

Intervención psicológica en las catástrofes

José Ignacio Robles Sánchez
José Luis Medina Amor

psicología clínica

guías de intervención




EDITORIAL
SÍNTESIS

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LAS CATÁSTROFES

PROYECTO EDITORIAL
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Serie
GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Directores:
Manuel Muñoz López
Carmelo Vázquez Valverde



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LAS CATÁSTROFES

JOSÉ IGNACIO ROBLES SÁNCHEZ

JOSÉ LUIS MEDINA AMOR



Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Diseño de cubierta: JV Diseño gráfico

© José Ignacio Robles Sánchez
José Luis Medina Amor

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-975683-0-2

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

Capítulo 1. Introducción

- 1.1. Introducción histórica
- 1.2. Catástrofes: concepto y clasificación
- 1.3. Epidemiología
- 1.4. Alteraciones del comportamiento observadas en las catástrofes
- 1.5. Curso y evolución
- 1.6. Diagnóstico
- Cuadro resumen
- Exposición de un caso clínico
- Preguntas de autoevaluación

Capítulo 2. Factores etiológicos en los comportamientos reactivos a las situaciones de catástrofe

- 2.1. Introducción
- 2.2. Variables implicadas
- 2.3. Respuestas de estrés
- 2.4. Modelos
- 2.5. Modelo propuesto
- Cuadro resumen
- Exposición de un caso clínico
- Preguntas de autoevaluación

Capítulo 3. Evaluación psicológica

- 3.1. Introducción
- 3.2. Objetivos de la evaluación psicológica
- 3.3. Fases en la evaluación psicológica
- 3.4. Análisis descriptivo
- 3.5. Exploración clínica
- 3.6. Entrevistas y cuestionarios
- 3.7. Evaluación psicofisiológica

- 3.8. Diagnóstico y diagnóstico diferencial
- 3.9. Análisis funcional
- Cuadro resumen
- Exposición de un caso clínico
- Preguntas de autoevaluación

Capítulo 4. Tratamiento de los afectados por las catástrofes: guía para el terapeuta

- 4.1. Introducción
- 4.2. Planificación general de la intervención
- 4.3. Intervención según las diferentes etapas de la catástrofe
- 4.4. Medidas preventivas
- 4.5. Principios de la intervención
- 4.6. Medidas generales de actuación sobre las secuelas inmediatas de la catástrofe
- 4.7. Tratamiento farmacológico
- 4.8. Técnicas de intervención: *defusing* y *debriefing*
- 4.9. Intervención sobre las secuelas agudas postraumáticas
- 4.10. Intervención sobre trastornos específicos
- 4.11. Otros aspectos que deben considerarse
- 4.12. Sugerencias para una posible planificación preventiva
- Cuadro resumen
- Exposición de un caso clínico
- Preguntas de autoevaluación

Capítulo 5. Guía para el paciente

- 5.1. Reacciones de estrés
- 5.2. Ansiedad
- 5.3. Depresión
- 5.4. Reacción de duelo
- 5.5. Somatización
- 5.6. Reacción aguda al estrés

Anexo. Instrumentos de evaluación

- PTSS-10
- LEAIQ
- EADG
- Modelo de autorregistro

Clave de respuestas

Lecturas recomendadas y bibliografía

Introducción

1.1. Introducción histórica

La sociedad actual se encuentra muy sensibilizada por el impacto de las catástrofes. Terremotos, inundaciones, sequías, epidemias, guerras y otras catástrofes devastadoras asolan periódicamente amplias zonas del llamado Tercer Mundo. También la seguridad de los países más desarrollados se ha visto reiteradamente cuestionada por trágicos acontecimientos, especialmente por la violencia criminal. Las imágenes del atentado del 11 de septiembre del año 2001 sobre las Torres Gemelas de Nueva York han conmocionado la opinión mundial. En este contexto numerosos equipos de expertos están trabajando en protocolos para prevenir y tratar los efectos psicológicos de las catástrofes.

En realidad, las catástrofes no son un problema de las últimas décadas, la historia de la humanidad está marcada por descripciones de catástrofes. En las diferentes culturas y épocas históricas fueron surgiendo técnicas y rituales para calmar, liberar, reorganizar e, incluso, dotar de sentido al sufrimiento individual y social producido por las catástrofes. En la actualidad, algunas prácticas de sanadores indígenas han revelado su eficacia terapéutica en determinados grupos culturales, aparte de su indudable valor antropológico.

A finales del siglo XIX aparecen los primeros estudios científicos sobre los afectados por accidentes de ferrocarril. En este marco se describen y sistematizan los síntomas observados, con términos como “railway brain syndrome” (Erichsen, Page, Putnam, Walton, 1857-1885), “neurastenia traumática” (Beard, 1869) y, el más difundido, “neurosis traumática” (Oppenheim, 1884). En principio, los trastornos se atribuyeron a la “conmoción cerebral” producida en el accidente. Se consideraba que el impacto produciría una serie de alteraciones neurobiológicas que agotaban el sistema nervioso del individuo y podían llevarle, incluso, hasta la muerte. Cuadros semejantes se describieron también en la psiquiatría militar como “neurosis de guerra” (Honigman, 1908; Gaupp, 1916) o “shell shock” (Mott y Myers, 1918), trastornos muy frecuentes en la Primera Guerra Mundial.

La psiquiatría francesa de finales del siglo XIX no aceptará el concepto organicista de las neurosis traumáticas que considera de origen psíquico (psicogénesis). Los diferentes autores atribuyen estos cuadros:

- A las emociones intensas vividas durante el acontecimiento (Pinel, Esquirol, 1809).
- A un mecanismo semejante a la “sugestión” (Charcot, 1885).
- A la “disociación” que se produce en la personalidad por el impacto afectivo del acontecimiento (Janet, 1889).

El psicoanálisis aportará una nueva perspectiva a la psicogénesis de las neurosis traumáticas. Para el psicoanálisis, las experiencias, vividas durante la catástrofe, son interiorizadas, reactivando conflictos anteriores inconscientes, constituyendo núcleos traumáticos específicos que acaban afectando el funcionamiento global de toda la personalidad (Freud, 1922). Los autores destacan, sobre todo, la “predisposición” o vulnerabilidad personal para padecer este tipo de trastornos (Kardiner, 1941; Fenichel, 1945). El acontecimiento tiene un valor relativo, lo que es traumático para un sujeto puede no serlo para otro. Todo dependerá de las características de la personalidad del sujeto afectado.

Paralelamente a las tesis anteriores surge, en relación con las leyes laborales de finales del siglo XIX, la necesidad de indemnizar o compensar a las víctimas. En este contexto, frente a perspectivas que apoyan las indemnizaciones (organicistas), aparecen voces discrepantes que consideran las neurosis traumáticas como un “artefacto de la legislación y de la codicia humana” (Bonhoeffer, 1916; Naegeli, 1921). No son auténticas enfermedades, sino más bien como conductas anómalas con una finalidad determinada (“neurosis de renta”). Esta perspectiva destaca la importancia de los factores sociales (sociogénesis) en la génesis y mantenimiento de los trastornos, especialmente el hecho de estar asegurado y las perspectivas de indemnización.

Los trastornos psicotraumáticos observados durante la Segunda Guerra Mundial se describen con términos difusos que pretenden ser operativos (“fatiga de combate”). Destacan también las intervenciones para tratar a los afectados que se han considerado clásicas (Solomon, 1944):

- Prontitud (lo antes posible).
- Proximidad (lo más cerca posible del frente o combate).
- Con medidas sencillas (reposo, alimentación, seguridad).
- Mantener las expectativas de una pronta recuperación.

En la psiquiatría posterior a la Segunda Guerra Mundial, destacan las aportaciones de la fenomenología clínica. En este marco conceptual se consideran los trastornos psicotraumáticos como reacciones psicológicas anormales (por su intensidad o duración) a vivencias externas de carácter catastrófico. Las experiencias psíquicas (vivencias) que

ejercen un impacto muy desastroso o perturbador en la vida psíquica del sujeto se denominan “traumas psíquicos”. Dentro de las vivencias se distinguen factores objetivos (carga afectiva, intensidad, persistencia) y subjetivos (significado). Los factores subjetivos (significado) dependen de la biografía del sujeto y a ellos se subordinan todos los demás, incluida su expresividad clínica (Jaspers, 1913; Kurt Schneider, 1960).

Entre 1936 y 1950 los trabajos de Cannon y Selye son el punto de partida de las diferentes teorías del estrés. Inicialmente, el estrés se conceptúa como un proceso activo de resistencia, relacionado con los esfuerzos adaptativos del organismo para recuperar el equilibrio interno. Posteriormente aparecerán teorías que se centran más en los estímulos que provocan estrés y otras que se interesan por las variables del organismo afectado. Estas teorías fundamentan las perspectivas más actuales de los trastornos psicotraumáticos.

El clima de opinión social suscitada por las secuelas de la guerra del Vietnam (1959-1975), junto a la preocupación por la rehabilitación y reparación de los afectados, serían determinantes en la aparición de la categoría “Trastorno de estrés postraumático” en la 3.^a edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III) de la American Psychiatric Association (1980). Sus criterios se han ido modificando en las sucesivas ediciones de las clasificaciones internacionales (DSM-III-R, CIE 10, DSM-IV).

La investigación de los trastornos psicotraumáticos ha ido alcanzando mayor complejidad, ampliándose el espectro clínico postraumático. En diversos países ya se contempla la Psicotraumatología como una subespecialidad clínica y se suscita la necesidad de contar con especialistas en esta área específica.

En 1971 se constituye la Oficina de Naciones Unidas para Ayuda por Catástrofes (“United Nations Disaster Relief Office”, UNDRRO), como un organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Tiene por función movilizar y coordinar las actividades de socorro ante cualquier catástrofe, conjuntamente con las ayudas proporcionadas por los gobiernos y organizaciones no gubernamentales, en particular la Cruz Roja y Media Luna Roja Internacional.

1.2. Catástrofes: concepto y clasificación

El término “catástrofe” deriva del griego *katastropho* (abatir, destruir) y describe, según el diccionario, “un suceso infausto que altera gravemente el orden de las cosas”. Existen otros sinónimos que también se utilizan de forma indistinta. El término “desastre” procede del latín *astra* (astro, hado, destino fatal), y se define como “desgracia grande, suceso infeliz y lamentable” y, en el terreno militar, también designa “una derrota o pérdida muy grande”. La palabra “siniestro”, del latín *sinistra*, usada en el campo legal, se define como “avería grande, destrucción fortuita o pérdida importante que sufren las personas o las propiedades”. El término “calamidad”, del latín *calamitate*, también describe una “desgracia grande o infortunio que alcanza a muchas personas”. En conjunto estos términos que, a veces, se emplean de forma indistinta, se refieren a una

serie de acontecimientos trágicos (desgracias, pérdidas, infortunios), en cierto modo, imprevisibles (fortuitos, fatales), que se escapan al control de las personas (grupos o comunidades) y producen graves consecuencias (pérdidas de vidas humanas, destrucción de bienes materiales, desorganización social, elevados niveles de frustración y sentimientos de impotencia personal).

Las catástrofes se definen por los siguientes criterios:

1. Son acontecimientos de aparición generalmente imprevisible, en general de forma brutal y repentina (aunque a veces pueden hacerlo gradualmente, como en el caso de las sequías) que producen graves consecuencias. No se incluyen como catástrofes aquellos acontecimientos violentos que no producen graves consecuencias (por ejemplo, una erupción volcánica en una isla desierta).
2. Por lo general producen gran número de afectados (muertos, heridos, quemados, intoxicados, siniestrados), no necesariamente víctimas mortales. Incluye tanto a los sujetos afectados directamente por la catástrofe, como a los afectados indirectamente, por estar “implicados” de algún modo en la misma (familiares, amigos, testigos, equipos de socorro, servicios sociales, técnicos, organizadores o responsables).
3. Causan importantes destrucciones materiales. Este criterio no es imprescindible, pues pueden darse también catástrofes sin destrucción material. La nube química tóxica que se produjo en la fábrica de Bhopal (India), en 1984, causó la muerte a más de 3.300 personas, sin apenas destrucción material.
4. Las consecuencias de las catástrofes superan, desbordan o cuestionan los recursos y medios de la colectividad. Aparecen como fuerzas demasiado poderosas para poder resistirlas, haciendo ineficaces las medidas tradicionales de respuesta. Se precisa una ayuda exterior. Las catástrofes que tienen mayor trascendencia y gravedad suelen ocurrir de forma episódica, afectando, sobre todo, a países en vías de desarrollo, que poseen peores infraestructuras para la protección de su población y medio ambiente. Un ejemplo reciente lo constituye el huracán Mitch, que devastó amplias zonas de América Central.
5. Las catástrofes producen una importante desorganización social. Para algunos autores este criterio es fundamental. Las peores consecuencias de una catástrofe son las alteraciones de los sistemas sociales funcionales: medios de producción y consumo de energía, agua potable y víveres, la circulación de las personas y bienes, el mantenimiento del orden, las comunicaciones, la distribución de cuidados sanitarios e incluso la gestión de cadáveres.

