer maltratada es muy doloroso, se sienten culpables de no haber sido capaces de evitar la violencia, pararla, o cambiar el comportamiento de su pareja así las mujeres maltratadas desarrollan toda una serie de mecanismos de defensa y supervivencia al estar inmersas en una situación de violencia cronicada.

Por ello es imprescindible durante la entrevista: vencer barreras, identificar síntomas y detectar necesidades teniendo en cuenta siempre que nunca debemos cuestionar sus vivencias, justificar ningún acto de violencia, juzgar su actitud a lo largo del proceso ni minimizar nada de lo que hayan experimentado y siempre respetar los tiempos,



respetar los silencios y facilitar la expresión emocional sin olvidar nunca que los menores que viven en un contexto de violencia siempre son víctimas de esa violencia ya sea directa o indirectamente.

Referencias bibliográficas.

Corsi J. Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares. Ed. Paidós 2003.

Labrador F, Paz P, De Luís P, Fernández–Velasco R. Mujeres víctimas de la violencia. Programa de actuación. Manuales Prácticas de Tratamiento. Ediciones Pirámide. Madrid, 2004.

LEY ORGÁNICA 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Miércoles 29 diciembre 2004 BOE núm. 313.

Lorente M, Lorente JA. Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso. Ed.Comares, Granada, 1999.

Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung W, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. BMJ.2002;324:274

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11823360&dopt=Abstract

OMS, (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicado en español por la Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.2002.

OMS (2005) Estudio multipaís de la OMS sobre Salud de la Mujer y Violencia Doméstica. <http://www.who.int/gender>

OMS, (2007). Women's Health and Domestic Violence Against Women.

Walker L. The battered woman syndrome. Springer, Nueva York.1984.

XUNTA DE GALICIA (2009), Guía técnica do proceso de atención ás mulleres en situación de violencia de xénero. Guías técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Servizo Galego de Saúde. Xerencia.

<http://www.sergas.es/gal/muller/docs/G13Violencia.pdf>



INTERVENCIÓN EN EMERGENCIAS POR VIOLENCIA DE GÉNERO

NATALIA LORENZO RUÍZ

Psicóloga del Centro Asesor de la Mujer del Ayuntamiento de Gijón. Experta en Psicología de Emergencias y Catástrofes. Vocal de la Junta Directiva de SEPADEM info@natalialorenzo.es

La **violencia de género** es una manifestación más de la sociedad patriarcal y de las relaciones de poder entre mujeres y hombres que sitúan a las mujeres en una situación de subordinación respecto de los hombres.

Las formas en que esta violencia se ejerce de forma directa sobre la mujer son: maltrato físico, maltrato psicológico, maltrato social y ambiental, maltrato económico, maltrato o violencia sexual, violencia vicaria.

La **victimización primaria** deriva directamente del hecho traumático; la **secundaria (revictimización)**, de la relación posterior establecida entre la víctima y el sistema jurídico-penal (policía o sistema judicial) o un sistema de ayudas (indemnización económica, asistencia psicológica, apoyo psicoeducativo a los hijos e hijas, etc.) defectuoso. Es decir, el maltrato institucional puede contribuir a agravar el daño psicológico de la víctima o a cronificar las secuelas. La revictimización también incluye la mala intervención psicológica terapéutica o médica que brindan profesionales inescrupulosos y mal entrenados para atender situaciones que revisten características particulares (Rozanski, 2003).

La victimización secundaria puede combatirse a través acciones como: facilitar la información a la víctima, adecuar los lugares donde se realizarán las intervenciones, diseñar entrevistas apropiadas para las víctimas y para los testigos.

Las mujeres víctimas de violencia de género pueden tener diferentes reacciones emocionales y comportarse de manera muy distinta en estos primeros momentos, pero en todos los casos hay una importante afectación emocional aunque, dependiendo de cada mujer, ésta puede mostrarse de una forma más o menos visible al exterior. Si bien es frecuente que aparezcan algunas de las siguientes reacciones: miedo y



angustia, dependencia emocional, aturdimiento y embotamiento afectivo, baja autoestima y autoconcepto, irritabilidad y desconfianza, Posición corporal de defensa, retraimiento e hipervigilancia, problemas para contar lo que ha ocurrido, intentos de justificar lo sucedido, vergüenza y miedo.

La labor del profesional ha de ser de apoyo, paralela a una actitud leal. Dentro del marco de la relación de ayuda, hay que buscar lo que consideramos mejor para la víctima, pero sin olvidar lo que ella misma considera mejor. Somos compañeros/as de andadura en la difícil etapa en que se encuentra instalada.

Debemos pretender establecer la relación de ayuda considerando los siguientes factores: comunicación efectiva, receptividad, escucha activa, respeto, empatía y comprensión.

El procedimiento de intervención con una mujer víctima de violencia de género debe tener como base 4 pilares fundamentales. La mujer debe sentirse **APOYADA-ESCUCHADA-RESPETADA Y ORIENTADA.**

El **procedimiento de intervención por cualquier primer interviniente en emergencias** se puede resumir en los siguientes puntos:

- Presentarnos, indicar profesión.
- Valorar si ha sufrido lesiones que requieran asistencia médica de emergencia. Si hay necesidad de traslado inmediato, disponer lo necesario para llevarlo a cabo.
- Determinar el estado emocional y ofrecerle apoyo, respeto y comprensión.
- Si está en situación de nerviosismo, agitación, etc., normalizar estas reacciones. Los mensajes de inhibición como “no llores” o “cálmate un poco” son inapropiados ya que podemos dar la impresión de no comprender la situación.
- Hacerle sentir tan cómoda como sea posible.
- Si se muestra contradictoria, no cooperadora, irascible, etc., no tomarlo como algo personal.
- Ofrecerle seguridad mediante mensajes tranquilizadores y con tono de voz que muestres cercanía y comprensión.
- No dejarla sola, su sensación de peligro o inseguridad se acentuarán.
- Asumir una escucha activa con devoluciones empáticas.



- Potenciar su capacidad de decisión (si la mujer está en condiciones).
- No culpabilizar ni responsabilizar.
- Algunas mujeres sienten consuelo con el contacto físico, mientras que otras no lo suelen admitir. Debemos dejar que sea la mujer quien lo vaya expresando mediante su comportamiento de aproximación.
- Permitir que llore o exprese sus sentimientos.
- Asegurarle que actuó de manera correcta al pedir ayuda.
- En caso de no saber qué hacer, no dudar en solicitarle orientación sobre cómo desea ser tratada.
- Decirle qué va a suceder de acuerdo con tu conocimiento. Explicarle lo importante que es contar con el parte de lesiones de cara a la denuncia (si así lo desea). Denunciar debe ser decidido por ella.
- Abstenerse de darle consejos. Sugerirle que consulte con profesionales especializados, informando de centros y direcciones.

El **objetivo fundamental** en este primer momento es que la víctima se sienta en un ambiente seguro y confiable, y que conste que tiene un/a interlocutor/a que se centra en ayudarla y que tiene un compromiso fundamental con atender a sus demandas. Es necesario crear este clima de acogida para que la víctima pueda encontrar desde el principio un momento y un lugar de seguridad.

En cuanto a la **intervención inmediata realizada por profesionales de la Psicología**, se muestran las diferentes fases:

1. Acogida
2. Expresión emocional
3. Dar información
4. Controlar niveles de activación
5. Facilitar la toma de decisiones
6. Plan de seguridad y protección



LOS MENORES AL OTRO LADO DEL ESPEJO: VEMOS, OÍMOS Y SENTIMOS

INMACULADA ARAGÓN CORVERA

Psicóloga especialista Infantil y Juvenil. Experta en Maltrato Infantil: aspectos clínicos, prevención y tratamiento. Miembro de la Junta Directiva de SEPADEM.
i.aragon.corvera@gmail.com

Los menores necesitan sentirse “empoderados” y legitimados en sus sentimientos y emociones. Los profesionales que estemos presente en la revelación de su abuso, tendremos que recordar que los menores han pasado por esa experiencia de manera crónica y que es traumática porque ocurre en un entorno donde predomina un desequilibrio de poder. Hay manipulación e intimidación y/o coerción física y/o emocional. El agente responsable de su sufrimiento es otra persona cercana a su entorno familiar, en quien ellos confiaban. Los significados que se otorgan a la actividad sexual no están consensuados, las consecuencias del acto sexual, es diferente para el agresor que para el menor. El primero busca satisfacer sus propios impulsos sexuales. La severidad de las secuelas y la capacidad de resiliencia de estos menores vendrán marcadas por las características individuales de ellos (personalidad, carácter, etc.) y del entorno en cuanto a severidad, frecuencia, vínculo con el agresor, etc., y de los factores de protectores en su entorno. Si existe apoyo por parte de otros adultos de su ámbito familiar que favorezca su autoestima y confianza.

CONSECUENCIAS DEL TRAUMA DEL ABUSO

Según el sociólogo y director del Centro de Investigación de delitos contra niños, David Finkelhor (1986), existen cuatro grupos de secuelas emocionales y de comportamiento:

- 1) **Efectos de la sexualización traumática.** Emocionalmente se produce un rechazo hacia el sexo, una sobreestimación del contenido sexual y problemas



de identidad sexual. Esto se refleja a nivel comportamental o conductual, como evitación de encuentros sexuales o manifestar conductas hipersexualizadas que consisten en juegos sexuales tempranos acompañados de una curiosidad sexual inusual para su desarrollo evolutivo.

- 2) **La estigmatización.** La psicóloga Suzanne Sgroi (1982) lo denominó “síndrome de mercancía dañada”. A nivel emocional les acompaña un sentimiento de culpa que les hace sentirse responsables del abuso y de las consecuencias que puede tener el agresor por su revelación. Muestran comportamientos y conductas relacionadas con abusos de drogas y alcohol, autolesiones, intentos de suicidio y actitudes desafiantes para que les castiguen o les marquen límites muy estrictos.
- 3) **La traición.** A nivel emocional sienten mucha rabia e impotencia. El dolor de la confianza que ha sido traicionada por quién tiene que proteger y cuidarles. Los comportamientos que ocurren en este grupo son la evitación para establecer vínculos afectivos, manipulación hacia los demás en donde se observan conductas impulsivas y agresivas.
- 4) **El desvalimiento.** Emocionalmente son conscientes de su vulnerabilidad como víctimas. A nivel de comportamiento se producen fugas; absentismo escolar; comienzan a experimentar fobias, trastornos de ansiedad, de sueño, alimentación. Conductas de acoso escolar y comenzar relaciones donde se les revictimiza (vídeo de María José Llargo: “Me voy a alejar de ti” [<https://www.youtube.com/watch?v=JppiUqq6yGw>]).

EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO CUANDO LOS MENORES SON TESTIGOS

Manifiestan como reacción síntomas de estrés postraumático, como estar en “alerta constante”, preocupación ante el posible peligro al que están sometidos. Experimentan ambivalencia afectiva hacia el agresor, oscilan del extremo, del afecto al resentimiento. Tienen muchas dificultades emocionales y conductuales, les cuesta concentrarse, mantener la atención, bajo rendimiento académico. Se sienten como objetos que utilizan los agresores para controlar a las “víctimas adultas” (sustracción de los menores para castigar a la víctima), esgrimir el comportamiento de los menores como la razón de su agresividad. Se produce una desensibilización hacia las conductas



agresivas. Signos que nos alertan de lo que están viendo: aumento de síntomas somáticos (dolor de cabeza, estómago, pesadillas, retroceso de conductas madurativas, aumento de ansiedad de separación, conductas agresivas).

LA VIOLENCIA DE GÉNERO OCURRE ENTRE LOS MENORES

Cortometraje francés (13 de junio de 2016): “*Palabras de competencias de mujeres*”
<https://www.youtube.com/watch?v=zU5f9GirFPI&list=PLBIRs9i7X9nVeBPnCsAXQhzoayc5vYyC1&index=13&t=0s>)

Lo primero que debemos hacer todos los agentes implicados es identificar y calificar a los hechos por su nombre. Hay que educar a todos los implicados, dando asesoramiento a las familias implicadas de agresor y víctima para un correcto desarrollo afectivo y emocional. Es muy importante la coordinación y trabajo en red entre los profesionales y los familiares de víctima y agresor. Hay que ayudar a las víctimas a normalizar rutinas diarias para poder recuperar sensación de control en su vida. No es recomendable el aislamiento social. Favorecer actividades de socialización y ocio en grupo de iguales. No cambiar de centro escolar y trabajar todas las variables en un ambiente que cree seguridad a la víctima.

¿QUÉ PODEMOS HACER LOS PROFESIONALES?

Apoyar, escuchar y sobre todo actuar. Reconocer sus sentimientos, escucharles de modo activo, intentar tranquilizarles con frases que les transmitan que no es culpa de ellos lo que ha ocurrido, que nos alegramos que haya confiado en nosotros y nos lo haya contado. Esto no implica mantener en secreto esta información. No haremos promesas falsas que hagan peligrar el bienestar del menor. Seremos precavidos de no criticar al agresor por la ambigüedad de emociones que sienten hacia él (amor-odio) y sobre todo será importante mostrar nuestro apoyo y respeto al ritmo de su narrativa, dándoles sensación de seguridad y esto aumentará su voluntad de seguir más adelante para contarnos el resto de sus vivencias y su testimonio.



BIBLIOGRAFÍA

Cohen Imach, Silvina (2017): "Abusos sexuales y traumas en la infancia". Editorial Paidós SAICF, Buenos Aires.

Bannister, Anne (2003): "Terapias creativas con niños traumatizados". Editorial LUMEN, Buenos Aires.

Cyrulnik, Boris (2014): "Cuando un niño se da «muerte»". Editorial Gedisa, S.A., Barcelona.



INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO A TRAVÉS DE PROGRAMAS DE REINSERCIÓN PENITENCIARIA: TRABAJO ACTUAL Y RETOS EN LA INTERVENCIÓN DE URGENCIA

MARÍA R. VEGA MENEZO

Representante de la asociación **H-Amikeco** para la promoción de las relaciones humanas

Desde nuestra entidad entendemos que la agresión por parte de un varón a su pareja puede considerarse una emergencia. En los últimos años se ha tomado consciencia de esta emergencia desde la perspectiva social y de intervención para tratar y prevenir futuros daños en las víctimas. Sin embargo encontramos que la comisión de un delito, a menudo de forma involuntaria (aunque plenamente responsable) puede considerarse una situación de crisis e impacto psicológico también para los agresores.