Las catástrofes se pueden clasificar desde diferentes puntos de vista: según la probabilidad de predicción (hay catástrofes que pueden prevenirse en mayor grado que

otras), según los efectos discriminatorios (hay catástrofes que producen daños de forma indiscriminada, otras son más selectivas), según la rapidez de producción (algunas se producen de forma repentina, otras se van fraguando lenta y progresivamente), también pueden clasificarse por el origen o agente desencadenante ([cuadro 1.1](#)).

Cuadro 1.1. *Clasificación de las catástrofes según el agente desencadenante*

<i>Catástrofes naturales</i>	Producidas por fenómenos climáticos o geológicos (tormentas, inundaciones, huracanes, sequías, volcanes, terremotos).
<i>Catástrofes tecnológicas y accidentales</i>	Provocadas por el hombre (accidentes en centrales nucleares, fábricas químicas, minas, circulación, ferrocarril, aéreos y marítimos; accidentes en el transporte de materiales peligrosos y otros).
<i>Catástrofes por la guerra</i>	Secuelas de la guerra convencional y de otras formas (nuclear, química, biológica y terrorista).
<i>Catástrofes sociales</i>	Incluyen motines y revueltas sociales destructivas (actos de vandalismo, incendios provocados, destrucción de inmuebles, actos de pillaje, linchamientos, pánicos sociales).

1.3. Epidemiología

La incidencia de los trastornos psíquicos que se producen en las catástrofes es variable. En el DSM-IV se admite un amplio rango de prevalencia global para el trastorno por estrés postraumático que oscila entre el 1 y el 14%, explicándose esta gran variabilidad por los criterios diagnósticos empleados y el tipo de población objeto del estudio.

Los estudios de Mc Farlane (1989) constituyen una importante referencia. Para este autor, en el desarrollo de los trastornos psicotraumáticos, el elemento principal viene determinado por la experiencia inmediata que tiene el sujeto sobre la situación. Este factor, eminentemente subjetivo, prevalece sobre otros factores, ya sean previos (antecedentes psiquiátricos, rasgos neuróticos de la personalidad) o ligados al acontecimiento (severidad de la exposición, pérdidas sufridas). El factor predominante es el impacto subjetivo del desastre. Sin embargo, en la evolución de los trastornos psicotraumáticos hacia la cronicidad, se aprecia una progresiva influencia de los factores premórbidos (antecedentes, rasgos de personalidad).

A partir de una serie de factores como la edad (niños, ancianos), el sexo (femenino), estado civil (divorcio, separación, viudedad), la presencia de antecedentes premórbidos (psiquiátricos, adaptativos, conflictos previos, rasgos neuróticos de personalidad) se han intentado diferenciar distintos perfiles de riesgo para el desarrollo de

trastornos psicotraumáticos. Estos factores son de vulnerabilidad general (inespecífica) para los trastornos mentales y de la conducta en general, pero carecen de valor específico. En algunos casos, traducen niveles de exposición diferente (determinados traumas como las agresiones sexuales o la violencia ciudadana son más frecuentes en mujeres y niños; otros como la guerra son más frecuentes en hombres). En otros casos (antecedentes psiquiátricos), tienen un valor patoplástico, esto es, determinan el tipo de reacción que preferentemente va a presentar el sujeto afectado (depresión, ansiedad, disociación, somatización), sobre la base de sus experiencias previas.

En las catástrofes, como en la guerra, las poblaciones que sufren de lleno el impacto del acontecimiento resultarán las más vulnerables. Se ha denominado síndrome del desastre (*disaster syndrom*) a la reacción que se sigue inmediatamente a la catástrofe. Incluye manifestaciones de ansiedad y trastornos del comportamiento (agitación, inhibición). Este síndrome puede afectar desde el 25% al 75% de la población expuesta. La frecuencia y gravedad de las alteraciones está en relación directa con la gravedad del acontecimiento catastrófico. Otros factores que también parecen influir son: la proximidad al lugar de la catástrofe (cuadros más frecuentes y severos cuanto más próximos) y el tiempo transcurrido tras el impacto de la misma (con el tiempo tienden a atenuarse los trastornos psicotraumáticos, pero también es posible la aparición de secuelas diferidas y crónicas). Algunas catástrofes (tecnológicas) pueden determinar situaciones de estrés crónico durante muchos años (Chernóbyl).

En las poblaciones afectadas por las catástrofes también se observa un incremento de otros trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, trastornos psicósomáticos y otras descompensaciones de trastornos previos).

1.4. Alteraciones del comportamiento observadas en las catástrofes

Las situaciones de catástrofe afectan directamente a las personas que han visto su vida, la de sus íntimos y sus bienes amenazados. También pueden verse afectados, directa o indirectamente, los testigos, el personal de socorro y los dirigentes, sobre todo si carecen de la experiencia y de la formación necesaria para actuar en este tipo de situaciones, al ser desbordados por el impacto del horror y la extensión de los daños producidos por la catástrofe.

Las catástrofes son situaciones excepcionales y como tales van a suscitar una serie de conductas de urgencia, distintas a las que pueden observarse en situaciones normales. Por eso, los comportamientos deben comprenderse dentro del contexto situacional en el que se producen. Una conducta de agresión o intimidación, dentro de un contexto bélico, puede tener un valor adaptativo (para la supervivencia del individuo o de su grupo) y, sin embargo, ser reprobable en un contexto social normalizado. El miedo, la preocupación, el temor, la inseguridad, son esperables en sujetos normales, en un contexto de catástrofe, cuando existe una situación de amenaza real. Experimentar los efectos psicológicos y fisiológicos de estas emociones se encuentra dentro de lo esperable en este tipo de situaciones. Por tanto se impone distinguir cuándo una reacción ante un evento

traumático resulta adaptativa o inadaptativa. De una forma esquemática se podrían distinguir tres tipos de reacciones posibles ante el impacto de un evento traumático (figura 1.1):

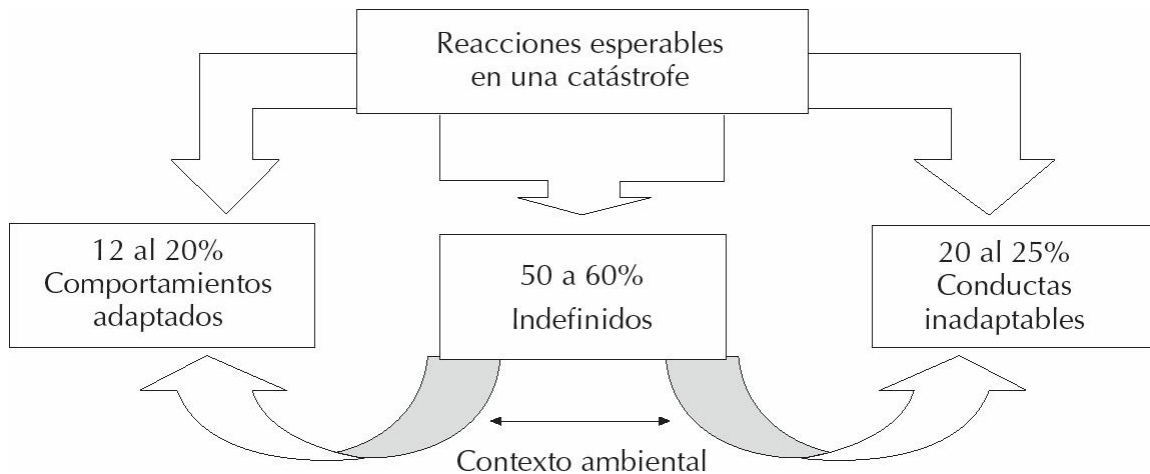


Figura 1.1. *Reacciones esperables en una catástrofe.*

1. Reacciones adaptadas. Son esperables entre el 12 y el 20% de los afectados (porcentaje variable según el tipo y características del desastre). Se caracterizan por la capacidad de mantener la calma, la adopción de medidas de protección y el auxilio a los compañeros. Suelen ser personas informadas o preparadas, con experiencia de mando y un elevado sentido de la responsabilidad cívica y moral.
2. Reacciones inadaptadas. Son esperables entre el 20 y el 25% de los sujetos afectados. Pueden presentar conductas inadaptadas que pueden ir desde reacciones emocionales intensas (pánicos) hasta comportamientos de agitación, inhibición o estupor, o marcadamente de negación y oposición.
3. La mayoría (50 al 60%) de los afectados es altamente influenciable, se muestran inseguros e indecisos y actúan bajo la presión de las circunstancias ambientales. Pueden dirigirse hacia un sentido positivo (conductas de cooperación y socorro) o hacia un sentido negativo (inhibición, pánicos, fugas). A esta población se dirigen de forma preferente los esfuerzos y medidas preventivas (información, entrenamiento).

En condiciones favorables, la mayor parte de los afectados mantiene el control (del miedo y de la situación), por lo que pueden desarrollar comportamientos adecuados bien como un “reflejo de supervivencia”, bien en forma de conductas automáticas desarrolladas en los ejercicios de salvamento y en respuesta a las instrucciones de los equipos de socorro y dirigentes. Pueden surgir conductas generosas e incluso abnegadas que llegan hasta el sacrificio por los demás. Pero también pueden observarse alteraciones psicopatológicas más severas como:

- Conductas de *hiperactividad*, a veces frenética y desordenada, en un estado de exaltación emocional. Pueden darse conductas motoras incontroladas, incluso marchando directamente hacia el peligro (“fuga hacia delante”), arriesgando la vida propia y/o la ajena.
- Comportamientos *apáticos*, sin iniciativa, con inmovilidad o desplazamientos sin sentido. Dóciles ante las órdenes que les imparten, muestran conductas próximas al automatismo.
- Conductas que persiguen el *distanciamiento del acontecimiento traumático*, llegando, incluso, hasta el estupor psicógeno, con disminución profunda o ausencia de la motilidad voluntaria y de la respuesta normal a los estímulos externos (luz, ruido, tacto).
- Comportamientos *violentos*. Se pueden desencadenar por los sentimientos de frustración personal ante la magnitud de la catástrofe, pero en otras ocasiones aparecen como reacciones a determinadas medidas de los equipos de socorro y orden (actuaciones a veces “impersonales”) y, sobre todo, por la desinformación. Estas conductas violentas pueden materializarse sobre bienes (vandalismo) o personas, a las que, justa o injustamente, se consideran culpables de la situación (“chivos expiatorios”).

1.5. Curso y evolución

Las conductas que pueden observarse como respuestas a un acontecimiento catastrófico deben comprenderse como un proceso dinámico que evoluciona en el tiempo conforme se van modificando las condiciones ambientales. Desde un punto de vista clínico y evolutivo conviene distinguir tres etapas o momentos evolutivos distintos:

A) Reacciones inmediatas a la catástrofe

Son las conductas que pueden observarse en presencia del acontecimiento catastrófico (amenaza real). En general se caracterizan por una respuesta de ansiedad como reacción de alarma ante la situación de excepcional amenaza que implica la catástrofe. Esta reacción, en principio, se produce como una respuesta defensiva (adaptativa) para movilizar los recursos individuales para afrontar las amenazas, daños o pérdidas producidas por la catástrofe. Será patológica cuando pierda el valor adaptativo o alcance una intensidad o duración desproporcionadas, que superen los recursos del sujeto. Son de breve duración y en su mayor parte remiten sin secuelas.

B) Secuelas postraumáticas agudas

Se trata de alteraciones de conducta que se observan (persisten o se desarrollan) una vez que ha cesado el acontecimiento catastrófico (situación real de amenaza o

riesgo). Surgen ante el recuerdo de la catástrofe, que han sido incapaces de procesar adecuadamente y por ello ha adoptado la significación de “traumático”.

Se organizan en torno a la repetición persistente e involuntaria del “trauma”, las conductas de evitación, un estado de hiperactivación (insomnio, irritabilidad, sobresalto, las respuestas fisiológicas), el embotamiento y otros síntomas (disociación, amnesia) que pueden durar días o semanas e incluso persistir de forma crónica en la etapa siguiente. Se corresponde con el “trastorno por estrés postraumático agudo”.

C) Secuelas postraumáticas crónicas y retardadas

El cuadro de secuelas postraumáticas crónicas se corresponde con el “trastorno de estrés postraumático crónico” de las clasificaciones internacionales (DSM-IV, 1994). Este trastorno puede evolucionar hacia una transformación persistente de la personalidad (CIE-10, 1993) caracterizada por una serie de alteraciones conductuales (desconfianza, aislamiento, desesperanza, embotamiento, hipervigilancia) que permanece indefinidamente.

En la [figura 1.2](#) se representa gráficamente esta secuencia.

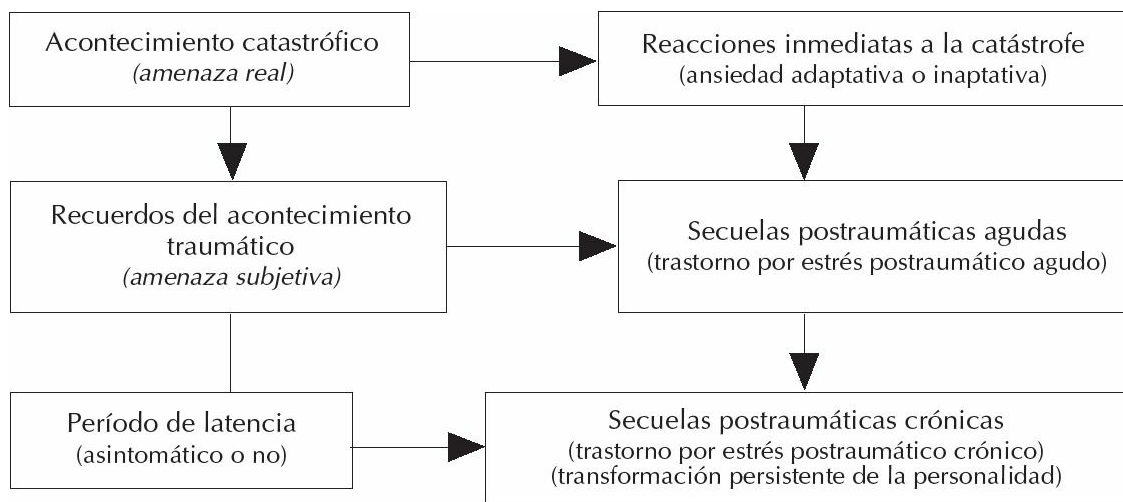


Figura 1.2. Secuencia dinámica de las reacciones a las catástrofes.

1.5.1. Reacciones inmediatas a la catástrofe

En un período inicial, a los pocos minutos del acontecimiento, se produce la respuesta del organismo a la violenta agresión. En este período, el sujeto está sometido, durante un breve lapso de tiempo, a estímulos muy intensos (cualitativa y cuantitativamente). A partir de aquí pueden surgir distintas conductas:

- a) Como aspecto adaptativo, se incrementa la concentración sobre la situación

de peligro y se moviliza la energía para una eficaz reacción psicomotriz. Así, los sujetos, capaces de mantener la calma, pueden captar los elementos esenciales de la situación (evaluar los riesgos), adoptar las medidas adecuadas para su protección y acudir en socorro de los demás.

- b) Por el contrario, el estado de sobreestimulación sensorial puede desbordar al sujeto, embotar sus sentidos y conducirlo a un estado de estupor con reducción del campo de la conciencia y de la atención. Las personas afectadas se encuentran aturcidas, a veces, con desorientación transitoria y se muestran incapaces para asimilar otros estímulos. La reducción de la conciencia y atención actúa como una defensa para evitar el impacto de los estímulos dolorosos.
- c) Otros sujetos no soportan el peligro o riesgo de muerte, reaccionando con emociones muy intensas (terror, pánico), que contribuyen a reducir su capacidad de control racional de la situación. En este contexto pueden darse conductas de rechazo (negación) del acontecimiento (“no ha podido ocurrir, esto no puede estar pasando”). Otros pueden llegar a creerse el “centro” de la catástrofe (ilusión de centralidad). También pueden sentirse tremendamente desvalidos, sin protección, ni socorro posible (impresión de vulnerabilidad).

En este sentido resultan decisivos los esquemas previos que tenga el individuo sobre:

- La seguridad del ambiente, si percibe habitualmente al mundo plagado de amenazas (o peligros) o por el contrario si lo considera un entorno muy seguro y confiable.
- La confianza en su propia invulnerabilidad, si se considera muy frágil y vulnerable o, por el contrario, un exceso de autoconfianza le hace sentirse inmune a cualquier riesgo.

Pasados los primeros momentos del impacto estresor, la reacción inicial puede disminuir progresivamente, pero también persistir, incrementarse o incluso modificarse de diferentes formas. Pueden darse estados afectivos intensos, mezclados y cambiantes: angustia, ansiedad, ira, desesperación. Se acompañan de hipervigilancia y de un correlato vegetativo con manifestaciones diversas: cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, hipertensión), respiratorias (respiración rápida y superficial), digestivas (náuseas, vómitos, diarrea, dolores abdominales, boca seca), palidez, sudoración, temblores, necesidad frecuente de orinar y otras.

El estado emocional puede prolongarse, una vez que el sujeto ha sido apartado del lugar del peligro, en forma de una “descarga emocional tardía”, por crisis de llanto, angustia, agitación, verborrea e incluso micción o defecación involuntarias. Otras veces pueden manifestarse por alteraciones de las relaciones interpersonales (malhumor,

irritabilidad, tendencia al aislamiento) de forma aislada o en combinación con las anteriores.

En la [figura 1.3](#) se representan este tipo reacciones inmediatas.

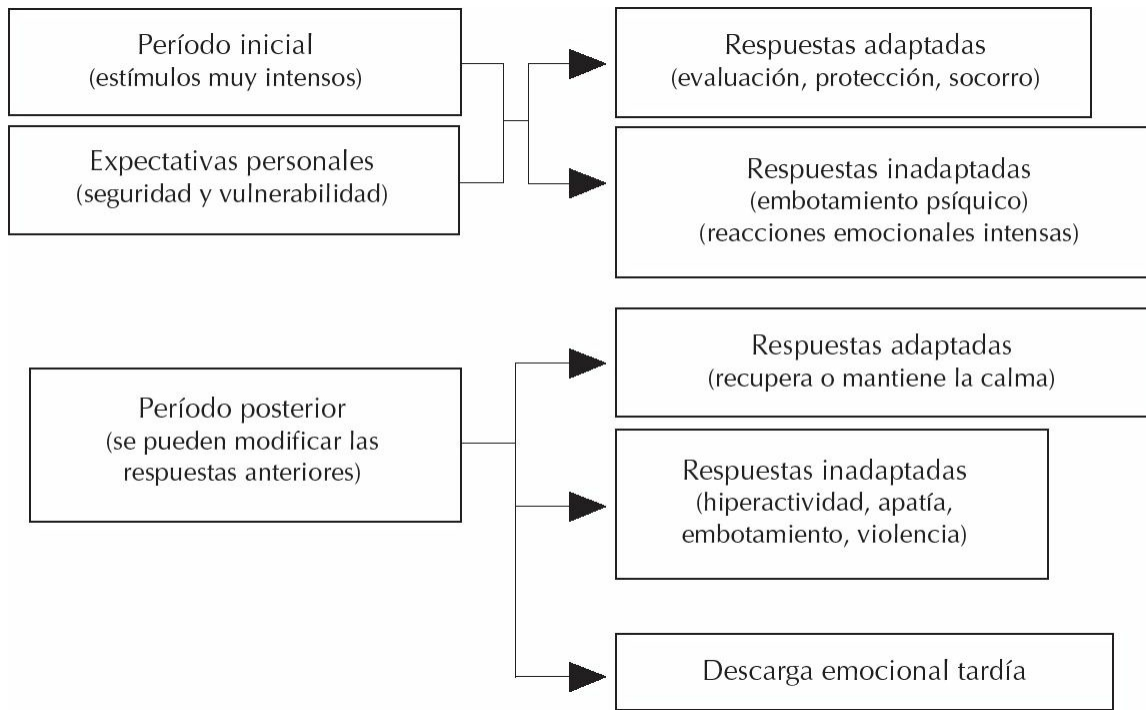


Figura 1.3. *Respuestas inmediatas al acontecimiento catastrófico.*

Los síntomas desaparecen en horas o como mucho 2 o 3 días. Puede existir amnesia completa o parcial del episodio. Las reacciones inmediatas tienden a la recuperación espontánea. No obstante en algunos casos pueden ser el comienzo de un proceso postraumático posterior.

Las alteraciones son más frecuentes en los estados de agotamiento psicofísico, en personas con alteraciones psicopatológicas previas, en personalidades inmaduras (niños, adolescentes) y en los ancianos.

1.5.2. Secuelas postraumáticas agudas

Se producen cuando no ha sido posible la recuperación espontánea o cuando ha fallado el tratamiento avanzado. Aparecen cuando la situación de amenaza externa ha desaparecido, horas a semanas después del acontecimiento traumático. Pueden estar precedidas de un período de ausencia de manifestaciones inmediatas (latencia), como si el acontecimiento traumático hubiese sido superado, incluso en sujetos que han experimentado una sensación de “alivio por haber sobrevivido”. El acontecimiento traumático puede quedar encubierto y manifestarse posteriormente, cuando el sujeto se

encuentra en la zona de seguridad, fuera del peligro, incluso cuando se encuentra en el medio familiar, horas, días o meses después. Las secuelas postraumáticas agudas no se dan como respuesta a una amenaza real, sino como reacción a una amenaza fijada en el recuerdo que tiene el sujeto de la situación traumática vivida anteriormente.

El cuadro clínico incluye, en mayor o menor proporción, los siguientes elementos:

- Episodios reiterados de reexperimentación del trauma en forma de recuerdos intrusivos, sueños o pesadillas. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo del trauma o como si se volviera a vivir (*flashbacks*).
- Un estado de “entumecimiento” y “embotamiento emocional”, con desapego de los demás, falta de capacidad de respuesta al medio y anhedonia.
- Conductas de evitación de todas aquellas actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse e incluso evitarse los indicios y sugerencias que recuerdan el trauma.
- Un estado de hiperactivación con hipervigilancia, incremento en la reacción de sobresalto e insomnio. Se asocia a hiperactividad vegetativa (descarga simpaticotónica, betaadrenérgica, con náuseas, vómitos, diarrea, disnea, taquicardia, sudoración y otros síntomas).
- Alteraciones disociativas (conciencia, memoria, percepción). Se produce un estrechamiento del campo de la conciencia, permaneciendo el sujeto como ausente de cualquier referencia sensorial (temporal o espacial), concentrado en algún elemento del acontecimiento traumático. Se asocia a una inhibición de la actividad motriz, mímica y gestual. También pueden producirse amnesias con respecto a determinados aspectos del acontecimiento traumático.
- Depresión. Los síntomas predominantes son las ideas de culpabilidad, los autorreproches y sentimientos de baja autoestima y desvalorización, con vivencias de vergüenza e indignidad que pueden conducir a comportamientos suicidas. Pueden evolucionar en forma de desinterés, apatía y a veces en forma de cuadros depresivos más severos. En algunos casos se ha observado el fenómeno contrario (cuadros de hipomanía con agitación, verborrea y vivencias de inmortalidad).
- Ansiedad. Se manifiesta de forma difusa, contaminando los recuerdos y las percepciones actuales. Otras veces en forma de crisis agudas paroxísticas. También puede estar ligada a situaciones, lugares o personas que evocan el acontecimiento traumático, determinando conductas de evitación fóbica.
- Alteraciones de la psicomotricidad. Desde los cuadros de agitación con tempestad de movimientos, a los cuadros opuestos, con inhibición o estupor psicógeno.

Como complicaciones pueden darse:

- Alteraciones del comportamiento. Conductas de aislamiento, rechazo, incomprensión, impulsividad y descargas de agresividad mal controladas. Con frecuencia generan conductas de fracaso y dificultades adaptativas. En raras ocasiones se pueden producir episodios de hiperactividad (laboral o profesional), que pueden dar lugar a comportamientos peligrosos.
- Abuso de sustancias (alcohol y otras drogas).
- Trastornos somatoformes, de conversión y alteraciones psicosomáticas. Parálisis, temblores, trastornos sensoriales (ceguera, sordomudez). Otras veces dolores erráticos y/o persistentes. También se han descrito alteraciones psicosomáticas (úlceras gastroduodenales y el desencadenamiento de cuadros asmáticos y diabetes).

En el esquema siguiente se representa el cuadro de las secuelas agudas ([figura 1.4](#)).