Ante un delito de violencia de género se presenta una denuncia, ya sea por parte de la víctima o del entorno. De inmediato hay varias personas que se ven afectadas: el propio varón, la propia pareja, hijos, familiares, etc...

Respecto al varón, este recibe una atención en un primer momento de carácter policial que es efectiva y salvaguarda a las posibles personas afectadas, a través de una detención. Posteriormente es derivado al ámbito judicial y tiene una atención jurídica de oficio o particular, conduciendo en muchas ocasiones a un primer juicio rápido donde es posible llegar a una conformidad con la denuncia, que conlleva una rebaja en la sentencia.

Estas actuaciones son rápidas y profesionales. Pero desde nuestra entidad vemos que lo que no existe es una atención psicológica para él en esa situación de crisis. No hay unos primeros auxilios psicológicos.

El proceso anteriormente descrito se encauza en un plazo más o menos rápido pero no hay una atención psicológica. Lo más similar llega más adelante, en caso de que la sentencia judicial implique el cumplimiento de un programa de reinserción de carácter psicosocial. Esta atención se va a producir tiempo después del delito y el juicio (con suerte medio año, siendo lo más habitual uno o dos años de plazo y en los peores casos una espera de hasta seis años). En este tiempo la persona sigue sin un soporte



adecuado para integrar esta experiencia de alto impacto en su vida. Esta experiencia puede producir consecuencias sin que el propio sujeto pueda elaborarlas.

Instituciones Penitenciarias es la institución encargada de recoger el mandamiento judicial para el cumplimiento penal una vez dictada la sentencia. Para ello requiere al condenado para que acuda de modo obligatorio y dependiendo de la gravedad del delito y la sentencia entra en contacto con el Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas para cumplir en un Centro de Inserción Social, o en un Centro Penitenciario para el cumplimiento en medio cerrado. En estas circunstancias puede ser derivado al programa PRIA-MA, que es el programa específico para delitos por violencia de género. Este programa puede ser de carácter pseudo-obligatorio (alternativa a los trabajos en beneficio de la comunidad, o el ingreso en prisión) en caso de las suspensiones de condena; o de carácter voluntario en el caso de haber ingreso a prisión.

A partir de la derivación al programa es cuando empieza nuestro trabajo.

Este consiste en, en primer lugar, recibir al penado y darle acogida en un espacio terapéutico que rara vez se ve como tal por ser esperado por el penado como un “curso”, y abrir un espacio de escucha y contención para sus dudas, quejas, etc. Se le cita para una entrevista individual con quien va a ser el terapeuta responsable de su caso. En esta se recogen sus datos biográficos, se explora la situación actual, la situación del delito, la situación familiar, infancia, desarrollo, historia de pareja... para comprender su realidad personal y cómo se ha acabado produciendo la agresión. Con todo ello se establecen unos objetivos individuales, breves pero relevantes para potenciar un cambio a lo largo del programa. Destacar que es importante recuperar la subjetividad de cada usuario, que es lo que va a permitir con posterioridad responder con responsabilidad, elaborar los duelos y tratar la angustia.

Tras esta entrevista se procede a un trabajo de terapia en grupo donde lo importante, desde nuestro punto de vista, es que experimente en él los posibles cambios que puede incorporar a su vida. Es muy importante por tanto la forma para que aprenda vivencialmente un estilo relacional de expresión auténtica, interdependencia, respeto mutuo y responsabilidad.

Desde el comienzo hay un trabajo para señalar la posición del sujeto para que se vea en las escenas de su vida cotidiana, señalándole también el ángulo ciego de su queja, su reivindicación victimita. Es decir: cómo su agresividad es una respuesta y cómo, si hay una demanda por su parte, puede tener un carácter de imposible o exasperante.



El terapeuta tiene que transmitirle lo que escucha de él, llevarle a tomar conciencia de las huellas y experiencias que han constituido su vida psíquica, abordar el miedo propio a desaparecer, ser abandonado, dañado, ninguneado, etc. Una parte importante del trabajo en grupo es también poder reflexionar sobre cómo vive él la demanda del otro. Es frecuente que sean proclives a la idealización, tengan dificultad de verse cuestionados y puedan ver a los demás de forma distorsionada.

Una de las partes más complicadas es salir de la ofensa en que pueda estar el sujeto, en relación con la sentencia y las reclamaciones que surgen desde ahí. Se ha de hacer un trabajo de la aceptación del fallo y el límite para que pueda ver que la ofensa y la necesidad de una victoria le ciegan a su propia implicación y participación.

Durante todo este proceso es imprescindible para fomentar el cambio y la reflexión, el vínculo terapéutico. Suele ocurrir que el punto de partida es un sujeto que desconfía, de sí mismo y de los otros, pero que imparte órdenes y puede actuar de un modo temible y defensivo. También puede estar en búsqueda de un vínculo con los demás, con un padre ausente o no validado.

Es destacable la relación con el cuerpo que hay en estas personas, donde el sentir del propio cuerpo está interrumpido. Hay una necesidad de percibir al otro disponible para uno, como confirmación de su propia presencia y existencia.

Los casos más complicados son aquellos que nunca se permiten ser cuestionados, los que se mantienen en la certeza y necesitan la solución de olvidar y borrar lo pasado, sin reflexión propia sobre lo sucedido. En estos casos todo se expulsa fuera y aun habiendo ansiedad, no hay pesadumbre ni duelo.

A lo largo del trabajo en grupo el psicólogo tendrá que elaborar los informes de seguimiento, que son remitidos a Instituciones Penitenciarias al responsable del caso en concreto, para dejar rastro de la evolución y de las posibles incidencias de cada individuo.

En nuestra experiencia hemos visto en estos individuos una sensación de fracaso en el mandato materno de ser perfectos: buenos hijos, buenos maridos, buenos padres, etc.

Nuestro trabajo es el de fomentar la reinserción y reducir el riesgo de reincidencia en aquellos individuos que realizan el programa. Este programa, como se explica en esta ponencia, es de carácter psicológico. Sin embargo parte de los obstáculos a su realización, especialmente en los primeros meses y de forma continuada en los casos más resistentes, son la queja y conflicto con lo sucedido: con la primera actuación



policial que es vivida como una situación humillante (ser convertido en criminal, rompiendo el mandato familiar de ser un buen chico), el juicio rápido que es vivido como una experiencia donde no se les permite expresarse ni se les escucha, la "obligatoriedad" de cumplir la pena y el programa que es vivido como una injusticia, etc... Si podemos considerar que un delito es (de formas diferentes pero ambas existentes) un momento de crisis e impacto en todas las partes implicadas, y el proceso de procesamiento policial, judicial, etc, puede ser vital para la integración de este suceso y actitudes a adoptar en un futuro para las víctimas, podemos ver un proceso parecido en los agresores. La vivencia hostil sin ninguna elaboración psicológica del procesamiento policial y judicial lleva a la construcción de mecanismos de defensa basados en haber sido injustamente tratados, que sirven como escudo para cualquier cuestionamiento y bloquean el trabajo en la responsabilidad propia. Por ello nos parece relevante señalar esta ausencia de una primera intervención psicológica para la correcta integración de los sucesos entre el delito y las intervenciones de reinserción para potenciar el éxito de estas.



MESA 2: TERRORISMO

PSICOLOGÍA Y TERRORISMO

ALFREDO GUIJARRO OLIVARES

Socio Cofundador y Presidente de SEPADEM. presidente@sepadem.org

1 Difícil definición

Cada sociedad, país o grupo tienen diferentes definiciones de terrorismo. Cada uno formula su definición dependiendo de las condiciones políticas en la que se encuentra inmerso. No tendrá la misma definición de terrorismo un palestino o un israelí.

Definición ONU: *“Cualquier acto destinado a causar la muerte o lesiones a un civil o un no combatiente cuando el propósito de dicho acto sea intimidar a una población u obligar a un gobierno o a una organización internacional a realizar un acto o abstenerse de hacerlo”.* (8 marzo 2005). Bruce Hoffman (2000): *“La creación y explotación deliberada del miedo a través de la violencia o de la amenaza de violencia, en la persecución del cambio político”.*

2 Comprendiendo el Terrorismo

Miedo más allá de las víctimas: el objetivo no son las víctimas, salvo excepciones; si no la influencia de sus actos. **Independiente de la causa:** el fin justifica los medios; la causa puede ser injusta a ajustada a derecho. **No es al azar:** Es meditado, busca un gran impacto, como altavoz de sus postulados; propaganda extrema. **Motivación impersonal:** los objetivos pueden ser políticos, religiosos o ideológicos, pero raras veces personales. **Efecto escalada “shock y temor”:** necesita mantener el sentido de indefensión en la población; elevando poco a poco la intensidad y la impunidad de sus actos. **Tiene un punto de ruptura:** no se puede sobrepasar un punto a partir del cual, el impacto es tan grande, que es rechazado mayoritariamente.



3 Ideas básicas

El terrorismo es un método, un medio, no un fin en sí mismo. Busca perdurar, su virtud es la perseverancia y su fuerza la paciencia. Su objetivo es: desgastar psicológicamente a su adversario.

4 Método de Lucha

Sin distinción entre combatientes y no, sus *targets* son civiles, sin zonas de acción definidas, “todo vale”, el estatus legal no importa, tienen sus propios principios, rompen con las reglas de la guerra y del derecho internacional, hay que conseguir **impactar psicológicamente**, atemorizar e influir en el estado o sociedad atacada.

5 Etapas Terroristas

Los 1960-80 terrorismo marxista/separatista. Terrorismo nacional, colocación de paquetes bomba, coches bomba dirigidas contra el gobierno o contra facciones rivales, cierto “acuerdo entre caballeros” el aviso previo limita las bajas y permite evacuaciones y organización de los recursos.

Los 1990 terrorista yihadista. Terrorismo trasnacional, “bomba inteligente” (pionero Beirut de 1983), humano para colocación en el sitio indicado.

Siglo XXI –Tácticas Complejas. Terrorismo internacional. **La población civil es ahora algo más que “daños colaterales”.** Mega-bombas con ataques múltiples y sincronizados, frecuentemente suicida y bombas inteligentes contra objetivos “blandos”.

6 Estructura terrorista.

Terrorismo occidental tiene un líder con su estado Mayor, cuadros activos y apoyo activo y pasivo.

Terrorismo yihadista estructura en anillos de seguridad. **Primer anillo:** Organización propiamente dicha. **Segundo Anillo:** redes creadas ad hoc. **Tercer Anillo:** redes incorporadas y **cuarto Anillo:** células o individuos independientes.



7 Tópicos.

Enfermos mentales: la mayoría no han tenido nunca un trastorno psicopatológico. **Amplio apoyo social:** tienen un bajo apoyo social, la mayoría de la sociedad no se involucra. **Gran impulsividad:** las acciones requieren esperar, planear para conseguir objetivos. **Baja autoestima:** alto concepto de sí mismo, que les hace afrontar retos, asumir riesgos y superarse ante los fracasos. **Baja clase social:** mayoría de clase media, con buena formación (Laqueur, 2003). **Jóvenes ingenuos:** Edad promedio es de 26 años, últimamente 22 años. **Reclutados por los líderes carismáticos:** El reclutamiento se hace vía amigos y/o familiares y gracias a Internet. **Las madrazas lavan el cerebro:** mayoría con educación secular. **El islam radical exporto la violencia de sus países de origen:** mayoría de terroristas de familias de convicciones religiosas muy moderadas o nulas. **Hombres solteros:** tres cuartas partes son hombre casados y con hijos. **Ingresan por desesperación:** el 60% de los terroristas son profesionales cualificados. **Son delincuentes.** Muy pocos tienen antecedentes. Segunda generación con antecedentes por delitos menores (hurtos, drogas).

8 Rasgos del Terrorista

Optimismo exagerado, motivación pro social, motivación de cierre cognitivo (Arie Kruglanski). El hermetismo mental es consecuencia de la aversión a situaciones que generen incertidumbre o ambigüedad. Dos aspectos: sistemas de creencias claros y sencillos y rigidez de los conceptos e ideas. Al limitarse las relaciones al grupo, las fuentes de satisfacción personal están vinculadas a miembros o actividades del grupo.

9 Fases.

Fase I: Grupo de pertenencia: Una idea base, utilización de los medios de comunicación (propaganda), victimismo, apoyo del grupo a sus miembros, órganos de autodefensa, inicio del **proceso de despersonalización** del “enemigo” y polarización

Fase II: Expansión: Cohesión, arraigo de los lazos intragrupo, justificación de la violencia, el lenguaje como arma, asimilación de otras ideas afines, adaptándolas a la idea base, complemento de las acciones violentas con otras de apoyo a la población, definición de sus principales enemigos y mitificación de sus víctimas (mártires).



Fase III: Toma del control absoluto: Cohesión del grupo, potenciando los lazos de dependencia, adoctrinamiento. Extensión del pensamiento único, ayuda social completamente organizada y empleada masivamente, eliminación de todos los adversarios por medio de: Propaganda, incluso con la mentira para desprestigiar a los disidentes, terror selectivo (al individuo, a la familia, al entorno), eliminación del enemigo (física, económica, cultural, política, moral).

10 ¿Estamos perdiendo la guerra contra el terrorismo?

Si. Porque tratamos los síntomas y no las causas. No hay unidad en la lucha contra el terrorismo. No se puede eliminar a todos los terroristas. El campo de juego lo marcan los terroristas. Fractura cultural y social, las desigualdades a nivel mundial facilita el surgimiento del terrorismo. Perdemos la batalla del lenguaje y la comunicación.

11 Conclusiones

El terrorismo: es una táctica antigua. Es una forma de *comunicación extrema, por medio del terror*. Es un tipo especial de violencia y *guerra asimétrica*. *Es usado en tiempos de paz, de conflictos y de guerra*. Está diseñado para influir socialmente por medio del miedo y es un acto político.



PROYECTO EUPSIKE. PROGRAMA BIOPSIICOSOCIAL DE READAPTACIÓN Y MANEJO EMOCIONAL CON VÍCTIMAS DE CONFLICTO ARMADO.

M^a ISABEL GARCÍA GARCÍA.

Psicóloga especializada en Intervención en Crisis, Emergencias y Catástrofes. Psicóloga Asistencial de la Red Nacional de Atención a Víctimas del Terrorismo. Responsable del Área de Emergencias del COP Bizkaia. Socia SEPADEM. mabel.garcia@grupoeupsike.com Tfno. 686.286.343.

Colombia se encuentra inmersa en un proceso de transformación tras sufrir un conflicto armado de más de cinco décadas. Pese a ello, el Comité Internacional de la Cruz Roja en Colombia informó, en marzo de 2018, de la persistencia de cinco focos armados vigentes. La Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas informó que en 2018 constaban registradas en territorio nacional 243.547 personas afectadas por actos terroristas como atentados, combates, delitos contra la libertad y la integridad sexual en el marco del conflicto armado, desapariciones, homicidios, minas antipersona, secuestros, torturas... Del total de los afectados, 77.107 son menores de 18 años.

Desde las Instituciones y su compromiso de construcción de la Paz y reparación de las víctimas, se están poniendo en marcha leyes, programas y espacios de encuentro dirigidos a la reparación integral, con un apartado especial dirigido a la esfera bio-psico-social. El objetivo es la recuperación emocional individual pero también la colectiva donde puedan reconocerse más allá de su condición de víctimas, así como facilitar la vida diaria, potenciando la reconstrucción interior, el bienestar y la convivencia pacífica. Colombia extiende ese compromiso de ayuda y reparación a los ciudadanos residentes fuera del país de origen. Bajo ese marco de ayuda en el exterior, el Consulado de Colombia en Bilbao contacta en 2017 con Eupsike - Centro de Psicología, tras la presentación, selección y aprobación del proyecto. A lo largo del año 2018 se llevan a cabo 6 talleres en una sala habilitada del Consulado, dirigido a ciudadanos de Colombia afectados por el conflicto y residentes en Bizkaia.



Posteriormente, en el año 2019 se amplía a Logroño y Pamplona, incorporándonos al Consulado Móvil.

El programa consta de dos fases:

1. **EVALUACIÓN:** Realizamos valoración previa con el objetivo de identificar necesidades que permitan ajustar el contenido de los talleres a demandas reales.

Entrevista estructurada de recogida de datos. El 73% de los participantes son mujeres, con edades entre 18 y 76 años. El 27% con pareja estable y el 77% con hijos. El 23% comunica encontrarse en situación de reubicación familiar. Según los datos recogidos, la puntuación media en sensación de integración es de 8 puntos sobre 10 y la media en bienestar general comunicada es de 7. Los participantes identifican como sus principales factores de protección las características personales destacando optimismo, adaptabilidad y creatividad. Señalan otros como religión, familia y apoyo social. Señalan como principal dificultad problemas de sueño y otros como falta de apoyo social, familia en país de origen, distancia con país de origen, desprotección institucional y excesivas horas laborales. Frente al malestar, hacen uso de actividades principalmente sociales y de ocio. Informan de otras como religión, deporte, música, actividades familiares y acudir a bares. El 73% afirma contar con apoyo de su entorno directo y el 64% con apoyo del entorno lejano.

EGEP-5: Evaluación Global de Estrés Postraumático. (TEA Ediciones 2017)

La finalidad es la evaluación de la sintomatología postraumática y el diagnóstico del Trastorno de Estrés Postraumático, con baremación según criterios diagnósticos DSMV.

Resultados: Todos los participantes que cumplimentan el cuestionario marcan al menos una situación traumática con sintomatología asociada. El 77% marca haber sufrido más de un acontecimiento traumático. El 55% identifica como acontecimiento principal generador de malestar en la actualidad, situaciones relacionadas con el conflicto armado como actos terroristas, violencia física, secuestro, persecución... El 47% cumplen criterios diagnósticos TEPT, 6 de los participantes presentan además síntomas disociativos. Destaca la puntuación obtenida en síntomas intrusivos, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo y alteraciones en la activación. A pesar



de la elevada presencia de sintomatología traumática y afectación en funcionamiento, el 50% admite no haber consultado con ningún profesional.

2. INTERVENCIÓN: Los asistentes acuden a cada taller de forma voluntaria y gratuita, previa inscripción. Cada taller es de contenido temático, con una parte teórica y otra práctica en la que de forma grupal comparten y ponen en práctica los contenidos trabajados, mediante actividades, dinámicas y prácticas guiadas.

Los objetivos troncales de los talleres son: Fomentar la elaboración e integración de los acontecimientos vividos; Disminuir malestar, sintomatología y factores de riesgo; Potenciar recursos y resiliencia; Facilitar la readaptación a la nueva situación socio-política y de entorno; Potenciar la reconstrucción interior; Promocionar el bienestar integral, tanto individual como colectivo.

Ejemplos de algunos de los contenidos trabajados son: Psicoeducación (información sobre impacto tras acontecimientos traumáticos, normalización de reacciones, factores de riesgo, factores de derivación a profesionales especializados y recursos disponibles en su red); Autocuidados básicos; Adaptación psicosocial; Resiliencia; Educación Emocional; Estrategias de gestión y afrontamiento; Estrategias de gestión cognitiva, emocional y comportamental; Resolución de problemas.

Los participantes han acogido con enorme agrado la implementación, por parte del Consulado, de acciones dirigidas a la atención y acompañamiento psicosocial. Han expresado agrado por el formato en talleres que permiten la interacción y la reconstrucción colectiva. El número de participantes ha sido variable, pasando de los 22 iniciales a las 55 solicitudes de los últimos talleres.

CONCLUSIONES:

Los asistentes consideran positivo, satisfactorio y saludable: Contar con un recurso facilitado por las instituciones (lo que implica un reconocimiento del sufrimiento y un esfuerzo por ayudar a sanar las heridas); Ayuda y acompañamiento profesional especializado; Compartir experiencias y dificultades entre iguales; Construir juntos.



Indicadores de éxito del programa: Verbalizaciones de los participantes y del personal del Consulado; Repetición de los asistentes a los diferentes talleres; Aumento progresivo del número de participantes; Extender colaboración al año 2019; Ampliar intervención a otras ciudades.

Lecciones a aprender: Escuchar a los propios afectados respecto a sus necesidades y demandas; Recogida de datos adaptada a los trámites de registro de víctimas para posteriormente poder acceder a los recursos asistenciales; Comunicación y colaboración institucional que facilite la implementación de acciones especializadas recomendadas; Perder el miedo a sentir; Incorporar al programa atención individualizada; Grupos más homogéneos y cerrados que permitan una adecuada recogida de datos para su posterior análisis y valoración de resultado.



EL POLICÍA ANTE AL ACCIÓN TERRORISTA

JOSÉ MIGUEL HERRERO VÁZQUEZ

Agente 1º de la Ertzaintza, txemaik@hotmail.com

La policía es ese grupo de personas que representan la delgada línea azul, línea que separa el orden de la anarquía.

Los terroristas son los egoístas portadores del caos y el dolor.

Para hacer frente al terrorismo y sus consecuencias, es esencial tener como policía la **concienciación** de la gran responsabilidad de vestir uniforme, de los devenires que conlleva el trabajo policial, y del compromiso con la sociedad, las instituciones y las leyes a las que se promete servir, proteger y hacer cumplir.

Con una buena **concienciación** previa, **formación** continua y multidisciplinar sumado al **reconocimiento** del trabajo realizado, hace que la **motivación** aumente, así como la **determinación** a la hora de afrontar un incidente y superar el después.

Concienciación + formación + reconocimiento = motivación = perspectiva.

El terrorista, por su parte, en el punto de llevar a cabo la acción, está altamente **concienciado**, misión asumida como algo **vital** dentro de su ideario, lo que le da una **determinación** sin fisuras para llevar a término sus planes por muy crueles que sean.

La acción terrorista se produce como medio de coacción al sistema para la consecución de un fin y se caracteriza por ser **predeterminada**, **sorpresiva** y **efectista**, dirigida hacia objetivos:

Una **acción** terrorista conlleva una **reacción** tanto policial como del sistema que para el terrorista es motivo para justificar otra **acción**.

El terrorismo es terrorismo, aunque en algunos foros se clasifique de baja o alta intensidad. Las víctimas no hacen diferencias, la motivación y el fin es el mismo lo cual anula la diferencia.



ACCION TERRORISTA

Cuando una acción terrorista se produce se activan los equipos de intervención en emergencias, policías, bomberos, sanitarios, etc.

El centro 112 recibe el aviso, derivando a los diferentes agentes actuantes las acciones a realizar, los cuales son coordinados por una mesa de crisis multidisciplinar. La forma de actuar fluctúa según las comunicaciones dadas por los intervinientes y las necesidades que vayan surgiendo.

Lo habitual es que los primeros en ser movilizados sean los policías, ya que la zona cero ha de ser asegurada para que el resto de los servicios puedan actuar con seguridad.

El objetivo de la policía es el **Contener** el incidente, **Aislar** al o a los activos y **Neutralizar**. (**C.A.N.**)

En estas acciones un policía puede estar en primera línea, ser el primero en llegar y encontrarse en un escenario dantesco dominado por el caos absoluto, donde todos corren en una dirección y los policías en otra, donde múltiples heridos piden ayuda, pero el objetivo del policía en ese momento, como antes se ha comentado, es **Controlar**, **Aislar** y **Neutralizar**, sin saber que les espera.

Una vez neutralizada la amenaza y asegurada la zona esos policías colaboran con los demás servicios en labores de atención a heridos, desescombros, atención a familias.

Después de estas labores toca recomponerse, respirar y volver al servicio ordinario.

Pero la acción terrorista puede que sea directa, durante el servicio o fuera de este.

En un ataque ya sea por medio de piedras y cócteles Molotov, disparos o explosivos, los agentes ven igualmente peligrar su integridad física y vital.

Sorpresa, incredulidad, miedo invaden a las víctimas, pero son agentes de policía así que se entra en modo **REACCIÓN**, de ahí incidir en la importancia de lo antes dicho sobre la **CONCIENCIACIÓN** y **FORMACIÓN** para que de forma automática y controlada se pongan en marcha las técnicas aprendidas y entrenadas para activar las acciones necesarias para hacerse con el control.



Una acción terrorista se puede producir en cualquier momento. Con delincuencia común es más fácil de asimilar el rol de policía, ladrones, es lo que tiene jugar de pequeños a “polis y ladrones” que normalizamos ciertas situaciones, pero el terrorismo...

El terrorismo es una demostración de maldad sin paliativos, sea por la motivación que sea, económica, política, religiosa, etc. es algo latente que en **CUALQUIER MOMENTO** se puede activar. Y no es alarmismo, es realismo.

El policía durante la labor policial en un escenario terrorista sufre una carga emocional y psicológica constante.

La incertidumbre, el caos, imágenes dantescas, compañeros caídos, esfuerzos en vano por salvar vidas, consuelo a familia de víctimas in situ, y un sinfín de situaciones que hacen cargar con una gran mochila a los agentes intervinientes, agentes que se ven de nuevo realizando servicio rutinario, pasando de una actuación a otra.

¿Y después? ¿Y el mañana? Por lo general el agotamiento, la frustración, el abatimiento, sobre todo, la sensación de abandono son los sentimientos más extendidos entre los agentes que se han visto involucrados en atentados terroristas.

El reconocimiento de compañeros, jefes, instituciones, compaginado con un serio seguimiento psicológicos, no solo de las víctimas, también de los actuantes es fundamental para la superación de estas situaciones excepcionalmente críticas.

CONCLUSIONES:

- Concienciación, formación, reconocimiento.
- Las técnicas psicológicas aplicadas son fundamentales para una labor policial de calidad.
- Seguimiento y apoyo psicológico en el antes, durante y después de la intervención policial.
- Incidir en protocolos de detección de trastornos derivados del estrés traumático y planes anti-suicidio.



MESA 3: ORGANIZACIONES RESILIENTES

LA UME: ORGANIZACIÓN SALUDABLE Y RESILIENTE

JUAN SALDAÑA

Psicólogo y militar de carrera del ET. Experto en Emergencias y Catástrofes, Trauma y Resiliencia. Jefe de la Sección de Personal del Cuartel General de la UME y Tesorero de SEPADEM jsalgar@et.mde.es; tesorero@sepadem.org

Marco conceptual

La relación trabajo-salud es uno de los epígrafes principales en el ámbito de la Prevención y la Seguridad, integrado dentro de los Recursos de Gestión Técnica en los Servicios de Emergencia; significándose que **en la actualidad la relación entre el trabajo y la salud toma una importancia y complejidad especiales.**”

Desde mediados del siglo pasado, se viene investigando y trabajando para crear empresas saludables. Esto es, lugares donde no se ponga en riesgo la salud de las personas. Chris Argyris (1958) ya definió las organizaciones saludables como aquellas que permiten un funcionamiento humano óptimo.

“El origen y evolución de los esfuerzos para mejorar la seguridad, la salud y el bienestar de los trabajadores, son tan complejos como la evolución de las ideas acerca de cómo alcanzar los objetivos de la OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para los trabajadores, a lo largo del tiempo”. (OMS, 2010)

De esta manera, la promoción de la salud en la empresa es uno de los grandes objetivos definidos en el **Plan de Acción Mundial de la OMS**; proponiendo su definición de **Entorno de Trabajo Saludable**.



Al tiempo, en el espacio europeo, las bases de la actividad general en la promoción de la salud en el lugar de trabajo son proporcionadas por dos factores: el primero, la Directiva Marco en Seguridad y Salud (Directiva del Consejo 89/391/EC, traspuesta a la legislación española mediante la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, de 8 de noviembre (B.O.E. nº 269 de 10-11-95)), y el segundo, el creciente interés del lugar de trabajo como campo de actuación de la salud pública.

La Comisión Europea apoyó una iniciativa para establecer una Red Europea para la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (*The European Network for Workplace Health Promotion -ENWHP-*), que fue creada en 1996, y en su reunión mantenida en Luxemburgo en 1997 todos sus miembros asumieron una declaración para la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PST). Por ello es conocida como la **Declaración de Luxemburgo**. En la actualidad, su labor se encuadra en el *Marco Estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2014-2020*.