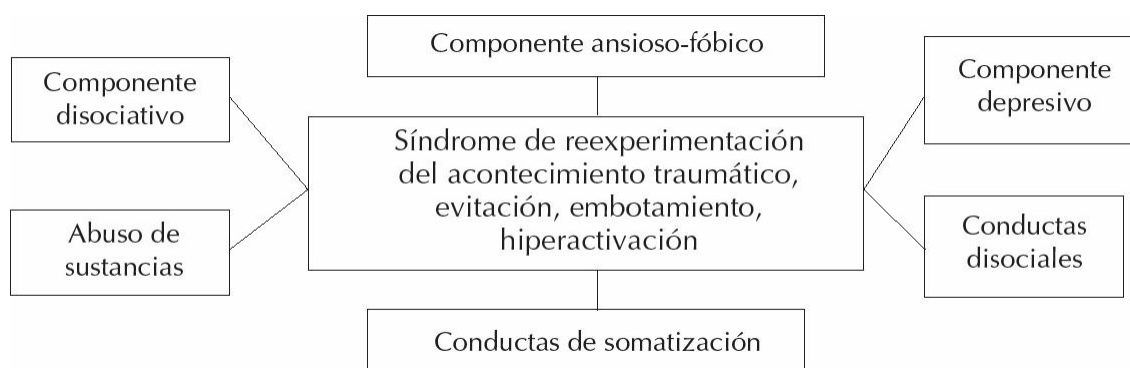


Figura 1.4. *Espectro clínico de los trastornos psicotraumáticos agudos.*

1.5.3. Secuelas crónicas y retardadas postraumáticas

Estas secuelas, cuyo prototipo es el trastorno por estrés postraumático crónico, se caracterizan por las evocaciones o representaciones intrusivas del trauma (recuerdos o imágenes durante la vigilia, sueños reiterados). También suelen estar presentes un desapego emocional claro, un embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Se asocian síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo (ansiedad, depresión, irritabilidad) y alteraciones conductuales (aislamiento, desconfianza).

El curso es fluctuante durante varios meses, incluso años. Puede evolucionar hacia una “transformación persistente de la personalidad” con acentuados rasgos de retraimiento social, hostilidad, desconfianza, sensación de constante amenaza, desesperanza, sentimientos de extrañeza, vacío y desolación interior, que conducen a un deterioro progresivo de las relaciones interpersonales y de la actividad sociolaboral.

1.6. Diagnóstico

Se recomienda gran cautela en el empleo de etiquetas psiquiátricas y designaciones como “baja”, “víctima” o “paciente”, porque pueden influir significativamente en los síntomas y en la conducta posterior del individuo. En el caso de las reacciones inmediatas a la situación de catástrofe, se recomiendan términos que describen una reacción normalmente esperable al estrés vivido y permiten expectativas de recuperación, como “reacción al desastre” o “síndrome del desastre”.

Las reacciones postraumáticas agudas se contemplan dentro de la categoría diagnóstica del trastorno por estrés postraumático agudo (F43.0 CIE-10, OMS, 1992 y 308.3 de la DSM-IV, APA, 1994). Los criterios que se exigen para su diagnóstico se reproducen en el [cuadro 1.2](#):

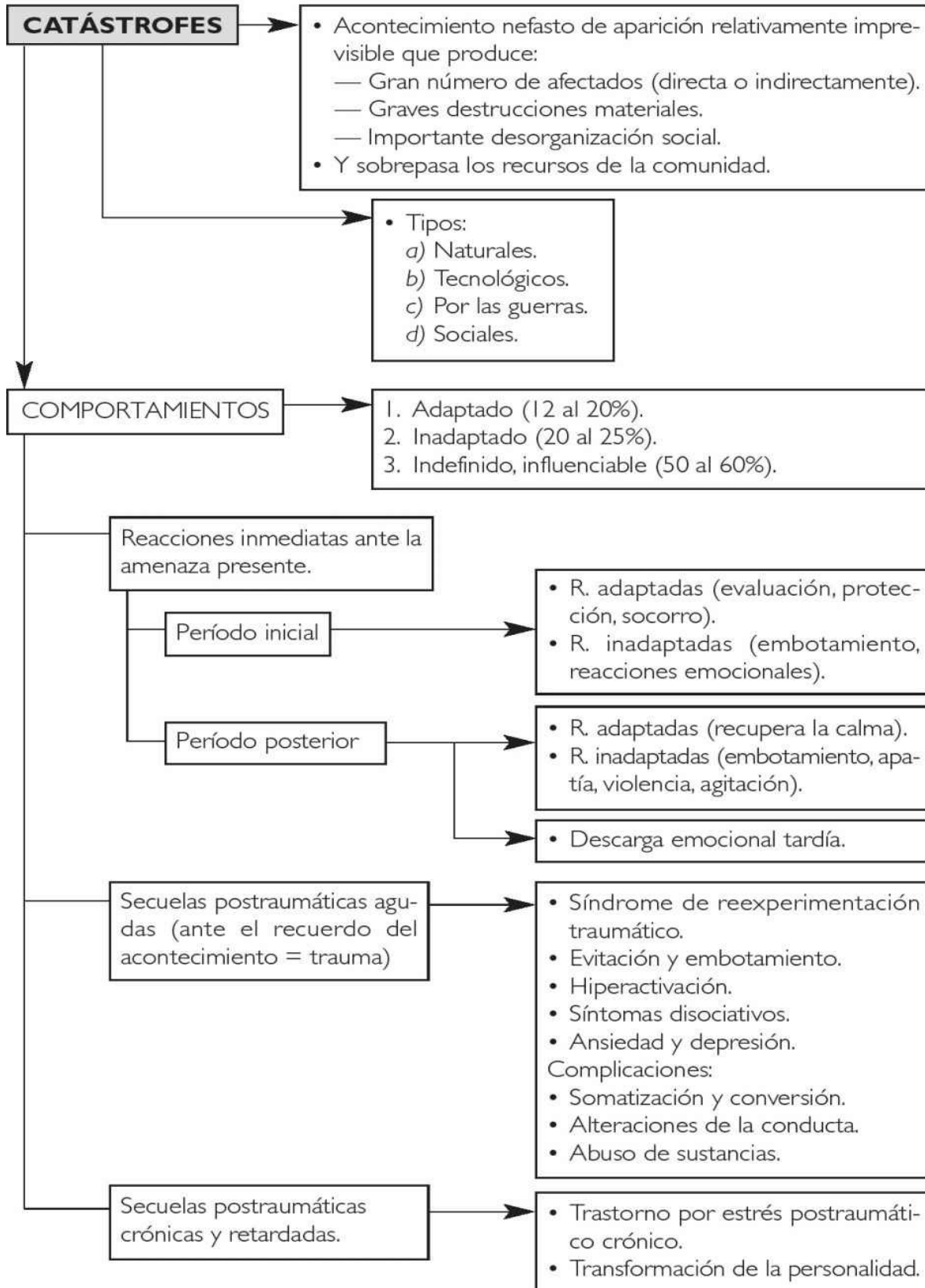
Cuadro 1.2. *Criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático agudo(DSM-IV, 1994)*

-
- | | |
|----|--|
| A. | La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático caracterizado por los siguientes factores (1) y (2): |
| 1. | La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás. |
| 2. | La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. |
-
- | | |
|---------------|--|
| B. | Durante o después del acontecimiento traumático el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos: |
| 1. | Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional. |
| 2. | Reducción del conocimiento de su entorno (por ejemplo: estar aturdido). |
| 3. | Desrealización. |
| 4. | Despersonalización. |
| 5. | Amnesia disociativa (por ejemplo, incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma). |
-
- | | |
|---------------|--|
| C. | El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de <i>flashbacks</i> recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático. |
|---------------|--|
-
- | | |
|---------------|--|
| D. | Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (por ejemplo, pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas). |
|---------------|--|
-
- | | |
|---------------|---|
| E. | Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (por ejemplo, dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora). |
|---------------|---|
-
- | | |
|---------------|---|
| F. | Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para |
|---------------|---|
-

llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a sus familiares.

- ~~G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.~~
 - ~~H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas o fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I y II.~~
-

Cuadro resumen



Exposición de un caso clínico

Sebastián

Sebastián era el segundo de dos hermanos varones, de una familia de clase media, sin antecedentes de interés significativo, nacido de embarazo y parto normales. Su desarrollo psicomotor fue considerado como normal. Se adaptó al colegio sin dificultad, cursando los estudios primarios y de bachillerato sin alteraciones significativas. Describe su infancia como feliz, se consideraba querido y atendido por sus padres, aceptado por sus compañeros y profesores. Algo tímido y reservado, pero capaz de mantener amigos íntimos. Realizó estudios de administrativo. No llegó a desempeñar ningún puesto de trabajo. Realizó el servicio militar sin problemas. Le gustaba el ambiente militar y a los 22 años decidió ingresar en el Ejército como soldado profesional. Solicitó voluntariamente incorporarse a misiones de interposición en la zona operativa de Bosnia.

Al mes de encontrarse destinado en Bosnia (noviembre de 1993), mientras conducía un camión militar sufrió un atentado terrorista. De repente fueron asaltados por un grupo incontrolado, hubo explosiones de granadas, disparos y, en un momento de la refriega, Sebastián se encontró con un arma sobre la cabeza, mientras que le gritan en un idioma que no comprende. Aunque fue un breve momento, sintió la muerte próxima, se encontraba paralizado por el temor y con rabia e impotencia (profunda indefensión). Afortunadamente el oficial pudo controlar la situación y pudo salvar su vida. En los primeros momentos sintió un gran alivio, después se sintió avergonzado y culpable por no haber reaccionado (“pensaba que no debía haber detenido el camión, tendría que haber seguido adelante y evitar la emboscada, quizá hubiera tenido que estar más vigilante”). Guardó silencio sobre el episodio, evitó comentarios o conversaciones sobre éste. A partir de este momento procuraría estar “más cuidadoso y vigilante”.

En los meses siguientes, Sebastián fue testigo involuntario de los desastres de la guerra: daños personales (“cadáveres, heridos, mujeres violadas y torturadas, niños huérfanos”), daños materiales (“edificios ardiendo, ruinas, miseria”), profunda desorganización social. Todo ello le producía horror, rabia e impotencia. Recuerda alguna ocasión en que se encontró, sin quererlo, en medio de la situación, sintiendo también miedo por su propia vida. Describe cómo, en algún momento, llegó a sentirse bloqueado, sin poder reaccionar por unos instantes a “las llamas, los gritos de la gente, los ruidos de las explosiones, el chirrido de las sirenas”. El oficial que dirigía la sección le tuvo que “empujar” para que pudiera reaccionar y salir de la zona de peligro. Después tardó algunas horas en poder reponerse del agotamiento sufrido, recuerda que le relevaron, le mandaron a descansar y no podía cerrar los ojos, pues le asediaban, una y otra vez, las imágenes de terror vividas. Parece que algún enfermero le proporcionó un sedante y pudo quedarse dormido. A la mañana siguiente se sentía profundamente cansado, pero intentó superarse y trató de afrontar la situación trabajando duro, con mucho esfuerzo. Sus compañeros también tenían la moral muy baja. El oficial intentaba animarles y les decía que estaba muy contento con su equipo.

Posteriormente, el equipo de Sebastián sufre una serie de accidentes en cadena. Primero una compañera pierde la vida en un trágico accidente. Poco después muere otro de sus compañeros en una explosión. El mismo Sebastián resulta herido mientras intentaba rescatar a unos refugiados de la caja del camión que había caído a un barranco. Se rompió la muñeca derecha y por tanto no podía continuar trabajando de conductor. Para Sebastián era algo más que una sucesión de trágicos accidentes y se sentía, en parte, responsable de la seguridad de todo el grupo.

Sebastián fue repatriado y en el territorio nacional sería intervenido quirúrgicamente de su muñeca varias veces y le quedarían limitaciones de fuerza y movilidad. Tuvo que aprender a escribir y a trabajar con

su mano izquierda. Sus familiares le encontraron muy cambiado, estaba tenso e irritable, se sentía solo y rechazado por el Ejército. Durante la noche tenía frecuentes pesadillas. Se sobresaltaba fácilmente por ruidos o fogonazos. Había temporadas que las pasaba en la cama, de forma apática e indolente, sin levantarse durante días. Para afrontar sus frustraciones comenzaría a beber cada vez más alcohol. Cuando quería hablar de sus experiencias en Bosnia, creía que la gente no le tomaba en serio y que pensaban que “exageraba”.

En agosto de 1995 incendia la casa de los vecinos en un acto que, más tarde, no puede explicar. Al día siguiente, cuando se da cuenta de lo que ha hecho, decide prender fuego a su propia casa y meterse en la cama con el fin de perecer él mismo en el fuego. En el último momento se asusta y sale corriendo de la casa. Previamente había recibido una serie de malas noticias: uno de los miembros de su antiguo pelotón se había suicidado, su abuelo había fallecido y era apartado definitivamente del Ejército.