En España, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) de la mano de la ENWHP inició su camino en el área de la PST en 1996, con la constitución de esta Red europea. En 2015, se aprobó la *Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020*; destacándose que incorporó, en su Objetivo 3, una línea de acción específica para el fomento de la cultura de la salud y del bienestar, potenciando hábitos saludables en el entorno laboral. En ese mismo año, se inicia la andadura de la **Red Española de Empresas Saludables**.

Marco metodológico

En este caso, el contexto organizacional de las **Organizaciones de Seguridad, Emergencias y Defensa** (OSED) se centra en la Unidad Militar de Emergencias (UME), y con la finalidad de dar respuesta a la cuestión clave de cómo son las organizaciones saludables se analiza el **Modelo de Empresa Saludable** desde un **doble Objetivo**: 1) contar teóricamente con un **esquema conceptual**, y 2) disponer en la práctica de un **esquema referencial y operativo** que permita intervenir en las fases de diagnóstico y de formulación e implementación del sistema de gestión del modelo de empresa saludable (**SIGES**) entendiendo la organización como un **Sistema Socio-Técnico Complejo y Adaptativo** (Levy, 2007; García-Izquierdo, 2007).



La UME es la primera unidad de las Fuerzas Armadas (FAS) adherida a la **Declaración de Luxemburgo** y forma parte de la **Red Española de Empresas Saludables** desde febrero de 2017, y también es la primera unidad de las FAS comprometida con **AENOR** en implantar el SIGES y obtener el certificado de conformidad según el modelo y la licencia de uso de la marca, tras la implementación y las auditorías, en el periodo 2018-2020.

Con ello, **en el nivel organizacional**, en nuestra mano está el generar entornos saludables que faciliten la salud psicosocial de nuestros colaboradores para que puedan afrontar las demandas del día a día como retos superables, en lugar de amenazas de las que hay que huir.

Por ello, en este entorno, **la labor del psicólogo especialista en urgencias y emergencias** es fundamental porque es capaz de asegurar que se **dispone del personal sano, debidamente capacitado y altamente motivado**.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, H; Cruz-Ortiz, V; Salanova, M; Llorens, S (2015). Organizaciones saludables: analizando su significado desde el Modelo HERO. Revista de Psicología Social. Vol 30, nº 2, 323-350.

Argyris, C. (1958). The organization: What makes it healthy?. Harvard Business Review. Vol 36, nº 6, 107-116.

Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR) (2014). Modelo de empresa saludable. Healthy workplaces model.

European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) (1997). Declaración de Luxemburgo. http://www.insht.es/PromocionSalud/Contenidos/Promocion%20Salud%20Trabajo/Documentos%20ENWHP/Documentos%20estrategicos/Ficheros/22_1%20Declaracion_%20Luxemburgo.pdf

ENWHP (2013).

https://www.enwhp.org/fileadmin/user_upload/pdf/ENWHP-image_brochure-final.pdf



García-Guiu C (2014). Liderazgo transformacional y auténtico en organizaciones de seguridad, emergencias y defensa: Relaciones del liderazgo con la identificación grupal, la cohesión de la unidad y la potencia grupal. Tesis doctoral. Granada: Universidad de Granada.

Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo (INHST) (2015) Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020

<https://www.insht.es/catalogopublicaciones/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1946). Constitución de la OMS: Principios.

<https://www.who.int/about/mission/es/>

OMS (2007). Salud de los trabajadores: plan de acción mundial.

https://www.who.int/phe/publications/workers_health_global_plan/es/

OMS (2010). Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo.

http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf

Salanova, M; Llorens, S; Martínez, I M (2019). *Organizaciones Saludables. Una mirada desde la Psicología Positiva*. Pamplona: Editorial Aranzadi, S.A.U.

Web de la UME: <http://www.ume.mde.es/>



RESILIENCIA Y ORGANIZACIÓN SALUDABLE

TERESA PACHECO TABUENCA

Dra. en Psicología. Subdirectora General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

En la actualidad estamos viviendo un cambio en la forma de ver las organizaciones en el ámbito sanitario, donde ya no sólo el foco es en los procesos asistenciales y tecnológicos, los pacientes y su entorno social próximo, si no que la mirada va más allá, una mirada que va hacia la importancia de cuidar a los profesionales, como elemento indispensable para que las organizaciones sean saludables y resilientes.

Estas organizaciones son aquellas que hacen esfuerzos sistemáticos, planificados y proactivos para mejorar los procesos y resultados de sus profesionales y de la propia organización. Este enfoque integral implica un cambio de cultura, donde no sólo nos basamos en la prevención de patología o riesgos psicosociales, implica también un cambio de modelo de gestión sanitaria, basado en fomentar un entorno con prácticas saludables (recursos organizacionales, sociales y de tarea), empleados saludables (con aptitudes, actitudes, herramientas y comportamientos) y resultados saludables.

Por tanto, en la ponencia se hará una revisión de aquellos puntos clave, estrategias necesarias y prácticas reales para lograr una organización caracterizada por disponer de profesionales motivados, implicados, ilusionados y psicológicamente sanos, con un funcionamiento óptimo y unos resultados excelentes.

Caminar hacia una armonización entre los valores que proceden del conocimiento científico- técnico y los que proceden del conocimiento global y humanístico es uno de los principales objetivos que promueve el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019

http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvc_m017902_0.pdf



Para la elaboración de este Plan y tras un profundo análisis de la situación, a partir del trabajo de grupos multidisciplinares y focales, se pudo concluir la necesidad de cuidar al profesional desde nuestra organización.

Es conocido que vivir de forma directa y repetida el sufrimiento humano, altas dosis de estrés y autoexigencia, así como otros factores situacionales y laborales, pueden causar en los profesionales consecuencias negativas dentro de su desempeño laboral y en su salud.

Los profesionales reclaman que la organización los trate como personas y los cuide.

Durante estos años se ha ido trabajando desde la Subdirección de Humanización de la Asistencia Sanitaria con el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria, en los distintos niveles asistenciales, impulsando actividades en relación a:

1. Prácticas Saludables:

Basado en Recursos organizacionales organizacionales:

- Formación a “la carta” (continua y EMS)
- Cultura en humanización
- Agentes de cambio y gestión de cambio
- Liderazgo humanizado
- Procesos de acogida
- Mejora de la comunicación
- Servicio de Información personalizada
- Mejora de procesos de agradecimiento
- ¿Conciliación?
- Espacios más “amables”

Basado en Recursos sociales:

- Canales abiertos de comunicación y de toma de decisión (Observatorio)
- Equipos de trabajo multidisciplinares y multi-unidad - servicio + voz a otr@s
- Decálogo de Humanización
- Estilos liderazgo saludables
- Gestión de situaciones de conflicto



Basado en Recursos de tarea;

- Canales de feedback (seguimiento PHAS 2016-2019)
- Fomentar otros modos de trabajar

2. Empleados Saludables

- Sistemas de reconocimiento de iniciativas exitosas
- Sistemas para dar a conocer lo que se hace
- Líneas estratégicas PHAS con “cuidado del profesional”
- Estrategias de cuidado y autocuidado (Espacios de Silencio; Manual Desgaste Profesional; Juegos de la Salud)
- Desarrollo de competencias emocionales, relacionales y de eficacia personal - profesional
- Servicio PAIPSE

3. Resultados saludables

- Medir satisfacción en humanización
- Medir la excelencia
- Seguimiento de estrategias y planes

Como conclusión, es un objetivo prioritario dentro del ámbito sanitario conseguir organizaciones saludables y resilientes como valor estratégico de la organización, basándonos en una perspectiva positiva (fortalezas, proactividad y flexibilidad).



MESA 4: VENCER AL MINOTAURO. ENFRENTARSE EN FAMILIA AL LABERINTO DE EMOCIONES

VENCER AL MINOTAURO: RECORRIENDO EN FAMILIA EL LABERINTO DE LAS EMOCIONES.

INMACULADA ARAGÓN CORVERA

Especialista Infantil-Juvenil. i.aragon.corvera@gmail.com

GEMA DEL POZO GÓMEZ.

Psicóloga Habilitada Sanitaria. delpozopsicologa@gmail.com

Diferentes artículos demuestran la importancia de la intervención precoz después de una situación crítica que rompa la rutina de los afectados de una manera imprevisible. Con esta ponencia ponemos el foco en la intervención no sólo de manera individual, sino recalcando la importancia de hacer una intervención desde un paradigma sistémico en el que se actúe con todos los miembros de la familia de los afectados, trabajando así por fortalecer los vínculos afectivos, elementos clave para la recuperación individual y la resiliencia colectiva.

En situaciones de crisis, donde los servicios de emergencia actúan priorizando la atención de los damnificados según criterios de riesgo vital, el triage o clasificación psicológica se utiliza de una manera parecida, priorizando la sintomatología más disociativa o agresiva sobre otro tipo de respuestas. En lo que concierne a la población infanto-juvenil, en la bibliografía revisada aparece la edad como un factor a tener en cuenta en el triage, haciendo hincapié en la necesidad de intervención urgente debido a la vulnerabilidad que experimenta esta población por su corta edad. Sin embargo, en estas mismas propuestas de triage, así como en otros artículos revisados, no se ha encontrado ninguna clasificación adecuada para este segmento de la población, con lo



que en una situación en la que se pueden ver afectados varios menores se echaría en falta una clasificación específica para ellos que agilizará la atención y priorizará a los casos que más necesitarán sobre los que muestran respuestas más adaptativas.

En estas situaciones hay que tener en cuenta que los primeros momentos tras la situación crítica los afectados se encuentran en un entorno caótico en el que es difícil encontrar respuestas a lo ocurrido. Si en esos momentos hay menores involucrados, la prioridad principal (y también la más lógica y esperable) de los adultos que les rodean es la de ponerlos a salvo, sin pararse a dar explicaciones. Sin embargo, ante estas situaciones los niños necesitan más que nunca de sus figuras de apego primario, es decir, aquellos familiares que son capaces de establecer un punto de seguridad, calma y normalización en un contexto en el que la rutina se ha perdido. Esta inseguridad que experimentan los niños durante los momentos de crisis dependerá de factores distintos, como pueden ser la edad o el estado y cercanía de las figuras principales de apego.

En relación con la clasificación mencionada anteriormente, realizamos una división de las posibles situaciones de los menores en tres categorías, diferenciando la prioridad de atención según diversos factores, como son:

- Si están o no solos
- Si están o no heridos (siempre teniendo en cuenta que se priorizará la atención sanitaria a la psicológica)
- El estado emocional: a reacciones más polarizadas, como son el estupor reactivo o la agresividad, mayor prioridad en la atención
- El estado de sus figuras de referencia o sus acompañantes
- Solicitud de ayuda por parte de otros equipos de emergencia

Con todo esto, la intervención con los menores se puede clasificar, facilitando la asistencia y promoviendo el reencuentro con sus familiares. Este reencuentro permitirá la intervención con todo el núcleo familiar, entorno donde convive el menor, y que será clave a la hora de trabajar el impacto de la situación crítica, pudiendo facilitar o empeorar las secuelas producidas por dicha situación.



Es muy importante conocer los síntomas, que serán diferentes dependiendo del estadio evolutivo de los menores, y tendrán diferentes reacciones, que ayudan a comprender cómo ellos están viviendo y respondiendo al evento traumático.

Esto dará la oportunidad a los intervinientes para enfocar a los familiares en la manera que tienen que intentar relacionarse con sus hijos para ayudarse y que entre todos puedan gestionar las emociones y sus sentimientos.

Conocer por parte de los familiares cuáles son las reacciones emocionales y conductuales “normales” reforzará los vínculos intrafamiliares y potenciará el afrontamiento psicológico y social, de toda la familia.

A lo largo de nuestra exposición se enumeraron las diferentes reacciones por edades, distinguiendo los grupos hasta los 5 años, del periodo de los 6 a los 11, de 12 a 14 y hasta los 18.

Hicimos especial mención a los miedos que surgen posteriormente, los comportamientos con sus otros hermanos, en el colegio con sus iguales, cómo manifiestan la rabia, la impotencia, la tristeza y su reflejo en síntomas somáticos físicos, observando que hay modos diferentes de relacionarse e interactuar con su grupo de amigos/compañeros, los trastornos del sueño, qué tipo de preguntas harán en función de su pensamiento del estadio en el concepto de permanencia e irreversibilidad de la muerte.

En los cambios hacia la pre-adolescencia tuvimos en cuenta el sentimiento de culpa como un factor importante a tener en cuenta, el abuso de sustancias tóxicas, problemas de convivencia en casa en cuanto resistencia a las reglas o normas e incluso intentos de suicidio o autolesiones como forma de reaccionar ante el evento traumático.

Igualmente este mismo recorrido pero realizándolo desde el enfoque familiar ayudará a dar algunas orientaciones o pautas que permitan compartir conjuntamente, la expresión de emociones, sentimientos, escuchar, apoyar y acompañarse para reducir las tensiones, la ansiedad...

Normalizar el autocuidado de toda la familia, respetar los tiempos que cada uno necesita y poder crear espacios de comunicación para hablar de cómo se sienten todos permitirá empoderar y legitimar a cada uno dentro de la familia.



Motivar la expresión de las emociones mediante juegos o dibujos o recuperar la asistencia a actividades no sólo de tipo escolar sino también de ocio o deporte son pautas importantes que dar a las familias que se han visto inmersas en un suceso traumático. Trabajar con imágenes de lo ocurrido o noticias del hecho traumático facilitará que la familia normalice los problemas que pueden aparecer después de lo ocurrido, como puede ser conciliar el sueño o concentrarse en las actividades de la vida cotidiana.

Es crucial la intervención sistémica con toda la familia para trabajar entre todos la estabilidad emocional de todos los supervivientes después del evento traumático que han vivido, recorriendo juntos las emociones que vayan surgiendo después de experimentar el hecho traumático.

BIBLIOGRAFÍA:

Díaz Seoane, P. (2016). *Hablemos de duelo. Manual práctico para abordar la muerte con niños y adolescentes*. Madrid: Fundación Mario Losantos del Campo.

Rygaard, N. P. (2008). *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos del apego (1ª)*. Barcelona: Gedisa Editorial.

Wainrib, B. R., & Bloch, E. L. (2000). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Bilbao: Desclee de Brouwer.



MESA 5: ENTRE ÍCARO Y QUIRÓN: APORTACIONES PSICOLÓGICAS AL TRABAJO DE LOS PROFESIONALES Y VOLUNTARIOS EN EMERGENCIAS

PRESENCIA DESDE LA FORMACIÓN DE LOS TES. EL VIAJE DEL HÉROE. HERRAMIENTAS DE TRABAJO PARA LA EMERGENCIA

ISABEL VILLANUEVA GÓMEZ

Psicóloga sanitaria. Psicoterapeuta Gestalt. reddemar@gmail.com

¿Qué necesita saber un Técnico de Emergencias sanitarias (TES) a nivel de formación psicológica para poder desempeñar su labor de una forma óptima?

En mi trabajo de acompañamiento he encontrado que la metáfora del mito del viaje del héroe es una buena guía para referenciar el camino de crecimiento, del viaje con pruebas y dificultades. Aplicándolo a la emergencia se puede utilizar bien para el proceso global de crecimiento y formación de una persona, o bien como guía en cada intervención, cada salida en la ambulancia.

El viaje del héroe es una historia arquetípica que brota del inconsciente colectivo y los motivos no sólo aparecen en las grandes historias, la literatura y la mitología, sino también en los sueños y en la trama de la vida de cada uno. Joseph Campbell, mitógrafo y profesor estadounidense propuso que esta revisión de los mitos puede ayudar a las personas en su viaje vital, proporcionándole una guía, un mapa para alcanzar la plenitud. El mito del viaje del héroe comprende un ciclo de ida y vuelta, se podría resumir de forma básica en la historia de un viaje en el que el héroe abandona su hogar, su mundo conocido tras escuchar una llamada, se adentra en el mundo desconocido de la aventura, allí encuentra aliados y en la búsqueda del tesoro se



encuentra con un tesoro espiritual, una realización, una sabiduría, y desde ahí regresa de nuevo a su vida ordinaria, transformado.

En la definición de Campbell, *“un héroe es alguien que ha dado su vida por algo más grande que él mismo”*.

Si aplicamos este esquema en lo concreto, la salida de emergencias como un viaje real y metafórico, este guión nos puede ayudar a articular una formación que apoye el trabajo externo e interno a realizar. Tener este mapa puede ayudar a dotar de más sentido el trabajo en la emergencia, nos puede ayudar a dar valor al tiempo de vuelta y recuperación tras el aviso, ofrece la oportunidad de ver cada salida y encuentro como una posibilidad de aprendizaje de algo nuevo y nos proporciona la esperanza de que tras los momentos oscuros, donde no se ve nada, aparece una luz que nos muestra el camino de vuelta a casa.

La formación propuesta tiene una dirección por un lado más externa y mental, siguiendo un viaje más solar, masculino y orientado a la tarea, donde poder apoyar con conceptos, reflexiones y actitudes. (Qué necesita conocer, saber hacer y entender el técnico para acompañar en la emergencia?)

Y por otro lado una formación/viaje más interno, lunar, femenino, emocional donde poder encontrarnos con el Quien soy yo, con mis recursos y mis necesidades, mis dones y mis carencias. (Qué necesito saber de mi, de las emociones y necesidades propias y del otro, de la vida, para hacer este trabajo de forma afectiva?)

Un viaje a dos niveles, que se entrecruzan y que apoyan el aprendizaje activo, vivencial y práctico.

Dentro de este viaje a dos niveles, podemos distinguir tres grandes momentos dentro del monomito:

- **La partida** que se inicia con la llamada a la aventura y el cruce del primer umbral. En esta llamada a la emergencia, el técnico tiene que lidiar con este viaje a lo desconocido, el miedo, la incertidumbre, para poder llegar presente con los sentidos despiertos y con los menos prejuicios posibles a la intervención, pudiendo separar lo observado de la evaluación con juicio. Esto ayuda a amplificar la recogida de información, a mejorar la escucha inicial, a contactar con el otro y a permitir el darse cuenta a varios niveles.



- En un segundo tramo, **la iniciación**, el héroe se encuentra con el camino con pruebas y apoyado por compañeros y aliados, se encuentra con “el dragón que custodia el tesoro” su sombra, los aspectos negados (sus dificultades, a veces sus miedos y su historia personal). El técnico necesita ver los recursos que dispone, lidiar con lo inesperado, encontrar nuevas soluciones, aprender nuevas formas de caminar.
- Por último, en **el regreso**, toca volver al mundo de partida con la recompensa del viaje, atravesando de nuevo un umbral transformado y con lo aprendido. Y así poder rescatar y compartir tras la intervención lo descubierto, lo que se vivió con los compañeros y poder caminar hacia el autocuidado como manera sabia de vivir y gestionar el nivel de estrés propio del trabajo.

Como herramientas personales para transitar este viaje podríamos hablar de la **presencia**, sólo estando presentes podemos transitar de forma consciente este viaje exterior e interior. La **empatía**, entendida como vibrar emocionalmente con el otro, la **escucha** del otro y de uno mismo y el **autocuidado** como actitud de buen trato y escucha de las necesidades que surgen.

Pudiendo encontrar en estas herramientas y en sus polaridades un lugar dentro del continuo que se adapte a cada situación y cada momento vital.

Para caminar en este viaje no sirve pues meramente ofrecer una formación mental, de contenidos, con información y datos.

Sólo lo digerido, vivido, experienciado, asimilado como útil puede ser incorporado a la práctica cotidiana. Uno mismo es su herramienta más preciada en el campo psicológico y emocional. No sirve saber sólo de técnicas de comunicación, tener conocimientos psicológicos sin manejarse con las emociones, sin saber escuchar/escucharse, sin manejarse con lo no verbal.

Una formación vivencial, completa, a varios niveles y utilizando los sentidos, el cuerpo, las emociones, el compartir, la curiosidad, puede llegar a ofrecer posibilidades de aprender algo útil para el trabajo y para la vida.



BIBLIOGRAFÍA

Campbell, Joseph, El héroe de las mil caras, Psicoanálisis del mito, Fondo de Cultura Económica de España. (1949)

Campbell, Joseph, El poder del mito. Capitán Swing Libros S.I. (2016)



¿CÓMO PODEMOS RELACIONARNOS LOS INTERVINIENTES CON FAMILIARES Y ALLEGADOS EN UNA EMERGENCIA?

PATRICIA ACINAS

Psicóloga Experta en Emergencias y Catástrofes, Trauma y Duelo. Miembro Co-fundadora y Secretaria de SEPADEM acinas.patricia@gmail.com; info@sepadem.org

Cuando se produce una emergencia y más si se trata de una gran emergencia o catástrofe, la atención se suele centrar en las víctimas directas o primarias. La atención a las **víctimas secundarias (familiares o allegados)** pasa a un segundo plano. En algunas situaciones de catástrofe o desastre, las víctimas primarias y secundarias se entremezcla y es más probable que se empiece a dar atención a los familiares, desde una perspectiva más social o psicosocial (no exclusivamente psicológica). Esto ocurre cuando hay daños materiales especialmente y las intervenciones se dirigen a los damnificados, por ejemplo ante desastres naturales.

Los profesionales deben saber que las familias se encuentran en un contexto desfavorable y hostil que puede incrementar sus niveles de ansiedad. Es fundamental tener en cuenta las “**heridas**” y los “**duelos**” que traen los familiares y allegados cuando interactúan con un profesional o voluntario en una emergencia. Por ello también es fundamental cuidar ese primer contacto que se hace: cuidando el momento y el lugar, teniendo en cuenta las diferencias de que se hace presencial, telefónico, incluso on line, si se da el caso. Todo esto en los diversos escenarios de actuación.

El objetivo es buscar la **Resiliencia del Alma**, el concepto de **Ataraxia** con el que los antiguos filósofos griegos hablaban de *Ausencia de turbación*. Es el estado de ánimo gracias al cual ser humano, al disminuir la intensidad de sus deseos y temores que alteran su equilibrio físico o mental, logra **fortalecerse ante lo adverso**, mantenerse sereno e imperturbable en relación con el alma y alcanzar la felicidad. (Eutimia).

Para poder interactuar adecuadamente con los familiares, para ponernos en su lugar y poder darles la atención psicológica y psicosocial que necesitan, es importante y necesario al mismo tiempo, tener en cuenta sus **necesidades, preocupaciones, sus**



circunstancias concretas. Trabajar desde el **modelo de Sanador Herido**, siguiendo el ejemplo del mito de Quirón, nos permite crear un marco asistencial apropiado para que el acercamiento a los familiares y allegados sea el que necesitan. Para ello debemos tener en cuenta actitudes, como la **Presencia, la Compasión, la Humildad...**

En las emergencias y catástrofes **el propio interviniente se convierte en herramienta de intervención**, por eso tiene que cuidar su “actuación”, manteniendo actitudes de presencia, compasión, humildad, sin olvidar su propio autocuidado, pero también favoreciendo el autocuidado de los familiares. La manera de proceder debe ser una especie de “**fragilidad resistente**”, que conecte con la realidad de cada momento y situación.

Debemos prestar atención especial cuando hay niños, o poblaciones especiales (personas mayores, personas con enfermedad mental, discapacidad, inmigrantes, asilados, refugiados, o personas con distintas raíces culturales a las del lugar donde ocurre la emergencia)

El interviniente en emergencias, independientemente de su rol, pero especialmente en profesionales de la psicología, debe dar, ofrecer y también pedir.

Dar Confianza a los familiares para que hablen y expresen, **Dar Esperanza** “realista” para que no se derrumben, y luchen por lo posible, **Dar Información** apropiada, dosificada (y saber hacerlo flexibilizando según la situación, las personas que lo reciben, el momento...).

Ofrecer Contención ante las situaciones que se desbordan, conjugando presencia y cercanía, **Ofrecer Validación y Legitimación** de las emociones y sentimientos, de los miedos, enfados, quejas... Ofrecer implica que el otro puede aceptar lo que se le ofrece o no, y eso también el interviniente debe respetarlo.

Pedir Permiso, para no invadir la vida personal de nadie, ni inmiscuirse en asuntos familiares complejos cuando las personas no lo desean, **Pedir Paciencia** porque en ocasiones las cosas no se desarrollan tan rápido como nos gustaría. **Pedir comprensión de errores, fallos, olvidos...** que pueden aparecer en una emergencia y por supuesto no son intencionados, pero pueden hacer mucho daño sino se aborda adecuadamente el impacto que producen en la familia. **Pedir Perdón** si alguna de las intervenciones que se ha hecho ha tenido consecuencias inesperadas, si alguno de los



intervinientes tiene un rol de referencia que implica que ese perdón tiene significado para la familia o allegados que lo reciben.

No podemos olvidarnos de ***Dar las Gracias*** al final, por todo lo que hemos compartido, por lo dado por la familia, por lo aprendido con ellos, y para cerrar y enlazar con otros recursos.

RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS

Rodríguez Vico, I; Rodríguez Vico, C ; Rodríguez Ingelmo, JM; (2019) *Percepción de los profesionales sanitarios del Sistema Sanitario Español que atienden urgencias y/o emergencias en cuanto a la presencia familiar durante su actuación*. Revista de Psicología de la Salud. Vol 7, nº 1 págs 5-21.

Sánchez López , JM; Díaz Agea, JL. (2013) *La atención a los familiares en el contexto de las emergencias: Una asignatura pendiente*. Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia. Vol. 10, Nº. 44.

VV.AA. (2004) *La familia ante momentos difíciles. Una guía sencilla para ayudarte a superar los momentos difíciles que surgen en el entorno familiar*. Consejería de Familia y Asuntos sociales. Comunidad de Madrid. (varias reediciones y actualizaciones). Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007021.pdf>

RECURSOS DE INTERNET

Artículo: ***Mito de Quirón***

<https://sobregrecia.com/2014/09/15/quiron-el-mas-famoso-y-sabio-de-los-centauros/>

Video. ***Enseñanzas de Yoda***. La Venganza de los Sith-STAR WARS Duración 1:24.

<https://www.youtube.com/watch?v=-UrXhiXKkLE>



MESA 6: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES

PROPUESTA DE UN ÁRBOL LÓGICO PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES

VICENTE DAVID COCA.

Enfermero. Psicólogo. vcocap@hotmail.com

La presentación el pasado día 28 de Septiembre de 2019 en Salamanca en las III Jornadas de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias organizadas por SEPADEM, en la ponencia “**Propuesta de un árbol lógico para la intervención psicológica en emergencias y catástrofes**” no tiene la intención de ser exhaustiva pero sí hacer énfasis en aspectos psicológicos que están influyendo en las intervenciones de los diferentes profesionales y voluntarios que participan en ellas.

Se analiza la **situación actual** a partir de dos preguntas: la primera, si estaban suficientemente estudiados los aspectos fisiológicos en las intervenciones, donde la respuesta es, sí (p. ej: Infarto agudo de miocardio, ictus, accidentes con múltiples víctimas, etc...); pero con respecto a la segunda, si estaban estudiados los aspectos psicológicos en las intervenciones, la respuesta es un contundente no y se debe entre otras causas a que se aprenden muchas veces de manera informal, basados en anécdotas y esta situación tenía cierta lógica antiguamente al ser profesionales y voluntarios que intervenían cubriendo una carencia donde no existía psicólogos de emergencias. Se plantean cinco reflexiones que van desde la toma de conciencia hasta la necesidad de la intervención de los psicólogos de emergencias en el escenario mismo, la cual debería estar claramente delimitada por protocolos al intervenir con otros voluntarios y profesionales, y debiendo quedar claro los criterios de



activación de los mismos (quienes los activan, en qué momento,...), lo cual evitará que los pacientes, familiares e incluso intervinientes queden a su suerte ante evento traumático.

Posteriormente se analiza: **para qué un árbol lógico**, es decir, cuál es su necesidad y se plantea la ponencia en dos grandes bloques:

1º ¿Cómo intervenir?

2º ¿Cómo intervenir con otros?