Preguntas de autoevaluación

1. ¿Qué criterios de los que figuran a continuación se consideran fundamentales para definir un acontecimiento como catastrófico? (Señale la opción incorrecta):
 - a) El número de muertos. ☐
 - b) La desorganización social. ☐
 - c) Las destrucciones materiales. ☐
 - d) La aparición brusca y repentina de un acontecimiento nefasto. ☐
 - e) El desbordamiento de los auxilios propios. ☐

 2. ¿Cuáles son los comportamientos individuales que aparecen con más frecuencia como reacción inmediata ante una catástrofe?
 - a) Las reacciones depresivas. ☐
 - b) Las reacciones de estrés postraumático. ☐
 - c) Las reacciones emocionales de miedo o ansiedad. ☐
 - d) Las conductas de pánico. ☐
 - e) Las reacciones disociativas. ☐

 3. ¿Qué porcentaje de población afectada suele reaccionar de forma adecuada ante una situación de catástrofe?
 - a) 2-10% ☐
 - b) 12-20% ☐
 - c) 20-30% ☐
 - d) 50-60% ☐
 - e) 60-70% ☐
-

Factores etiológicos en los comportamientos reactivos a las situaciones de catástrofe

2.1. Introducción

Los comportamientos observados en las catástrofes se contemplan actualmente dentro del área conceptual del estrés. El término “estrés” etimológicamente deriva del latín *stringere* y, al parecer, ya fue utilizado en el siglo XIV como sinónimo de “dureza, tensión, adversidad o aflicción”. A finales del siglo XVIII, Hocke utilizó la palabra en el contexto de la física para describir un estado de tensión excesiva que puede deformar o romper un determinado objeto (material). Aplicado al campo de la medicina (Cannon, 1936; Selye, 1950), el término estrés pasará a designar tanto al agente inductor de la tensión (estímulo o agente de estrés), como al resultado o consecuencia de la misma (reacción o respuesta de estrés). En su perspectiva más actual, el estrés se considera como un término genérico que designa un área o campo de estudio, muy significativo para los trastornos psicotraumáticos.

Las catástrofes son situaciones excepcionales en las cuales se producen graves amenazas para la integridad del individuo (física y psíquica), por ello pueden considerarse como estímulos o agentes estresantes muy intensos y nocivos. En este contexto situacional, el organismo presenta un estado de hiperactivación psicobiológica que moviliza sus recursos para responder a esta situación por medio de conductas de lucha o huida (con sus correlatos fisiológico, vivencial y cognitivo). A este complejo proceso se le denomina reacción o respuesta de estrés.

Una respuesta de estrés no tiene por qué ser, inevitablemente, traumática. Conviene diferenciar entre estrés y trauma. El término trauma, etimológicamente, va ligado a un significado de herida, daño, agotamiento. En el psicoanálisis clásico se conceptúa el trauma como una extensa herida que se produce en la barrera que protege al individuo de los estímulos nocivos. El estrés normal es un estado defensivo con características

reorganizativas, que al llegar a un umbral idiosincrásico para cada individuo, comienza a manifestarse en todo tipo de síntomas físicos y psíquicos. El estrés traumático sin embargo produce una desestabilización total de las capacidades de adaptación y defensa del organismo.

2.2. Variables implicadas

En las situaciones de catástrofes, como en las reacciones al estrés, interviene una serie de variables que se organizan secuencialmente:

- a) El estresor o agente de estrés. La situación de amenaza suscitada por la catástrofe con sus componentes objetivo (tipo, duración, intensidad) y subjetivo (personal).
- b) El organismo sometido a la amenaza (física o psíquica).
- c) Variables ambientales (apoyos sociales y familiares).

De la compleja interacción de todos estos factores se produce la respuesta de estrés, que se expresa por:

- a) Un estado de hiperactivación psicofisiológica provocada por el sistema reticular que activa estructuras límbicas y corticales.
- b) Una serie de respuestas fisiológicas periféricas, básicamente una activación autonómica y del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal.
- c) Respuestas vivenciales (emociones y sentimientos de malestar).
- d) Respuestas conductuales (afrontamiento, evitación).

2.2.1. Estresores o agentes de estrés

Dentro de los estresores que pueden poner en marcha la respuesta de estrés se pueden considerar las catástrofes como acontecimientos potencialmente muy severos que implican un grave riesgo para la vida o la seguridad de las personas. Por ello, en principio son susceptibles de afectar a la mayoría de las personas. No obstante conviene distinguir en los factores de estrés los componentes objetivo y subjetivo. El componente objetivo de un acontecimiento viene dado por sus características físicas (tipo, duración, intensidad, repetición), mientras que el componente subjetivo es personal y depende del sujeto afectado.

Los elementos objetivos de un acontecimiento catastrófico que se correlacionan con una mayor incidencia de trastornos psíquicos son:

- a) La intensidad y severidad del acontecimiento traumático. El riesgo de

presentar alteraciones se relaciona de forma lineal con la gravedad del acontecimiento.

- b) El nivel de exposición. La exposición aumenta el riesgo de padecer trastornos psíquicos.
- c) La repetición de situaciones catastróficas produce efectos acumulativos. Además, un acontecimiento puede revelar otros más antiguos.
- d) El tipo de catástrofe. Producen más alteraciones aquellos acontecimientos frente a los cuales el individuo no suele estar preparado para reaccionar (graves catástrofes, asaltos criminales, secuestros, torturas y otros graves acontecimientos). Se han establecido correspondencias entre estos tipos de sucesos y los agrupamientos de síntomas específicos.

Otra serie de estresores pueden superponerse en las situaciones de catástrofes y agravar significativamente el impacto de las mismas. Éstos incluyen tanto los estresores que proceden del ambiente físico (calor, frío, humedad, ruido, luz, contaminación) como los que provienen del entorno psicosocial (ver u oír el sufrimiento y las reacciones de la gente de alrededor, la falta de información, la incertidumbre o la imposibilidad de prever las consecuencias) y que son elementos casi constantes en las situaciones de catástrofes. Además se ha descrito la importancia de los estresores previos al impacto del acontecimiento, como situaciones de tensión crónica mantenida y otras fuentes de estrés derivadas de las condiciones psicosociales (familiar, laboral, social) y biológicas (estado de salud, edad, nutrición o hidratación) del individuo.

2.2.2. Factores individuales

Un mismo acontecimiento afecta, a sujetos diferentes, de distinta manera. Incluso los acontecimientos de características objetivas similares pueden afectar de manera distinta al mismo sujeto. Un mismo suceso puede ser percibido como un estímulo para el desarrollo personal o como un daño progresivo que se perpetúa crónicamente. Desde una perspectiva individual, el factor etiológico más importante va a ser el impacto subjetivo que tiene el acontecimiento sobre el sujeto.

Una serie de factores individuales determinan la valoración subjetiva del acontecimiento:

- a) *La historia personal del sujeto*, sobre todo, los acontecimientos traumáticos personales y de su entorno inmediato (familiares próximos). Realmente estos factores son difícilmente mensurables y, salvo las experiencias precoces de abandono y de malos tratos o abusos, no son buenos predictores de la respuesta al trauma. En relación con el papel mediador de las experiencias anteriores, las defensas de que dispone un individuo se organizan básicamente en torno a procesos atribucionales de naturaleza cognitiva. El sujeto atribuye determinadas propiedades a sí mismo o al

entorno, que determinan el significado más o menos amenazante de los estímulos. También adquiere determinadas convicciones sobre su seguridad y vulnerabilidad. Cuando estos sujetos, que creen poder controlar el entorno, fracasan, desesperan y generalizan sus expectativas de fracaso a otras situaciones posteriores (atribución de indefensión).

- b) *Variables de tipo estado* (antecedentes psiquiátricos previos). Pueden modificar la respuesta de un organismo a un agente de estrés (pero sólo mientras dure el episodio patológico).
- c) *Variables de tipo rasgo*. Parece ser que la ansiedad como rasgo se correlaciona con reacciones patológicas al estrés. Este tipo se caracteriza por una propensión a la hipersensibilidad ante situaciones aversivas, inquietud, aprensión, sentimiento de estar en peligro o amenazado y a menudo se asocia con incontinencia emocional. La depresión, la inestabilidad emocional y la alexitimia también se han relacionado con reacciones patológicas al estrés. Algunos trabajos señalan que las personalidades distímicas tenderían a descompensarse con síntomas depresivos y las personalidades ansiosas con crisis de angustia.

Cuadro 2.1. Mecanismos de defensa frente a situaciones de amenaza

1. *Anulación*. Persigue abolir el impacto del acontecimiento. El sujeto se encierra en una relación que le proporciona seguridad (ambiente social, familiar, médico, etc.).
2. *Negación*. El sujeto rechaza conocer la realidad del acontecimiento. A veces percibe y constata la realidad, pero negando los elementos peyorativos.
3. *Aislamiento*. Distanciamiento afectivo de la situación amenazante.
4. *Intelectualización*. Elaboración de construcciones teóricas (seudocientíficas) sobre su estado y situación (como si se tratase de otra persona).
5. *Desplazamiento*. Transferencia de las preocupaciones o temores a otros temas menos amenazantes que su propio estado o situación (se preocupa por temas menores: objetos materiales, problemas sociales, etc.).
6. *Regresión*. Repliegue sobre sí mismo y búsqueda de apoyo afectivo retrocediendo a etapas más inmaduras de su desarrollo.

d) *Mecanismos de defensa*. Las teorías psicoanalíticas atribuyen un gran valor a las estrategias que el Yo pone en marcha para reducir el impacto angustioso del acontecimiento. Básicamente persiguen negar o distorsionar su existencia. Los más significativos se reproducen en el cuadro adjunto (cuadro 2.1).

e) *Estrategias de ajuste al estrés*. También denominadas *coping strategies*, representan el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales destinados a dominar, reducir o tolerar las exigencias internas o externas que amenazan o sobrepasan los recursos del individuo. Para Lazarus, la forma en la que el

sujeto percibe la situación y sus recursos para afrontarla determina que la respuesta sea adaptada o inadaptada. Este proceso de evaluación se realiza según la siguiente secuencia:

- Evaluación primaria de la situación a la que se está sometido. Puede percibirla como una amenaza, un daño (pérdida) o bien como un reto o desafío que pone a prueba sus capacidades. Las emociones que se suscitan son distintas en cada tipo, pueden ir desde el miedo o la cólera, hasta un cierto grado de exaltación (ante el reto pendiente).
- Evaluación secundaria, que se refiere a la estimación de los recursos propios (del sujeto) para hacer frente a la situación de estrés. En esta fase, el sujeto analiza sus capacidades de responder a la situación. Las respuestas serán distintas según el sujeto se considere competente o, por el contrario, incapaz de afrontar la situación.
- Evaluación terciaria, que sería el resultado de las dos anteriores, tanto del análisis de la situación como de los recursos para afrontarla. Condicionará la respuesta del sujeto.

Lazarus considera que sólo se produce una reacción de estrés, adaptada o patológica, si el sujeto percibe al estresor con un significado de “amenaza, daño, pérdida o derrota” y además se considera incapaz de afrontarlo. En el [cuadro 2.2](#) se resumen las principales estrategias de afrontamiento, según Lazarus y Folkman (1986).

Cuadro 2.2. Estrategias de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986)

- | | |
|----|--|
| 1. | <i>Confrontación.</i> Conductas activas y directas que intentan alterar la situación. Por ejemplo, la implicación activa en las tareas de salvamento y atención a heridos. |
| 2. | <i>Autocontrol.</i> Conductas para controlar las propias emociones y acciones. Por ejemplo, los esfuerzos por mantener la calma. |
| 3. | Búsqueda de apoyo social. Conductas para obtener información, ayudas directas (cuidados, servicios) o apoyo emocional (simpatía, comprensión de los demás). |
| 4. | <i>Planificación.</i> Análisis y preparación de las acciones. |
| 5. | <i>Reevaluación positiva.</i> Conductas de búsqueda de un significado positivo que implique un desarrollo o crecimiento personal. |
| 6. | Aceptación de la propia responsabilidad y conductas de disculpa y compensación. |
| 7. | <i>Evitación.</i> Conductas para distanciarse de la situación. Por ejemplo huida o alejamiento de la misma. |
| 8. | <i>Negación.</i> No tomar en consideración los peligros o riesgos de la situación, con un distanciamiento de la realidad. |
| 9. | <i>Vigilancia.</i> Enfocar la atención sobre los propios síntomas y problemas. En vez de centrarse en resolver la situación, se centran en sí mismos (en el daño que han sufrido o pueden sufrir). |

2.2.3. Variables ambientales

Se incluyen las circunstancias en las que se desarrolla la situación y los apoyos sociales y familiares. El apoyo social es una variable protectora frente al estrés. Más concretamente, la percepción de tener apoyo social estimula y mejora las estrategias de afrontamiento y hace menos necesaria la utilización de otros mecanismos de defensa. El apoyo social puede definirse sobre la base del entramado de relaciones personales que tiene el sujeto y del grado de intimidad, solidaridad y confianza que se comparte con las otras personas. El apoyo social puede tener efectos positivos o negativos para el desarrollo de la respuesta de estrés ([cuadro 2.3](#)).

Cuadro 2.3. *Efectos positivos y negativos del apoyo social*

<i>Efectos positivos</i>	<i>Efectos negativos</i>
• <i>Apoyo emocional</i> (Sensación de que el sujeto es que rido y cuidado, la posibilidad de que se puede contar con los demás y confiar en ellos.) Refuerza la vincu lación del sujeto con su grupo de referencia y contribuye a su autoa firmación. • <i>Apoyo material</i> (Ayudas directas, como cuidados y servicios.) • <i>Información</i> (Sobre la situación y la evolución del sujeto.) Ayuda a conocer el resultado de sus conductas y a mantener su identidad social.	• Puede establecer situaciones de <i>agravio comparativo</i> entre sujetos. • Un apoyo social incompleto, o inadecuado, puede generar <i>irritación y resentimiento</i>. • Un apoyo social excesivo puede generar una <i>dependencia excesiva</i>. • Hay tipos de apoyo social que coar tan la libertan del individuo para tomar decisiones o transmiten valores que generan conflictos para el individuo. • La información mal proporcionada, o

fragmentaria, puede crear *incertidumbre*, preocupación y generar nuevos problemas.

El balance entre costes y beneficios de los apoyos sociales varía de unas personas a otras, de un rol social a otro (por ejemplo, no es lo mismo un profesional encuadrado en un equipo de salvamento que una víctima indiscriminada de un desastre) y de unas situaciones a otras.

2.3. Respuestas de estrés

El estrés, como concepto operativo, se define como un estado de activación que depende de las evaluaciones que el organismo realiza del entorno. La fisiología de este estado de activación ha sido objeto de abundante investigación experimental. Los resultados señalan que este proceso dista mucho de ser uniforme o lineal, más bien lo definen como polidimensional y cambiante, variable con cada situación o demanda ambiental.

Atendiendo a los diferentes instrumentos y medidas para registrar las diferentes variables implicadas, se aprecian distintas dimensiones: activación cerebral-cortical, autonómica, neuroendocrina, inmunitaria o conductual.

2.3.1. Activación cerebral-cortical

La activación cerebral es promovida por la acción del sistema reticular, bajo la influencia de la sobreestimulación (estímulos externos, internos o ambos) que incide sobre él. Este sistema mantiene interrelaciones funcionales con otras estructuras cerebrales que contribuyen por mecanismos de retroalimentación (*feedback*) a regular sus efectos. Las regiones cerebrales involucradas incluyen: los sistemas de recogida de estímulos sensoriales, los sistemas moduladores del estado de arousal, el tálamo, la amígdala, el *locus coeruleus*, el hipocampo y la corteza cingular y frontal.

El *input* sensorial proyecta en el tálamo que modula la fidelidad del procesamiento sensorial. Los sistemas moduladores del estado de arousal se encuentran al nivel del tallo cerebral, incluyen el *locus coeruleus* (responsable de la hiperactivación noradrenérgica), los núcleos del rafe (serotoninérgicos) que modulan la actividad del LC y los núcleos reticulares (colinérgicos), que también ejercen una función moduladora de la activación. La amígdala es importante en el condicionamiento del miedo y en la extinción de las asociaciones sensoriales y cognitivas del trauma original, así como los componentes de ansiedad. Modula la generación de emociones.

De forma análoga, la amígdala sirve para integrar los estímulos sensoriales y cognitivos desde múltiples áreas cerebrales. El córtex del hipocampo y parahipocampo es

importante para el proceso inicial de almacenamiento de la memoria, en íntima conexión con la amígdala. Tanto el hipocampo como la amígdala tienen múltiples proyecciones a las áreas corticales, donde son almacenados eventualmente los recuerdos. El córtex cingular cambia las prioridades de la atención y de la concentración. El córtex frontal genera el plan de prioridades para las capacidades de atención y memoria de trabajo. La interacción compleja de todas estas estructuras podría determinar las alteraciones en el procesamiento emocional y cognitivo de los recuerdos traumáticos ([figura 2.1](#)).

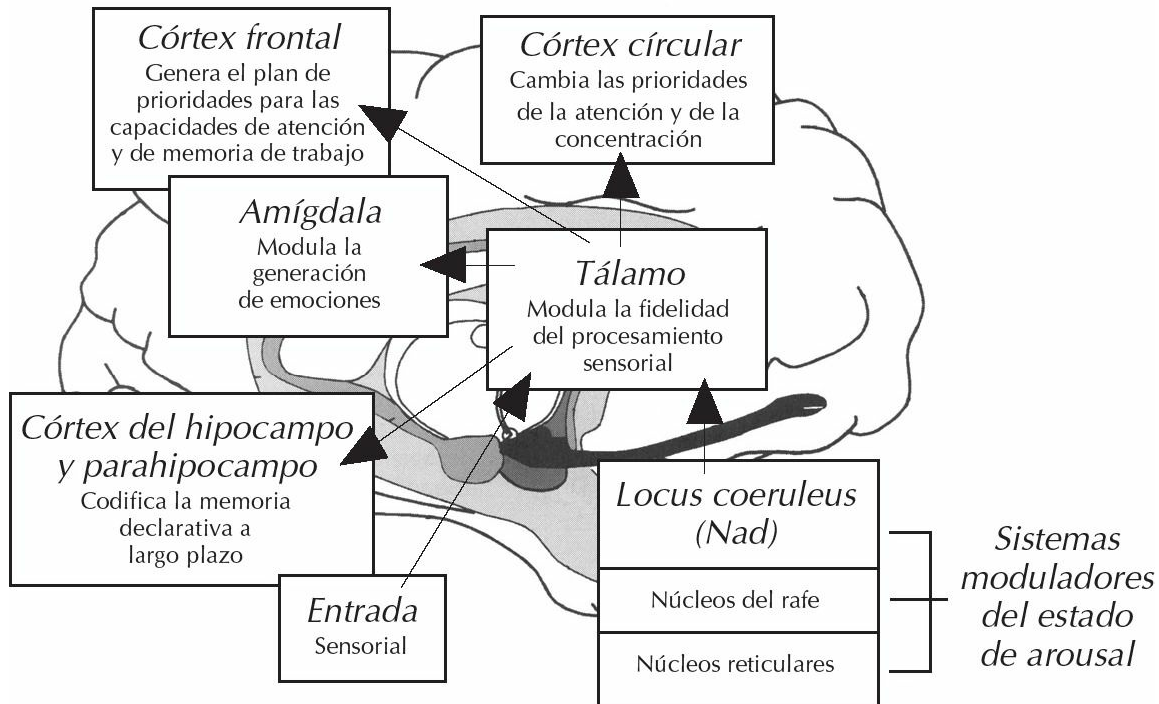


Figura 2.1. Regiones cerebrales que intervienen en el procesamiento emocional.

2.3.2. La activación autonómica

La activación autonómica actúa por medio del sistema simpático adrenal, encargado de mantener el medio interno en estado uniforme (homeostasis) y de facilitar las respuestas de lucha o huida (de distinto significado emocional). La noradrenalina (Nad) y la adrenalina (Ad) son indicadores bioquímicos de este proceso. La Nad se ha usado como indicador bioquímico de la capacidad adaptativa, así sus concentraciones fluctúan según las apreciaciones que el organismo hace de la situación y de los recursos para afrontarla. La disponibilidad de Nad parece incrementarse en caso de estrés físico agudo o crónico, en los estados de cólera y agresividad, en caso de interacción social difícil y en conductas de alto riesgo. La adrenalina se ha considerado el indicador bioquímico de la actividad emocional del sujeto. La Ad se incrementa en el estrés psíquico y en los estados de ansiedad, impredecibilidad e incertidumbre.

En el cerebro existen núcleos, noradrenérgicos y adrenérgicos, distribuidos por la protuberancia que inervan el tronco cerebral. El núcleo noradrenérgico principal es el *locus coeruleus* (LC) que se localiza bilateralmente en el suelo del IV ventrículo y representa la principal fuente de inervación noradrenérgica del SNC. Esta estructura tiene una función moduladora de las reacciones de alarma. Recibe aferencias sensitivas medulares, así como del córtex frontal, sistema límbico, hipotálamo, sustancia negra, formación reticular y núcleos del rafe (éstas son inhibitorias). Proyecta su actividad sobre el córtex, sistema límbico, hipotálamo, tronco cerebral y zonas espinomédulares.

2.3.3. La activación neuroendocrina

La respuesta neuroendocrina, complementaria de la anterior, es relativamente lenta, y decrece con el tiempo, cuando se repiten o mantienen los estímulos estresantes. Es una respuesta compleja en la que se han podido identificar tres sistemas secuenciales de reacción. Un sistema de reacción rápida caracterizado por el incremento de las catecolaminas (Ad y Nad), la prolactina y de la hormona del crecimiento, y por la disminución de la insulina, los estrógenos y los andrógenos (testosterona). Un segundo sistema (reacción semirrápida), constituido por el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal. Un tercer sistema es el de reacción lenta, representado por las hormonas tiroideas.

La activación del sistema hipotalámico-hipofisario-suprarrenal constituye un indicador biológico del estrés. En las situaciones de amenaza, pérdida de control, incertidumbre, huida o derrota se puede evidenciar un incremento de la ACTH hipofisaria y de las hormonas de la corteza suprarrenal, que se expresan subjetivamente bajo la forma de un estado emocional desagradable (malestar, ansiedad o depresión). El cortisol y la corticosterona secretados por las glándulas suprarrenales parecen actuar como “tranquilizantes tisulares, que potencian la tolerancia pasiva y la coexistencia con el agente agresor” (Selye, 1982). Son, pues, hormonas con valor adaptativo y restaurador, incluso en su aspecto moderador de las reacciones inflamatorias e inmunitarias.

2.3.4. Otras alteraciones biológicas relacionadas con la activación

Otras variables relacionadas con la actividad autonómica son los registros psicofisiológicos, como el incremento de la respuesta de sobresalto (*startle response*) y de otras variables psicofisiológicas (frecuencia cardíaca, presión arterial, conductancia cutánea, temperatura, tono muscular y otros parámetros) en situaciones de estrés y como respuesta a estímulos que evocan la situación traumática.

El estrés también induce incrementos selectivos en la liberación de dopamina en interacción con otros mediadores químicos. Otros sistemas que también se han implicado han sido los sistemas serotoninérgicos y benzodiacepínicos cerebrales, sustentando una base razonable para los tratamientos farmacológicos (benzodiacepinas y antidepresivos).

Una serie de trabajos experimentales han relacionado progresivamente las

alteraciones en los sistemas opioides endógenos, las encefalinas y las endorfinas, en las respuestas afectivas al estrés y en el desarrollo de síntomas postraumáticos. Algunos autores han propuesto una hipótesis de adicción al estrés, por analogía entre los síntomas postraumáticos con los síntomas de abstinencia a opiáceos. La reiteración de estímulos que evocan el trauma sufrido determinaría la secreción de opiáceos endógenos.

Las defensas inmunitarias disminuyen con el estrés. Así se aprecian una serie de alteraciones: hipoplasia del tejido linfoide, disminución de anticuerpos, disminución de la capacidad de transformación linfoblástica, disminución de las inmunoglobulinas A y G, de las células NK (*natural killer*) y de la actividad fagocitaria de los leucocitos.

2.3.5. Activación conductual

La activación se entiende como un proceso biológico que prepara al organismo para afrontar las situaciones de amenaza por medio de conductas que persiguen suprimir los estímulos amenazadores o reducir la activación biológica que provocan. Estas conductas pueden ser adaptativas o no.

Las conductas adaptativas se caracterizan por reducir el nivel de la activación y restaurar el equilibrio homeostático del organismo. Estas conductas actúan sobre el entorno para modificarlo y adquirir la cognición de control sobre él. Esto permite suprimir la activación neuroendocrina y mantener el predominio funcional del sistema activador de la acción o de recompensa, sustentador de las conductas consumatorias y de los estados emocionales gratificantes.

Este sistema se apoya sobre la activación noradrenérgica y simpático-adrenérgica médulo-suprarrenal. También pueden ser adaptativas una serie de conductas sustitutivas (comer, beber, dormir, hacer ejercicio, actividad sexual o de otro tipo, etc.) que reducen la tensión.

Las conductas inadaptativas pueden ser persistentes e inadecuadas, de lucha, huida o inhibición conductual. Estas conductas no permiten obtener el control de la situación, no suprimen la cognición de amenaza y, generalmente, se acompañan de emociones desagradables (ira, cólera, desesperanza, abatimiento). El control nervioso de estas conductas se encuentra bajo control amigdalino (sistema de lucha-huida) y del sistema periventricular, septo-hipocámpico inhibidor de la acción (inhibición conductual). Se apoya sobre la activación simpático-adrenal con secreción de ACTH y corticoides (huida) y sobre una posible disfunción serotoninérgica septo-hipocámpica (inhibición).

2.4. Modelos

Los diferentes modelos teóricos de referencia se centran en los distintos componentes del proceso de estrés y condicionan formas diferentes de intervención sobre los sujetos afectados por situaciones de catástrofe.

2.4.1. Modelos biológicos

Los modelos biológicos se construyen sobre la aproximación médica tradicional, caracterizada por los siguientes rasgos:

- El interés se centra en las respuestas fisiológicas (neurofisiológicas y bioquímicas) y emocionales de estrés, desarrolladas a partir de los trabajos de Selye (1956), Mason (1968) y otros autores. Con frecuencia se construyen sobre modelos animales.
- Implican un diagnóstico médico del caso que se realiza a partir de criterios oficiales (CIE-10 o DSM-IV).
- Considera al sujeto afectado como un enfermo (paciente, pasivo y dependiente de los cuidados médicos).
- El tratamiento se realiza en los centros asistenciales (consultas ambulatorias, hospitales).