¿Cómo intervenir? se respondió en tres niveles:

- A) El aviso.
- B) La conducta P.A.S.
- C) La intervención de los profesionales/psicólogos.

A) Respecto **al aviso** debemos saber que incluso antes de intervenir habrá incidentes que por sus características van a tener muchas probabilidades de provocar un alto impacto psicológico p. ej. aquellos incidentes provocados por el hombre como puede ser un atentado terrorista, intervenir cerca del lugar de la recogida de cadáveres, etc. y por otro lado también van a influir las características de los intervinientes p. ej. si hay experiencias previas parecidas en la que vamos a intervenir con resultados negativos, falta de habilidades sociales, búsqueda de sensaciones...

B) Al llegar al lugar se hará la **conducta P.A.S.** (Proteger – Avisar – Socorrer). Dicha conducta la deben realizar todos los intervinientes sean profesionales, voluntarios e incluso población general preparada y que la conozcan (formación en primeros auxilios). Se explicó qué son y cómo realizar dicha conducta: cómo protegerse, cómo analizar el escenario donde se interviene, y se analizó entre otros el efecto túnel, qué es, sus características y consecuencias.

Al socorrer nos podemos encontrar diferentes situaciones por ejemplo: que seamos los primeros intervinientes en el lugar o no, que exista una situación donde se deba realizar primeros auxilios físicos o que haya una situación de primeros auxilios psicológicos, donde primaría las situaciones de urgencia vital física (p. ej: RCP) sobre las intervenciones psicológicas.



Se describe cuáles son los Primeros Auxilios Psicológicos (P.A.P.) y como llevarlos a cabo.

C) En el nivel más avanzado de intervención, pasamos a la **intervención profesional**, y dentro de estas los **psicólogos** que pueden intervenir solos o con otros recursos que reclamen su presencia. Esto no quiere decir que la conducta P.A.S. no se lleve a cabo, pues se debe realizar siempre; puede ocurrir que compañeros hayan evaluado mal los riesgos y no se hayan protegido adecuadamente, hayan aparecido riesgos nuevos o simplemente afloren (p. ej. ir a desfibrilar encima de un charco de agua, estar atendiendo debajo de una pared agrietada, que tenga el paciente un arma en la espalda que nadie haya visto inicialmente o estén apareciendo conductas patológicas).

Iniciando dicha intervención con la valoración del escenario la cual muchas veces se tiene que hacer simultáneamente por que la situación así lo aconseja con otras valoraciones, de los afectados, los testigos/supervivientes del incidente, otros intervinientes... haciendo especial énfasis en esta etapa en los riesgos y sesgos. Se habló de cómo iniciar la intervención, cómo hacer el contacto inicial con el paciente, cómo o cuáles deben ser las primeras preguntas, y cómo debe realizarse la valoración propiamente dicha, aquello que debemos valorar, pasando posteriormente a cómo diagnosticar y qué información deberíamos tener antes de pasar al plan de acción, la intervención a realizar, las medidas a tomar, sabiendo que estará nuestro trabajo muy condicionado por las características propias de las emergencias extrahospitalarias donde el contacto con el paciente es relativamente escaso en el tiempo pero la importancia de esas medidas que se tomen serán enormes, preventivas, debiendo desarrollarlas y evaluándolas constantemente para introducir mejoras.

En cuanto a la segunda gran pregunta, ¿cómo intervenir con otros? Se mostró un árbol lógico con **dos grandes escenarios**:

a) Catástrofe y b) Situación de urgencia. Las cuales tendrán un elemento común, el P.A.S, y formas de proceder diferentes en función de que haya o no intervinientes, quienes son, profesionales, voluntarios, quien los activa, quién hace qué en definitiva.



RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS:

Guía de primeros auxilios psicológicos para psicólogos.

<http://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/guiaprimerosauxilios2008.pdf>

Guía Asistencial URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS. Segunda Edición 2014. GUES-SESCAM



INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS, NIÑOS Y NEONATALES

MARIANO NAVARRO SERER

Psicólogo Clínico. Unidad de Salud Mental. Hospital General Universitario de Valencia.
Presidente de PSICOEMERGENCIAS-CV. Miembro de SEPADEM sendavitae@hotmail.com

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico.

Pero por encima de toda esta definición técnica, una Unidad de Cuidados Intensivos ya sea adulta, pediátrica o neonatal, presenta un denominador común a nivel emocional en todos aquellos que forman parte de ella sea cual sea el rol que desempeñan; y este denominador común es, el sufrimiento.

Son diferentes los motivos por los que cualquiera de nosotros o alguno de los nuestros puede ingresar en una UCI, un súbito accidente de tráfico, la complicación de una intervención quirúrgica, la derivación inmediata por puertas de urgencias debido a la gravedad del caso, serían algunas de las causas de ingreso; y es entonces cuando todo cambia. Cuando el paciente empieza a ser consciente del lugar donde está ingresado sufre, la familia que queda relegada de su cuidado principal y pendiente de la información médica puntual, sufre, y cuando el pronóstico es incierto y el profesional se sobreimplica descuidando la última fase de la empatía, sufre.

De alguna manera el sufrimiento sobrevuela el ambiente de una UCI, y lamentablemente esto en la mayoría de los casos no se contempla como una amenaza que interfiere negativamente en todos aquellos que forman parte del mismo. La intervención psicológica en una Unidad de Cuidados Intensivos debe de ser contemplada como absolutamente necesaria dentro del equipo de intervención. La



figura del psicólogo se ha demostrado altamente significativa dentro del equipo UCI en su intervención a tres niveles: paciente, familia y equipo.

Con el paciente en cuanto a la importancia de ofrecerle un acompañamiento durante su periodo de ingreso en el que no sólo se va a tener en consideración el cuidado de sus necesidades médicas, sino también la atención de sus necesidades emocionales; recoger sus reacciones de tensión, angustia, desesperanza, preocupación y temor por su estado puede influir, sin lugar a dudas, el curso de su evolución. Un paciente ingresado en una UCI se convierte en un sujeto que percibe la pérdida total de su autonomía quedando al cuidado de otros tras la pérdida de todo rol que antes desempeñaba.

La familia del paciente vive con angustia todo el tiempo de espera lidiando con una serie de temores asociado a la evolución de su ser querido, miedos y amenazas que destrozan la anterior sensación de estabilidad y control que pudiera estar presente antes del ingreso. La amenaza de la muerte aparece con fuerza y desestabiliza todo el entorno familiar por lo que la presencia de un profesional que recoja estas necesidades ayudándolas a poner en orden, a normalizar estados y a favorecer a través de la comunicación la expresión de las mismas, es de absoluta necesidad.

La convivencia diaria con la enfermedad grave, el sufrimiento y la muerte deteriora a cualquiera que se enfrenta a ello. Independientemente de que para poder trabajar en una unidad crítica se debe reunir un perfil altamente específico, es inevitable que el contacto directo con el sufrimiento no termine pasando factura a cualquier profesional. Dotar dentro del equipo de Cuidados Intensivos con un profesional de la psicología significaría poder ofrecer al resto de integrantes la posibilidad de poder ser atendidos en determinados momentos para poder poner en orden cualquier reacción emocional que altere el equilibrio de la persona afectada. Significaría ofrecer el cuidado de ser atendidos en momentos de afectación para la prevención del burnout, o simplemente significaría trabajar para humanizar el entorno de un espacio altamente tecnificado dentro del cual puede tenderse a automatizar la labor de atención al paciente desde la protección inadecuada de cada uno de sus miembros.

Son muchos los estudios que demuestran que todo esto es cierto y absolutamente necesario, sin embargo, ¿qué es lo que sucede para que no se lleve a cabo?, ¿Cuál es el freno que impide tener en consideración esta necesidad dirigida al cuidado de



estos tres niveles de intervención? Lamentablemente siempre el aspecto económico interfiere la humanización de los servicios sanitarios, bien no considerando su necesidad o bien supliendo la misma con el ejercicio inapropiado del voluntariado que lamentablemente sustituye la labor profesional que realmente debería desarrollarse.



HUMANIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

EVA MARÍA RUIZ MUÑOZ.

Psicóloga experta en Urgencias y Emergencias. Psicóloga experta en intervención familiar y sistémica. psicoevar@gmail.com

En la actualidad, estamos asistiendo a un cambio de paradigma desde hace unos 12 años aproximadamente, un cambio en el que las personas se sitúan como centro del sistema. Esto que parece tan obvio, ha costado y sigue costando mucho esfuerzo. Ver a la persona como un ser integral, de forma holística, alma y cuerpo indivisible.... Esto no es tan fácil en un sistema que dividió al ser humano en diversas especialidades perdiendo la percepción de un ser como un todo.

En este modelo se le da importancia al avance tecnológico... sin acompañarse de igual manera en sus aspectos humanos.

Este cambio no ha sido fácil, confronta con la forma de trabajar que se ha tenido durante años en el sistema de salud: de una estructura piramidal a un modelo transversal.

La resistencia ha sido grande, no solo por las personas que ocupan cargos...sino por los propios trabajadores habituados al sistema.

Hemos pasado de un modelo biomédico, donde el centro del sistema era el Médico, con distintas especialidades médicas que solo tenían una visión reducida del ser humano, y en el cual, el paciente era un mero receptor pasivo y obediente, a un modelo centrado en la persona, entendiendo al paciente junto a su familia y entorno, teniendo en cuenta su contexto no solo familiar, sino también social, económico, cultural, religioso...y en el cual el paciente es un agente activo en su salud

La Humanización está relacionada con:

- a) Como se concibe el sistema
- b) La forma de gestionar la sanidad



- c) La mentalidad de las personas y su mapa del mundo, estando esto influenciado por la política, la religión y el contexto en el que estamos sumergidos.
- d) La competencia profesional.

En este sentido, podemos decir, que la Humanización se encuentra en proceso de elaboración.

Tomando como referencia a José Carlos Bermejo, director del centro de humanización de la Salud de Madrid, un referente de la humanización en España, **Humanizar** significa:

“Hacer referencia al hombre en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual”

Entendiendo ya la humanización, podemos desglosar los Elementos que la Conforman son los pacientes, familias y profesionales.

¿Y qué ocurre con los sistemas de Emergencias?

Las uvis móviles también están inmersas en todo este cambio.

El cambio de paradigma junto con el cambio en la demanda sanitaria ha hecho necesario un cambio en la forma de trabajar en emergencias, que va en consonancia con este modelo centrado en la persona.

La formación en Emergencias en la gran parte de España, sigue siendo técnica con poca formación en contenidos de índole psicológica.

Sugiero, una adecuada formación en esta materia a todos los intervinientes, especialmente a los sanitarios, con la posibilidad al igual que hacemos los terapeutas de una supervisión, donde pudieran analizar sus emociones y como éstas y sus respuestas tienen relación con sus propios genogramas y vivencias personales.

Entre los cambios que está ocurriendo en el sistema de emergencia podemos destacar:



- a) Se incluye a la familia en la asistencia urgente y emergente, a la vez que las Ucis de los hospitales se van convirtiendo en Ucis de puertas abiertas. Se va reconociendo el derecho del paciente a ser acompañado por el familiar tanto en la asistencia como en el traslado al centro útil. En cuanto a este punto, y debido a mi experiencia profesional en emergencias, es importante siempre tener en cuenta el contexto, la situación clínica del paciente, los familiares, y las técnicas invasivas que se vayan a realizar. Los profesionales deben valorar simultáneamente a la intervención que momentos pueden ser beneficiosos para el paciente y familiares visualizar y estar presentes y cuáles no, en función de la situación y las personas que estén en el momento.
- b) En muchas Unidades móviles de emergencias, se está incluyendo la historia de salud única digital del paciente, en la que los equipos sanitarios tienen acceso a información previa del paciente, a su situación clínica, así como a documentos como las últimas voluntades anticipadas,
- c) Coordinación con otros equipos de salud, facilitándose en todos estos casos la continuidad asistencial y respondiendo a las necesidades cambiantes de pacientes y familiares.
- d) Restricción de la contención mecánica. Este tema es controvertido, el balance de beneficios- perjuicios no está claro.
- e) Control de iluminación y ruidos. Sabemos como afecta los estresores físicos a las personas, por este motivo, se está trabajando en que disminuyan lo máximo posible en las unidades móviles de urgencias y emergencias.

Un tema interesante de estudio, es la introducción de la musicoterapia en emergencias extrahospitalarias, al igual que en el hospital, ya se utiliza en Ucis y quirófanos.

Entendemos que aún queda mucho camino por recorrer en esto de la Humanización de la asistencia sanitaria urgente, aunque al menos, ya hemos empezado a caminar.

BIBLIOGRAFÍA:

Psicología y Emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia. Desclée de Brouwer. Enrique Parada Torres.

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



Cohen, R: Salud mental para víctimas de desastres. Manual para los trabajadores.
Manual Moderno

Teoría de la comunicación humana. P Watzlawick. Editorial Herder.

La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. Mark L. Knapp. Editorial Paidós.



MESA 7: EL PERFIL PROFESIONAL Y EL DESARROLLO DE LA PROFESIÓN DE PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS

REDEFINIENDO LA PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS: DELIMITACIÓN CONCEPTUAL Y ÁMBITO DE ACTUACIÓN

MARIA ANTONIA SOTO

Psicóloga Experta en Emergencias y Catástrofes. Miembro de la Red Nacional de Atención a Víctimas del Terrorismo del Ministerio del Interior. Miembro del Grupo de Emergencias y Catástrofes del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Representante Autonómico de SEPADEM en la Región de Murcia masoto.psi@gmail.com

La psicología de emergencias se encuentra en la actualidad ante una situación crítica en la que podría estar en juego su supervivencia si no realizamos, entre otras muchas actuaciones, una redefinición de su marco de actuación y delimitamos sus competencias. Nos encontramos en un momento en el que no podemos negar la alta demanda de asistencia psicológica ante situaciones de emergencias y desastres por parte de las personas que se ven en ellas envueltas. Como tampoco podemos negar la cada vez más necesaria y solicitada atención a los profesionales y voluntarios que trabajan diariamente en este ámbito. Además de la numerosa legislación y normativa referente a garantizar este servicio a los ciudadanos.