Los inconvenientes de este modelo residen en el efecto de yatrogenia que puede suponer la etiqueta de “caso psiquiátrico” para el individuo, así como de fomentar las actitudes de pasividad y dependencia del afectado que pueden dificultar su recuperación y pronóstico.

Algunos de estos modelos son los siguientes:

- a) *La imposibilidad de escapar a un shock* (Van der Kolk, 1985). Este modelo aproxima la situación de estrés (agudo y crónico) al estado de los animales de laboratorio (ratas) sometidos a choques eléctricos que no pueden evitar. En esta situación se produce, durante la fase aguda, una depleción de los neurotransmisores (noradrenalina, dopamina). La persistencia en esta situación produce la normalización (incluso aumenta) de la tasa de neurotransmisores. El autor postula que la disminución de noradrenalina llega a ser una respuesta condicionada y que produce en el *locus coeruleus* un aumento (hipersensibilidad) de los receptores noradrenérgicos. Los síntomas de retirada serían una consecuencia de la depleción y los síntomas de hiperactividad serían el resultado de la hipersensibilidad crónica de los receptores. También se considera que la reiteración de estímulos que evocan el trauma sufrido determinaría la secreción de opiáceos endógenos, lo que constituiría un mecanismo sustentador que aproxima los síntomas postraumáticos a los síntomas de abstinencia a opiáceos sintéticos.
- b) El modelo de R. K. Pitman (1993) se apoya sobre los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático (DSM-III-R). Los síntomas son divididos en tres categorías alrededor de la intrusión, de la evitación y de la hiperactividad neurovegetativa. Los síntomas intrusivos se consideran como el resultado de un estado de activación “fásica” (determinados por

estímulos que de algún modo recuerdan al estímulo traumático inicial) y se originan por un condicionamiento clásico (como el de Pavlov). Los síntomas de evitación se consideran producidos por una activación “tónica” (persistente) y derivados de un condicionamiento operante (como el de Skinner). Los síntomas de hiperactividad se consideran algunos “tónicos” (insomnio, hipervigilancia) y otros “fásicos” (reacción de sobresalto).

- c) *El modelo del encendido (kindling)* considera que el estrés repetido determinaría una serie de alteraciones en las neuronas del sistema límbico que se traducirían en una especial sensibilidad para los estímulos. Así, como respuesta ante estresores mínimos, se produciría una brusca descarga neuronal, en estas áreas cerebrales, “encendidas” de forma desproporcionadamente brusca e intensa. Estas descargas podrían explicar las conductas irritables que suelen presentar estos sujetos.
- d) Otros modelos biológicos también involucran a otros sistemas (dopamina, serotonina, GABA, opiáceos endógenos). Un ejemplo que integra varios de estos modelos es el que se reproduce en el gráfico siguiente ([figura 2.2](#)). Los síntomas como la reexperimentación traumática o la hiperactivación pueden derivarse de un estado de hipersensibilidad de las neuronas límbicas, del *locus coeruleus* o de ambos. Otros síntomas como el embotamiento y la disminución de los rendimientos pueden relacionarse con los opiáceos.

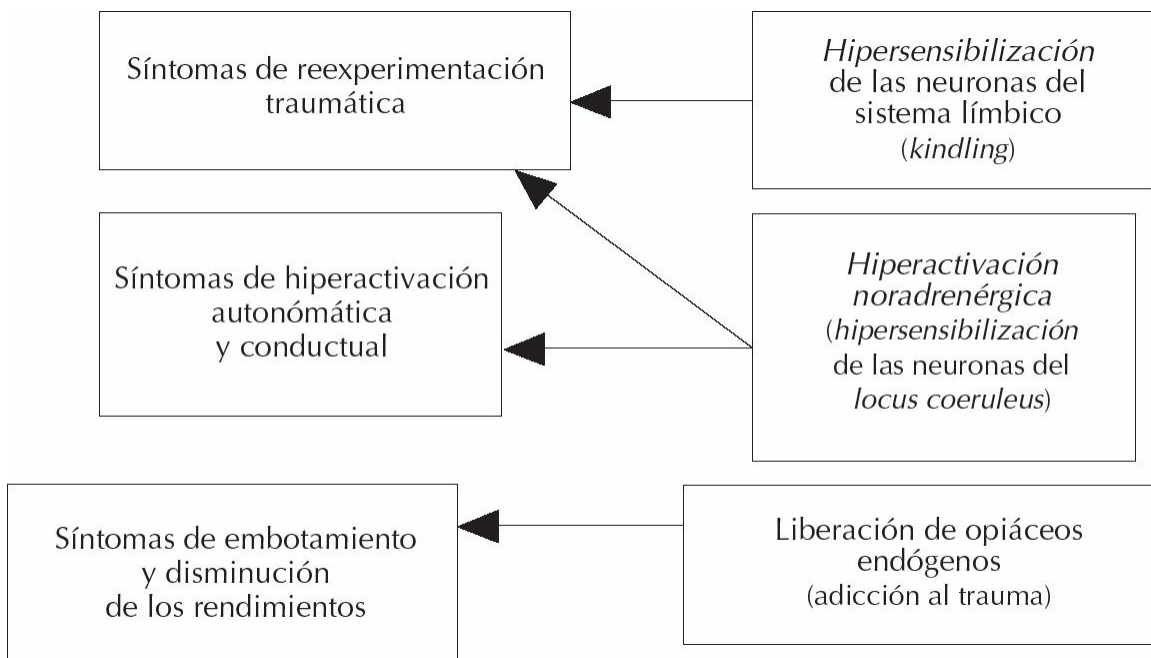


Figura 2.2. Modelo neurobiológico de los síntomas postraumáticos.

2.4.2. Los modelos psicológicos

En algunos de estos modelos la responsabilidad del proceso recae sobre la personalidad de los sujetos afectados. Esto, indirectamente, también puede fomentar actitudes de refugio y dependencia. Se apoyan en teorías de aprendizaje y cognitivas.

A) Modelos conductuales basados en las teorías del aprendizaje

Las intensas emociones (miedo, terror, rabia, indefensión, etcétera) experimentadas por las víctimas de acontecimientos traumáticos adquieren fácilmente las propiedades de los estímulos incondicionados en la provocación de respuestas incondicionadas de extrema ansiedad. Todos los estímulos ambientales que se condicionan a esa situación (ruidos intensos, personas desconocidas, coches sospechosos, películas, informaciones de prensa, radio o televisión, referir la experiencia traumática al terapeuta, etcétera) adquieren, por las leyes del condicionamiento clásico, la capacidad de provocar respuestas condicionadas de ansiedad. De este modo, cuanto mayor es el número de estímulos condicionados presentes en el acontecimiento catastrófico, mayor será la magnitud del miedo condicionado. Además, si la víctima vuelve a experimentar traumas repetidos –es decir, se “expone” en más ocasiones al estímulo incondicionado– se aumentará la magnitud del miedo condicionado.

En los trastornos psicotraumáticos, cuando el sujeto afectado se enfrenta a estímulos condicionados que le recuerdan al acontecimiento traumático original, se dispara un estado de ansiedad (alarma), por lo que el sujeto tenderá a evitar estos estímulos (pasar por el mismo lugar, miedo a los uniformes, miedo desorbitado a los portales oscuros, etc.). Con la evitación disminuye el miedo, por lo que se refuerzan estas conductas; esta teoría es la denominada “modelo del doble factor” (Mowrer, 1960): el primer factor es el condicionamiento clásico de estímulos neutros a una respuesta de miedo, el segundo factor se refiere al aprendizaje instrumental de respuestas de evitación.

Los modelos conductuales van ampliándose e incorporando variables adicionales tales como las características individuales, incluyendo el soporte social y las cogniciones. La *aproximación comportamental* de D. W. Foy y cols. (1991) propone un modelo que tiene en cuenta la intervención de variables biológicas, psicológicas y sociales que intervienen tanto en la instalación de los trastornos agudos como en el paso a la cronicidad. Estas variables pueden aumentar tanto la vulnerabilidad como la resistencia del sujeto. Se incluyen características como la *violencia* del traumatismo y destacan la importancia de los factores *biográficos* que preceden al mismo y los trastornos psicopatológicos previos o asociados.

B) Modelos cognitivos

Estos modelos se basan en el proceso de evaluación cognitiva por el que el sujeto interpreta y otorga un significado (subjetivo) a los acontecimientos reales, comparándolos con sus esquemas mentales. Estos esquemas cognitivos, si son distorsionados e

irracionales, conducen a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.

El *modelo de la indefensión aprendida* (*learned helplessness*, Seligman, 1975) propone la participación de variables intrapsíquicas en la determinación de la conducta. Estas variables están relacionadas con la apreciación que hace el organismo de sus posibilidades de controlar el medio con su conducta. Cuando la persona, como los animales sometidos en el laboratorio a choques eléctricos de los que no pueden escapar (*inescapable shock*), no puede controlar la presentación de los estímulos, generaliza esta ausencia de control a otras situaciones. Así, algunas personas expuestas a intensos acontecimientos traumáticos se muestran paralizadas, pasivas, culpables y desarrollan sintomatología depresiva. Esto se produce porque realizan atribuciones de indefensión o desesperanza sobre estas situaciones en la creencia de que no pueden controlarlas. De hecho, aquellos sujetos que tienen este estilo atribucional generalizan su desconfianza a las diferentes situaciones, renunciando a un control que podrían ejercer. En su determinación destacan los factores que han contribuido al desarrollo de la personalidad del sujeto afectado (su historia traumatogénica previa) y, cuando se ha establecido, constituye un factor de mal pronóstico.

Otros modelos inciden sobre el procesamiento cognitivo anómalo de los acontecimientos como un factor determinante de las reacciones postraumáticas. Para una serie de autores (Creamer y cols., 1990), estas reacciones están más ligadas al sufrimiento que se sigue al traumatismo que a su intensidad. Por otra parte también se ha señalado la importancia de la atribución de peligro a estímulos que antes del acontecimiento traumático eran vividos como “seguros” (creencias de invulnerabilidad y seguridad).

En la misma línea de la cognición y la conducta, Ursano y cols. (1990), a propósito de la catástrofe aérea de Gander en 1985 y de la explosión sobre Iowa en 1989, describen, entre el personal que se ocupó de los cadáveres, una identificación con los sujetos fallecidos (en el sentido de proceso cognitivo de origen emocional), que V. Rosen llama *pensamiento por similitud*. Los autores también destacan la función del lenguaje en la *atribución de un sentido*, que permita organizar la experiencia, la percepción y el comportamiento. Por último, señalan fenómenos de *contagio comportamental*. Al parecer se produjeron una serie de tentativas de suicidio algunos meses después de la larga identificación de los cuerpos del accidente de Gander. Se insiste sobre la desorganización del tejido social en los desastres que afectan a un grupo o a una comunidad.

Freud, al observar a los veteranos traumatizados de la Primera Guerra Mundial, señaló dos características: la tendencia a la repetición (reexperimentación) y la negación (evitación). Horowitz (1976, 1986) incorporó estas ideas en su modelo de procesamiento de la información de respuesta al trauma. Según este modelo, el ajuste al acontecimiento traumático requiere incorporarlo a esquemas cognitivos ya existentes o bien desarrollar otros nuevos. Hasta que este proceso se completa el trauma permanece activo en la memoria. En la memoria activa, la información concerniente al acontecimiento traumático permanece inconsciente, aunque tiende a su repetición como un intento de

procesamiento e integración. El resultado son pensamientos intrusivos, imágenes, pesadillas y *flashbacks*, acerca del acontecimiento traumático, que se acompañan de emociones intensas. Sin embargo, las repeticiones descontroladas pueden conducir a la retraumatización y a emociones descontroladas. El sujeto, para reducir el impacto de estas repeticiones del “trauma”, utiliza los mecanismos de evitación y de embotamiento emocional. Las conductas de evitación son procesos activos para evitar los estímulos que recuerdan al trauma. El embotamiento es más bien un proceso semiautomático que defiende al sujeto del estado de hiperactivación que soporta. La evitación y el embotamiento se pueden considerar como parte del proceso que tiene como misión la regulación y el control del procesamiento de la información. Sin embargo, un control excesivo puede impedir el procesamiento cognitivo completo del acontecimiento. El proceso se puede describir como el resultado de la interacción entre tres factores: el factor I relacionaría la reexperimentación y la evitación, el factor II la hiperactivación con el embotamiento y por último se hace necesario un tercer factor (III) que regule o coordine a los otros dos ([figura 2.3](#)).