Sin embargo, debemos plantearnos si esta asistencia se está proporcionando del modo más adecuado, pues no contamos en la actualidad con un perfil formativo y competencial regulado que indique cual debe ser la cualificación que deben ostentar los profesionales de la psicología para esta atención; y nos encontramos con la



circunstancia de que los psicólogos que atienden en estas situaciones suelen hacerlo con un carácter principalmente voluntario y dentro de una organización externa que suele contar con algún tipo de convenio con el organismo que gestiona las emergencias. Por consiguiente, nos encontramos que el desempeño de esta actividad se lleva a cabo principalmente por parte de ONG's como Cruz Roja o con equipos pertenecientes a los diferentes Colegios Oficiales de Psicólogos sin un perfil competencial claro y unificado adquirido en base a una formación regulada que garantice la calidad en la asistencia. Por todo ello, podríamos decir que esta estructura dificulta la incorporación de los psicólogos a las plantillas de los organismos gestores y por tanto que en España los psicólogos de emergencias no puedan desempeñar como su actividad profesional principal la psicología de emergencias, sino que se ven forzados a trabajar en otros ámbitos u otras profesiones y de forma esporádica, y dependiendo del colectivo al que estén adscritos, podrán realizar intervenciones psicológicas en emergencias colaborando en algunas situaciones puntuales

Por consiguiente, el modelo actual basado en un carácter reactivo e inmediato debe evolucionar hacia otro más preventivo y proactivo, contemplando la asistencia psicológica no sólo en situaciones extraordinarias como atentados terroristas o desastres naturales, donde el número de víctimas y la repercusión mediática suele ser elevada, sino también hacia situaciones de emergencia ordinaria, como suicidios, desaparecidos, accidentes de tráfico, violencia de género, etc. Así, no podemos basar la pertinencia de la asistencia a estos parámetros, pues nos encontraríamos con ciudadanos de "primera" a los que siguiendo estos requisitos se les presta atención y de "segunda" que desafortunadamente no la recibirían. Además, debemos ampliar el marco de actuación más allá del momento inmediato tras el suceso, propiciando la asistencia psicológica en los momentos previos y posteriores y potenciar así el foco preventivo de nuestras intervenciones, al igual que debemos ampliar la población a la que se dirige nuestra actividad, no focalizándola únicamente en las víctimas y afectados directos, sino también dirigiéndola hacia el personal de intervención y responsables de gestión de estas situaciones.

Para ello, sería conveniente clarificar la definición de psicología de emergencias que suele ir unida a la evolución de los conceptos de urgencias, crisis, emergencias, desastres o catástrofes lo que dificulta su sistematización. Sería oportuno, centrarnos para ello, en los criterios comunes de estos términos y no tanto en los diferenciales de



modo que le otorguemos a esta disciplina un carácter unificado y permanente. En este sentido se propone la siguiente definición: “la psicología de emergencias es una disciplina que promueve la prevención y la orientación hacia el bienestar dotando a las personas que puedan verse afectadas por situaciones de alto impacto emocional de estrategias que faciliten la disminución de la probabilidad de aparición de psicopatología u otras consecuencias negativas en su salud mental”.

De este modo, englobaríamos dentro del ámbito de actuación del psicólogo de emergencias la asistencia psicológica a todas las personas afectadas por todas aquellas situaciones “disruptivas” que se producen de forma brusca, inesperada y/o violenta y que pueden resultar, por su alto nivel de estrés asociado, potencialmente traumáticas. Y podríamos definir al psicólogo de emergencias como el profesional de la psicología que interviene en todas las fases de una situación crítica o de alto impacto emocional (normalidad, respuesta y rehabilitación) contribuyendo a minimizar el impacto psicológico producido por estas situaciones, facilitando la integración y procesamiento de la experiencia vivida y reduciendo la manifestación de sintomatología traumática futura. Además, este profesional estimulará los mecanismos de afrontamiento, de regulación emocional y resiliencia necesarios para que actúen como factores protectores frente a la severidad de las reacciones experimentadas y, de este modo, disminuir la posibilidad de aparición de sintomatología traumática asociada a los eventos críticos.

Por consiguiente, se evidencia la necesidad de que todo ello lo hagamos con profesionales especializados en emergencias formando parte de las plantillas de los organismos y equipos de respuesta y no de forma voluntaria y externa como se lleva a cabo principalmente en la actualidad, pues propiciaría una asistencia de calidad y facilitaría la derivación y colaboración con otros profesionales de las emergencias y de la psicología, como los psicólogos especialistas en psicología clínica que se ocuparían de aquellos casos en los que surgiese psicopatología asociada al evento.

Por todo ello, se hace imprescindible replantear el enfoque de esta disciplina de la psicología de modo que permita propiciar un servicio de calidad ante las necesidades existentes en nuestra sociedad.



RECURSOS BIBLIOGRÁFICOS

Parada Torres (Coord.). (2008). El comportamiento humano en situaciones de emergencia. En *Psicología y emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencias* (p. 547). Desclee de Brouwer.

Marín Uribe, H. (2018). ¿Psicología aplicada a emergencias y desastres? *24/7 Revista Especializada En Emergencias*, 4, 10–12.

España. Jefatura del Estado. (2011a). Ley 29/2011, de 22 de septiembre, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo. *Boletín Oficial Del Estado*, 229(23 de septiembre de 2011), 100566–100592.

España. Jefatura del Estado. (2015a). Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil. *Boletín Oficial Del Estado*, 164(10 de julio de 2015), 57409–57435.



EXPECTATIVAS DE CREACIÓN DE UN MARCO LABORAL REGLADO Y REGULADO DE PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS

(Documento presentado en las jornadas por Alfredo Guijarro. Presidente de Sepadem)

Profesionalización de la Psicología en Emergencias

La Psicología en Emergencias es demandada por la sociedad, engrandecida y reconocida por los medios de comunicación y ofertada por las Administraciones. Pero pocas Administraciones e Instituciones públicas y privadas tienen en plantilla profesionales de psicología en emergencias para realizar esta función.

La actuación en Psicología de Emergencias tiene facetas diferenciadoras con respecto a la intervención en otras áreas de la Psicología Aplicada, que hace necesario que los profesionales en Psicología en Emergencias deban estar formados con arreglo al trabajo y función que van a realizar.

Resumiendo estas diferencias serían las siguientes:

- Escenario:

En Psicología en Emergencias los escenarios son múltiples, muy variados y cambian muy rápidamente y continuamente. Se sabe inicialmente dónde se va, pero hasta que no se está en zona, no se sabe por dónde empezar; puede haber multitud de escenarios, que demandan un triage rápido para organizar el trabajo; en definitiva el abanico de posibilidades es amplio. Pero además durante la intervención pueden aparecer otros escenarios donde la intervención de un psicólogo en emergencias es necesaria.

- Interdisciplinariedad:

El trabajo en emergencias se realiza normalmente codo con codo con otros profesionales del ámbito de la emergencia, por lo tanto el conocimiento mutuo y el trabajo en equipo, es una constante; estableciendo criterios de prioridad en la intervención conocidos y respetados por todos.

- Personas afectadas:

En Psicología en Emergencias el paciente no está definido previamente, se analiza cuál de las personas presentes, es la que más necesita ayuda; y si es necesaria la intervención.



Se hacen intervenciones grupales. Hay cambios rápidos de individual a grupal y viceversa; que requieren del profesional unas actitudes ante la situación y unas aptitudes personales diferentes.

Especial mención a la intervención con familias y grupos de relación, principales receptores y canalizadores de la carga negativa de la situación.

Loa intervinientes también son objeto de intervención, ya que nadie es inmune al sufrimiento propio y ajeno.

- **El objetivo:**

En Psicología en Emergencias las intervenciones van dirigidas a conseguir estabilizar y aproximar a las personas a la normalidad anterior al suceso traumático, es una intervención paliativa.

- **El tiempo:**

En Psicología en Emergencias no se sabe de antemano la duración de la intervención, es la situación y la presencia o no de estímulos estresores quien marca el tiempo de intervención. Y la gestión de este tiempo uno de los principales problemas a resolver.

- **El profesional:**

En Psicología en Emergencias el interviniente es parte activa dentro del escenario de intervención, recibiendo los mismos estímulos traumáticos que el resto de personas, no somos inmunes a la situación, y esto afecta a la forma de afrontar la situación profesionalmente; en definitiva somos otro actor más dentro del propio escenario.

Actor que trabaja en ámbitos sanitarios y de protección civil.

Los psicólogos somos un colectivo que cada año aportamos entre cuatro mil y cinco mil nuevos profesionales al mercado laboral y que por desgracia como salida reglada solo tenemos la especialidad de Psicología Clínica y el master de Psicólogo General Sanitario.

En el resto de actividades propias de la psicología, competimos con otros profesionales, con otra formación educativa, aunque la actividad profesional y todo su cuerpo doctrinal hunda sus raíces en la psicología.

En SEPADEM se valoró formas distintas de registrar la suficiencia profesional en el ámbito de la Psicología en Emergencias: se estudió la posibilidad de las acreditaciones, recogida en sus estatutos; pero se descartó puesto que la acreditación basa su peso en la entidad que acredita, pero no es vinculante a la hora de entrar en



el mercado laboral; además la estructura estatal de España, posibilitaría diferentes interpretaciones y valoraciones.

Por este motivo se pensó en la alternativa de la formación. Y dentro de esta también se valoraron diferentes tipos: curso, master, prácticas, etc.

Pero también por homogeneizar dentro del estado a todos los profesionales, se decidió que la mejor solución era un master oficial, realizado después de la obtención del grado y regulado por normativa como enseñanza oficial que vincule para el ejercicio profesional de la Psicología en Emergencias.

No queremos ser demasiado exhaustivos y describir todos los aspectos que se valoraron por la junta de gobierno de SEPADEM, pues lo único que conseguirían es redundar en el argumento que se somete a votación en asamblea general de SEPADEM en Salamanca el 29 de septiembre de 2019.

La junta de gobierno de SEPADEM somete a aprobación de la asamblea general de SEPADEM, la siguiente propuesta:

“Instar a la propia junta de gobierno de la Sociedad Española de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias (SEPADEM); a realizar todas aquellas acciones que sean necesarias para conseguir la aprobación de un master universitario en “Psicología en Emergencias” y habilitar vías de estudio que evalúen las condiciones de acreditar la experiencia y formación de aquellos psicólogos que en la actualidad desarrollan funciones en emergencias.

Todo ello como requisito necesario e indispensable para realizar actuaciones profesionales dentro del campo de la psicología en situaciones de urgencias, emergencias, desastres y catástrofes”.



ALTERNATIVAS FORMATIVAS EN EL MARCO DE LA PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS: LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA.

JESÚS MIRANDA PÁEZ.

Psicólogo. Cátedra de Seguridad, Emergencias y Catástrofes. UMA Universidad de Málaga.

En esta ponencia se aborda la formación en Psicología de Emergencias como futura especialidad, planteando en qué contexto se desarrolla, así como, las bases y contenidos que se precisan desarrollar para la correcta preparación de profesionales que deben integrarse en un entorno multidisciplinar para la atención a emergencias. Se muestran las 2 opciones de Máster más veteranas ofertadas por Universidades Públicas en España. Se concluye planteando la necesidad de ofrecer un Máster de carácter oficial profesionalizante en Psicología de Emergencias desde las Universidades españolas.

Bases y contexto a tener en cuenta para la formación en este campo

¿Qué ocurre en estas situaciones?

Las Crisis e incidentes críticos constituyen una situación compleja, inesperada, que visto desde la Teoría de Sistemas supone un aumento de entropía en el sistema con una pérdida de homeostasis provocando caos, es un cambio drástico en la vida que precisa un sobreesfuerzo de adaptación por parte del individuo. Entre las reacciones y cuadros más frecuentes que el Psicólogo va a encontrar, se describen el embotamiento afectivo, estrechamiento y caída de capacidad de atención, desorientación, agitación, pánico, estado de estupor y estrés agudo. Posteriormente pueden aflorar un Trastorno por Estrés postraumático TEP, Trastornos somáticos, Abuso tóxicos, Depresión, etc.

¿A quién le ocurre?

Nuestra población diana NO son sólo los familiares como suelen mostrar las noticias, hablamos de personas que experimentan directamente el incidente (afectados de primer nivel); afectados de segundo nivel: Los familiares de las víctimas, amigos y



compañeros; los afectados de tercer nivel: Personal de Servicios de Urgencia y Emergencia (Intervinientes en general) y afectados de cuarto nivel: la comunidad o las organizaciones en general, donde se produce el incidente. Sin olvidar la preparación que debemos tener para atender a personas especialmente vulnerables y colectivos con necesidades especiales.

En el personal interviniente estas situaciones de gran impacto pueden derivar en *Estrés agudo por incidente crítico, Desgaste por empatía y traumatización vicaria, Estrés traumático secundario / Estrés Postraumático (TEPT)*.

¿Cómo ocurre?

Los comportamientos colectivos e individuales dirigidos en mayor medida por las emociones que por la cognición, donde nuestro Sistema Límbico (Cerebro Emocional) y la Amígdala puede utilizar todos los recursos del cerebro para emitir una respuesta urgente, incluso antes de tener conciencia de lo que está haciendo (secuestro amigdalár).

¿Dónde ocurre?

Aunque el lugar más frecuente donde el psicólogo va a estar pueda ser un centro de atención a familiares (FAC). Este campo puede implicar localizaciones accesibles o de difícil acceso, potencialmente peligrosas (zona caliente), escenarios de atentados o tiradores activos en la zona, con consecuencias derivadas de riesgos naturales o riesgos entrópicos, etc.

Sin perder de vista el actual espacio virtual de las Redes sociales. Capítulo de especial atención merecen las misiones internacionales donde los desastres van a requerir la intervención de profesionales con una preparación extra. El **Equipo de Naciones Unidas de Evaluación y Coordinación en Casos de Desastres (UNDAC)**, recoge condicionantes que sobre todo se incrementan y producen en misiones internacionales. Así mismo, siempre que la magnitud de una emergencia sobrepasa las capacidades de respuesta de un país, el Mecanismo de Protección Civil de la Unión Europea va a demandar una asistencia coordinada de los Estados participantes, donde el Psicólogo deberá estar.

Por todo lo expuesto, la formación en este campo como mínimo debe abarcar:



La adquisición de conocimientos y habilidades para trabajar en un entorno multidisciplinar incluyendo escenarios donde se desarrolla rescate. **Cultura Preventiva: Antes, Durante y Después.** Referida a: la población general, desde la infancia, así como adaptada a colectivos concretos y/o especiales, a intervinientes (principalmente: el autocuidado y la prevención de estrés laboral), etc. **Conocimientos de las bases neuropsicológicas del comportamiento y los mecanismos de resiliencia. Técnicas y habilidades específicas para diferentes cuadros de crisis, no sólo PAP:** Manejo de violentos, intentos de suicidio, Comunicación Malas noticias, duelo, negociación, atención telefónica, reconocimiento de cadáveres, intervención con intervinientes, desarrollo y gestión de FAC, etc. Pero además, conocimientos de la **Gestión de Emergencias en sus distintos niveles (I, II y III).** Donde son importantes las pautas en la **Gestión de grandes concentraciones y comunicación a la población** y el **Manejo de Redes Sociales en Emergencias.** Y sin duda, una primera atención sanitaria como el **soporte vital básico Autoprotección en entornos de riesgo y autocuidado emocional.**

Las dos ofertas formativas con 13 años de experiencia en España

Se trata del Máster en Intervención Psicológica en Situaciones de Crisis, Emergencias y Catástrofes de la Universidad Autónoma de Madrid. Se ofrece en Modalidad 100% Presencial con enfoque de intervención psicológica. Y del Máster Propio Universitario en Counseling e Intervención en Urgencias, Emergencias y Catástrofes de la Universidad de Málaga. Se ofrece actualmente en Modalidad semipresencial con un enfoque multidisciplinar, con Certificación de UNITAR-ONU United Nations Institute for Training and Research.

Como conclusiones para el futuro de la formación:

Se discute la conveniencia de contar con un **Máster Oficial profesionalizante** y para ello se presentan las diferencias en el territorio español entre un Máster Propio Universitario *versus* Máster Oficial. *La necesidad de uniformidad de criterios y regulación universitaria se resaltan como claves para esta propuesta.*



Se advierte también la necesidad de integración del Psicólogo de emergencias en áreas como la toma de decisiones en la gestión y el Factor Humano mediante la implementación Psicólogo de Emergencias en CECOP / PMA .



MESA 8: DESDE AQUILES A ULISES: EXPERIENCIAS DE ACTUACIÓN PSICOLÓGICA CON INTERVINIENTES

PROGRAMA DE ATENCIÓN A PILOTOS: PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO EN EL MARCO DE LA INTERVENCIÓN EN INCENDIOS FORESTALES.

PILUCA CARMONA ARANGO

Psicóloga Experta en Crisis, Emergencias y Catástrofes, Experta en Psicología Aeronáutica y Facilitadora de CRM (Crew Resource Management). Socia de SEPADEM y de AEPA (Asociación Española de Psicología Aeronáutica).

La salud mental y la aviación han tenido siempre un encuentro difícil. En el sector aeronáutico no ha sido tenida en cuenta lo suficiente y cuando ha aparecido en el tablero, ha sido para hacernos ver lo necesaria que es en un mundo en el que la seguridad es lo prioritario. Este interés se ha manifestado, aunque tan solo de manera tímida en las aerolíneas y en el control del tráfico aéreo, ya que principalmente en estos ámbitos ha supuesto una amenaza para la seguridad del vuelo, en ocasiones con resultados catastróficos. Todos tenemos en la mente el caso de Germanwings, pero no es el único, ni el único papel de los psicólogos en la aviación es detectar este tipo de casos.

La intervención en incendios forestales, es quizás la más desconocida de las emergencias. Solo nos acordamos en épocas de riesgo y cuando vemos todos los años como se quema media España. Si unimos este tipo de intervención en emergencias con la aviación, nos encontramos con un sector de actividad en el que



los pilotos tienen que dar lo mejor de sí mismo para llevar a cabo su trabajo en condiciones adversas, no solo en cuanto a las condiciones físicas, sino también a nivel psicológico.

En mi experiencia trabajando con pilotos intervinientes en incendios forestales, he podido comprobar cómo este tipo de aviación, con características propias, es un desafío constante para su salud mental.

Los pilotos que realizan su intervención en los incendios forestales, lo hacen en un contexto de trabajo altamente dinámico, complejo y en muchas ocasiones hostil. El vuelo en extinción de incendios requiere de los pilotos una alta pericia, ya que se vuela con tan pocos márgenes de seguridad, que cualquier pequeña desviación en la operación podría hacer entrar al piloto en una situación indeseada o comprometida.

Por ello, cuando ocurre un accidente, es necesario poner en marcha actuaciones que ayuden a los pilotos a seguir trabajando, minimizando las posibles secuelas psicológicas que le impidan intervenir con eficacia y seguridad en su trabajo. La intervención en crisis es una herramienta muy útil para la prevención de los efectos psicológicos negativos tras un incidente crítico. Este tipo de intervención proporciona un espacio donde expresar y poder normalizar las reacciones de estrés al incidente,

Cada año se pone en marcha en España el dispositivo de atención a los incendios forestales, en el año 2019 con más de 250 aeronaves dedicadas a la extinción, al transporte del personal y a la vigilancia y coordinación aérea. Y no son pocos los incidentes y accidentes que cada año se producen en la extinción. En el periodo 2008-2018, se produjeron en España un total de 6 incidentes y 28 accidentes de medios aéreos, en los que 34 personas resultaron heridas y 18 perdieron la vida.

El día 12 de junio de 2018, desaparece en aguas de Mallorca el piloto Antonio Alfaro. Sus compañeros se unen a las labores de búsqueda durante esos días. El viernes 15 es encontrado sin vida en el mar a varias millas de la costa, tras tres interminables días. La campaña de incendios no había hecho más que empezar.

A partir de este momento se inician los contactos con la empresa para evaluar la situación en la que se encuentran los pilotos compañeros de Antonio y ver si es necesario realizar una intervención tras el accidente. Tras algunos días se pone en marcha el *Programa de Asistencia a Pilotos* que prestan servicios en la intervención en incendios forestales.



En esos primeros momentos lo más importante es estar atento a cualquier circunstancia que pudiera indicar que la situación de malestar tras el accidente, persiste y que no se recuperan los aspectos básicos para poder realizar el trabajo de forma segura. Ya que toda persona expuesta a este tipo de situaciones traumáticas, puede desarrollar algún tipo de estrés, y se debe estar atento para revisar las estrategias de afrontamiento que tienen estas personas.

Para la implementación de este programa de atención a los pilotos, nos planteamos como objetivos:

- Crear un entorno seguro al interviniente afectado y ofrecerle apoyo.
- Evaluar las estrategias de afrontamiento y las redes de apoyo familiar y social.
- Ayudar a ventilar las emociones.
- Detectar la posibilidad de requerir una intervención clínica posterior.

Este programa se llevó a cabo durante los meses de julio, agosto, septiembre y octubre de 2018, durante la campaña de incendios forestales en España. De los 55 pilotos de la empresa, se trabajó de manera directa con 37, con todos ellos se llevaron a cabo distintas actuaciones dirigidas a obtener una mayor información y conocer como los pilotos habían encajado la pérdida de un compañero. También se les facilitó información sobre algunos aspectos importantes a tener en cuenta para incrementar la seguridad en el desarrollo de las tareas, ya que no debemos olvidar que todos siguieron trabajando.

Este programa formó parte de las medidas puestas en marcha por la empresa para gestionar la salud anímica del personal tras el accidente y fallecimiento del piloto Antonio Alfaro y entre las conclusiones y propuestas de su puesta en marcha podemos destacar algunas:

- La ayuda psicológica debe estar disponible lo antes posible.
- La importancia de estar atentos también a la fatiga emocional.
- Tener en cuenta los factores ligados al contexto de trabajo con impacto en la salud mental.
- La importancia de la promoción del bienestar y la prevención de posibles problemas de estrés no solo durante la campaña.



- Necesidad de proporcionar capacitación en temas de salud mental a todos los pilotos que prestan servicios en estas empresas.

Es importante que medidas como estas se pongan en marcha cada vez que existe un incidente crítico de este tipo. No sirve de nada negar que las cosas estén sucediendo. Solo siendo conscientes podremos coger las riendas y hacer lo correcto.



INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN UN BOMBERO AFECTADO POR UNA SITUACIÓN CRÍTICA

NATALIA LORENZO RUÍZ

Psicóloga Experta en Psicología de Emergencias y Catástrofes. Vocal de la Junta Directiva de SEPADEM info@natalialorenzo.es

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) considera un hecho traumático como aquella experiencia humana extrema que constituye una amenaza grave para la integridad física o psicológica de una persona y ante la que la persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.

Entre los hechos más comunes está el sufrir un estado elevado de ansiedad, con irritabilidad, predisposición a dar respuestas de alarma por motivos menores, pesadillas, imágenes invasivas que aparecen repetidamente en la conciencia y provocan una gran angustia, sensaciones de extrañeza e irrealidad, percibir una barrera emocional que separa a la persona del mundo, tristeza, desesperanza, vivencias de culpa por no haber sabido evitar el peligro o por haber sobrevivido, etc. Este tipo de síntomas son extraordinariamente frecuentes y cerca de la mitad de las personas que han experimentado un hecho traumático severo sufren uno o más de ellos.

La agrupación de algunos de estos síntomas es lo que se considera Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT).

Los bomberos se ven expuestos a situaciones límite durante su respuesta a emergencias, por lo que se debería atender a su estado de salud mental y a los procesos de adaptación psicológica que utilizan tras asistir a estos eventos críticos.

La terapia breve, de tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis, cuyo objetivo es dar apoyo ayudando a la persona a recuperar el equilibrio necesario para seguir su trayectoria vital con una calidad de vida similar o incluso superior a la que disfrutaba anteriormente. En esta línea, cabe distinguir dos momentos para la actuación terapéutica: la intervención psicológica temprana, que



abarca la asistencia inmediata; y la psicoterapia de las respuestas a las situaciones traumáticas, o tratamiento psicológico posterior.

Se presenta un caso clínico real, exponiendo la asistencia psicológica realizada con un profesional de la emergencia (bombero) afectado por una situación traumática, en la que su compañero falleció, enfrentándose muy de cerca a su propia muerte.

El proceso de evaluación se llevó a cabo fundamentalmente a través de la entrevista clínica, pero también se utilizaron dos instrumentos estandarizados para obtener medidas cuantitativas:

- Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático – Revisada (EGS-R) (Echeburúa et al., 2016).
- Escala de Trauma de Davidson adaptada al español (Bobes et al., 2000).

Tabla 1. Resultados obtenidos en la evaluación anterior al tratamiento

Instrumentos	Rango de puntuación	Punto de corte	Puntuación Pre-tratamiento
Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT – Revisada (Escala global)	0-63	20	17
Escalas específicas:			
• Reexperimentación	0-15	3	6
• Evitación conductual/cognitiva	0-9	3	2
• Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	0-21	5	5
• Aumento de la activación y reactividad fisiológica	0-18	5	4
Escala de Trauma de Davidson	0-136	40	41

El tratamiento empleado se basa en la Psicoterapia de situaciones traumáticas (Pérez, P.; 2006) y en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999; Wilson, Luciano, 2002). Se lleva a cabo así un acercamiento más psicoterapéutico, orientado específicamente al tratamiento del trauma.

Tabla 2. Fases del trabajo terapéutico

Fase	Objetivos	Estrategias de intervención	Sesión
Exploración. Narrativa.	Explorar preocupaciones y síntomas. Enfatizar los elementos positivos o de fortaleza. Detectar y potenciar recursos propios. Normalizar y clarificar.	Alianza terapéutica Psicoeducación. Diálogo socrático. Ventilación emocional. Resignificación de síntomas.	1
Detección de pautas-problema. Balance	Trabajar con emociones para avanzar a pensamientos y conductas. Tratamiento sintomático de pensamientos destructivos.	Psicoeducación. Autorregistro Reestructuración cognitiva. Autoinstrucciones.	2



emocional.		Autorrefuerzo.	
Trabajo sobre el sistema de creencias.	Trabajar vivencias de culpa y tareas de duelo.	Psicoeducación. Counselling. Reestructuración cognitiva. Ventilación emocional.	3
Flexibilidad psicológica	Trabajar sobre pensamientos, fusión cognitiva.	Técnicas ACT.	4
Crecimiento postraumático	Explorar cambios vitales positivos. Promover la resiliencia.	Técnicas ACT.	5-6

El nivel de gravedad del TEPT se redujo notoriamente después de la intervención psicológica realizada.

En lo concerniente a la reexperimentación del evento mediante pesadillas y flashbacks (síntomatología más presente), se reduce de forma importante la intensidad y frecuencia de estos síntomas.

Tabla 3. Resultados obtenidos en la evaluación anterior y posterior al tratamiento

Instrumentos	Rango de puntuación	Punto de corte	Puntuación Pre-tratamiento	Puntuación Post-tratamiento	Puntuación Seguimiento
Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT – Revisada (Escala global)	0-63	20	17	3	1
Escalas específicas:					
• Reexperimentación	0-15	3	6	1	1
• Evitación conductual/ cognitiva	0-9	3	2	0	0
• Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	0-21	5	5	1	0
• Aumento de la activación y reactividad fisiológica	0-18	5	4	1	0
Escala de Trauma de Davidson	0-136	40	41	10	1

La intervención psicológica realizada parece haber sido efectiva en su totalidad.

Se evidencia la necesidad de prestar asistencia psicológica a los miembros de los cuerpos de bomberos y otro personal operativo cuando, durante la intervención en una emergencia, se produce un incidente crítico que puede provocar secuelas psicológicas en el personal implicado.



III JORNADAS DE PSICOLOGÍA APLICADA A DESASTRES, URGENCIAS Y EMERGENCIAS



**Salamanca,
27-28-29 septiembre 2019**

Colegio Mayor Arzobispo Fonseca
Universidad de Salamanca
C/ Fonseca, nº 4.

Colaboran:

Máster en Intervención en crisis y trauma
Máster en Terapia familiar y de pareja
(Universidad de Salamanca)



**Más información en:
www.sepadem.org**