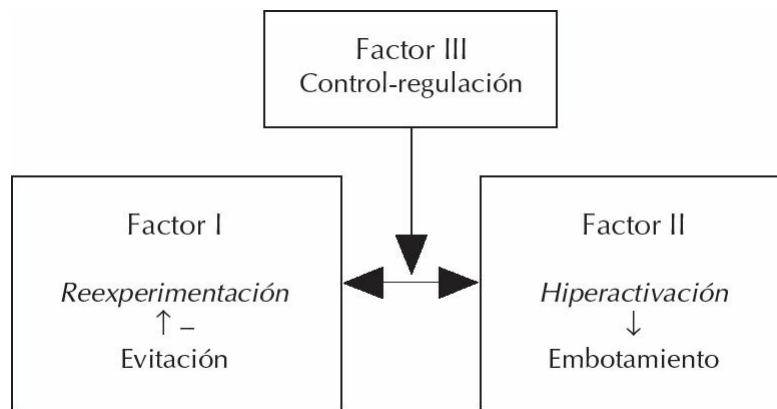


Figura 2.3. *Combinación de factores implicados en los síntomas postraumáticos (Horowitz, 1986).*

La evitación es una respuesta activa para reducir la reexperimentación de recuerdos intrusos. El embotamiento es una consecuencia del estado de hiperactivación persistente.

C) Modelos basados en la hipótesis de un deficiente procesamiento emocional

Estos modelos consideran que los síntomas postraumáticos surgen a partir de sucesos aversivos impredecibles e incontrolables que no han sido procesados emocionalmente de forma adecuada y que interfieren en la integración cognitiva y emocional de otras experiencias y conductas. El modelo de P. J. Lang (1985) se fundamenta en la hipótesis de un *retículo cognitivo que estructura el miedo*.

El autor propone una red de memoria semántica que conecta, entre sí, tres elementos primarios: la información sobre las circunstancias del estímulo; la información sobre las respuestas fisiológicas cognitivas y comportamentales del

estímulo y la significación del vínculo entre el estímulo y la respuesta. Sobre este modelo, una serie de autores (Foa y cols., 1989; Chemtob y cols., 1988; Creamer y cols., 1992) sugieren que el acontecimiento traumático produce, especialmente, grandes y complejas redes de miedos que son activadas fácilmente por medio de un gran número de interconexiones, formadas a través de los procesos de condicionamiento y de generalización. Las asociaciones que anteriormente se consideraron neutras o seguras pueden conectarse con el miedo. Esto conduce a un sentimiento de impredecibilidad y descontrol que será importante para el desarrollo y el mantenimiento de síntomas postraumáticos.

Una organización secuencial del proceso se representa en el gráfico siguiente (figura 2.4): el estadio I (exposición traumática) estaría determinado sobre todo por la severidad del estresor. La percepción subjetiva y el significado de la experiencia traumática determinaría la formación de las redes (estadio II). A continuación se pondrían en marcha intentos de procesar los recuerdos traumáticos, por medio de su repetición –intrusión– reiterada, activando las redes de memoria establecidas (estadio III). Como estrategias para afrontar los fenómenos de intrusión se producen conductas de evitación y escape (estadio IV). La recuperación se finaliza a través de una red de procesamiento de resolución (estadio V).

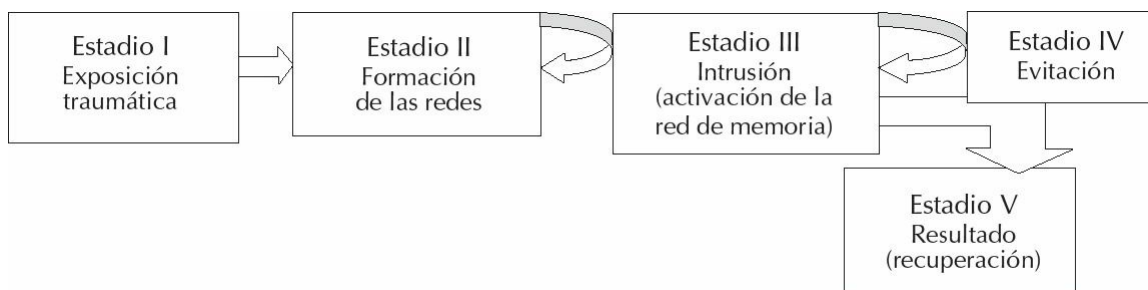


Figura 2.4. *Modelo de procesamiento emocional para las reacciones al trauma que incluye un bucle de feedback entre redes y síntomas de intrusión y evitación (adaptado de Creamer y cols., 1992).*

2.4.3. Aproximaciones psicosociales

Algunos autores intentan una aproximación psicosocial, integrando factores fisiológicos, psicológicos y situacionales.

El *modelo biopsicosocial* de J. C. Jones y D. H. Barlow (1991) se fundamenta en una vulnerabilidad biológica (argumentada por los estudios familiares, de gemelos y por los datos psicobiológicos), sobre la que interviene el “traumatismo social” que engendra una intensa reacción emocional cuyo núcleo es la angustia. Se instala enseguida una “alarma aprendida” que conduce asimismo a una aprehensión ansiosa (o vulnerabilidad psicológica) modulada por el entorno social y las capacidades de “dar la cara”. Las distorsiones cognitivas asociadas a las emociones negativas van a permitir la instalación de síntomas postraumáticos.

2.5. Modelo propuesto

A partir de los datos anteriores se puede deducir que las conductas observadas en las situaciones de catástrofe vienen determinadas por múltiples factores.

Se destaca la importancia que tiene la percepción subjetiva del acontecimiento, determinada por una serie de variables que interaccionan de modo distinto para cada sujeto y configuran las diferencias individuales que se constatan entre los afectados por un mismo acontecimiento catastrófico. Estas variables se agrupan en tres ejes principales:

- a) Acontecimiento. Puede definirse objetivamente por una serie de parámetros (tipo, intensidad, duración, nivel de exposición, repetición, etc.).
- b) Factores de personalidad. Incluyen la historia personal y otras variables (sexo, edad, datos sociodemográficos, variables de tipo rasgo y de tipo estado). Se incluyen las estrategias adaptativas y los estilos atribucionales.
- c) Factores del medio social. Incluyen otras fuentes de estrés y los apoyos sociales que puede recibir el individuo.

Se representan en la [figura 2.5](#).

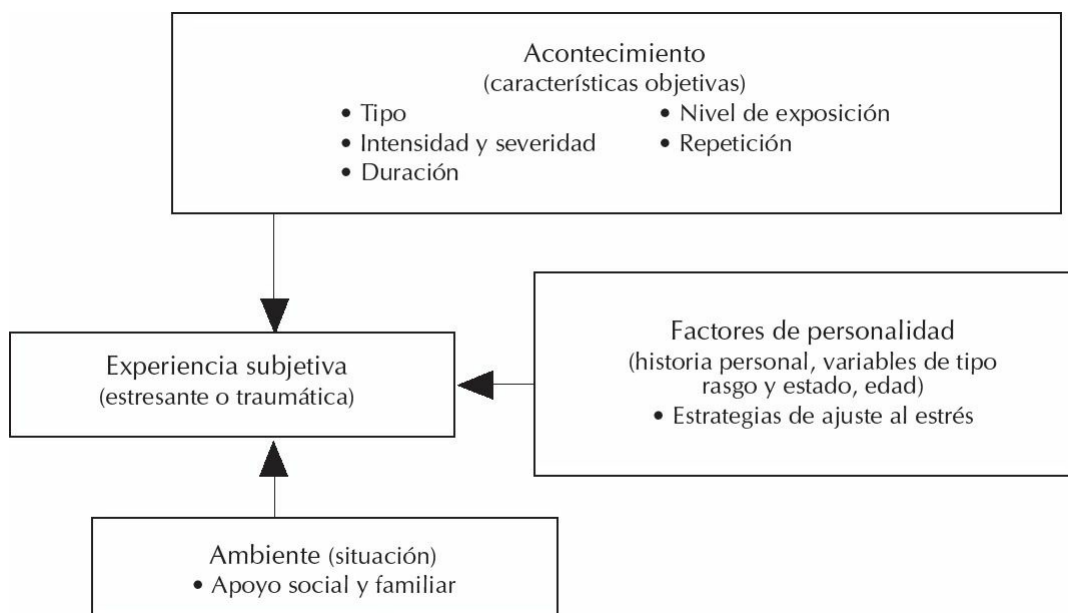


Figura 2.5. Variables que determinan la percepción de un acontecimiento traumático.

La respuesta de estrés se organiza en torno al estado de hiperactivación psicofisiológica que moviliza los recursos del organismo para hacer frente a la situación de grave amenaza suscitada. Esta respuesta se organiza secuencialmente ([figura 2.6](#)):

- a) Hiperactivación neurofisiológica sustentada sobre la interacción del sistema

reticular sobre otras áreas cerebrales.

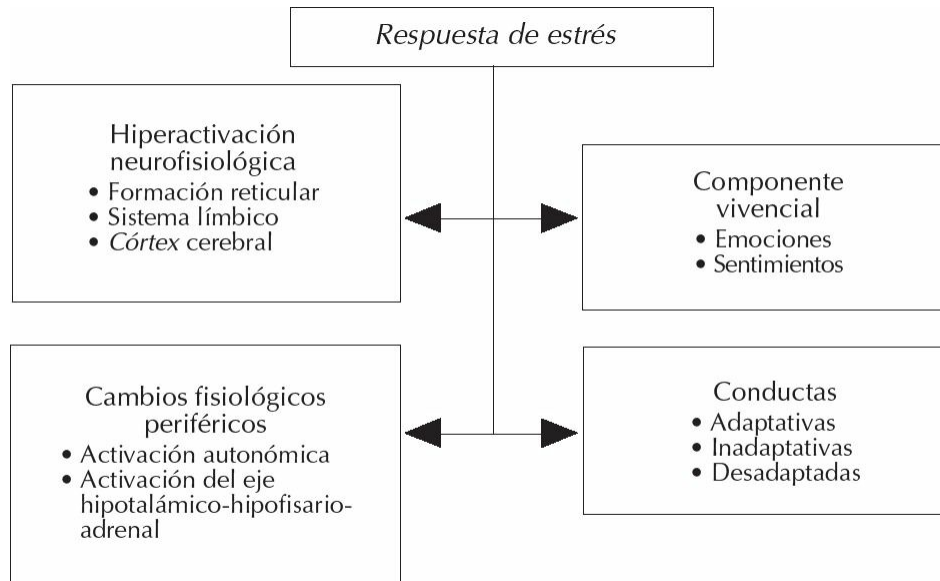


Figura 2.6. Variables que intervienen en la respuesta al estrés en las catástrofes.

b) Un estado de hiperactivación autonómica y neuroendocrina.

c) Una serie de conductas con su correspondiente correlato vivencial (emociones y otros afectos).

Factores de psicovulnerabilidad en situaciones traumáticas:

- Nivel de exposición al acontecimiento traumático.
- Respuestas agudas en la fase inicial.
- Problemática familiar previa.
- Trastornos de conducta antisocial o de ansiedad en la familia.
- Historia de abusos físicos o sexuales.
- Trastorno de conducta en la infancia, problemas con la autoridad.
- Abuso de drogas o drogadicción en edades tempranas.
- Historia personal y familiar de trastorno mental.
- Bajos niveles académicos, fracaso escolar, nivel educativo bajo.
- Los jóvenes y niños pequeños son más vulnerables.
- Variables de personalidad: rasgos de neurosis, psicopatía o hipocondría.

Tras el trauma (posible cronificación de los síntomas, [figura 2.7](#)):

- Falta de apoyo social.
- Nuevos acontecimientos traumáticos.

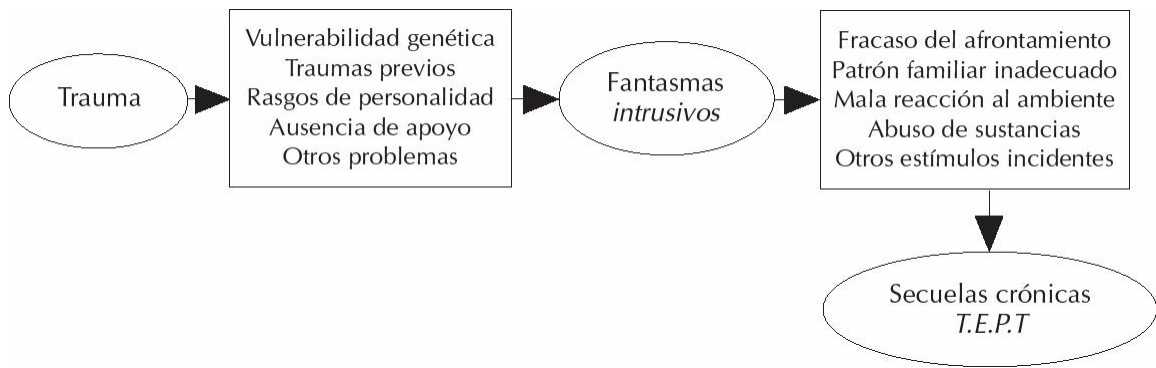
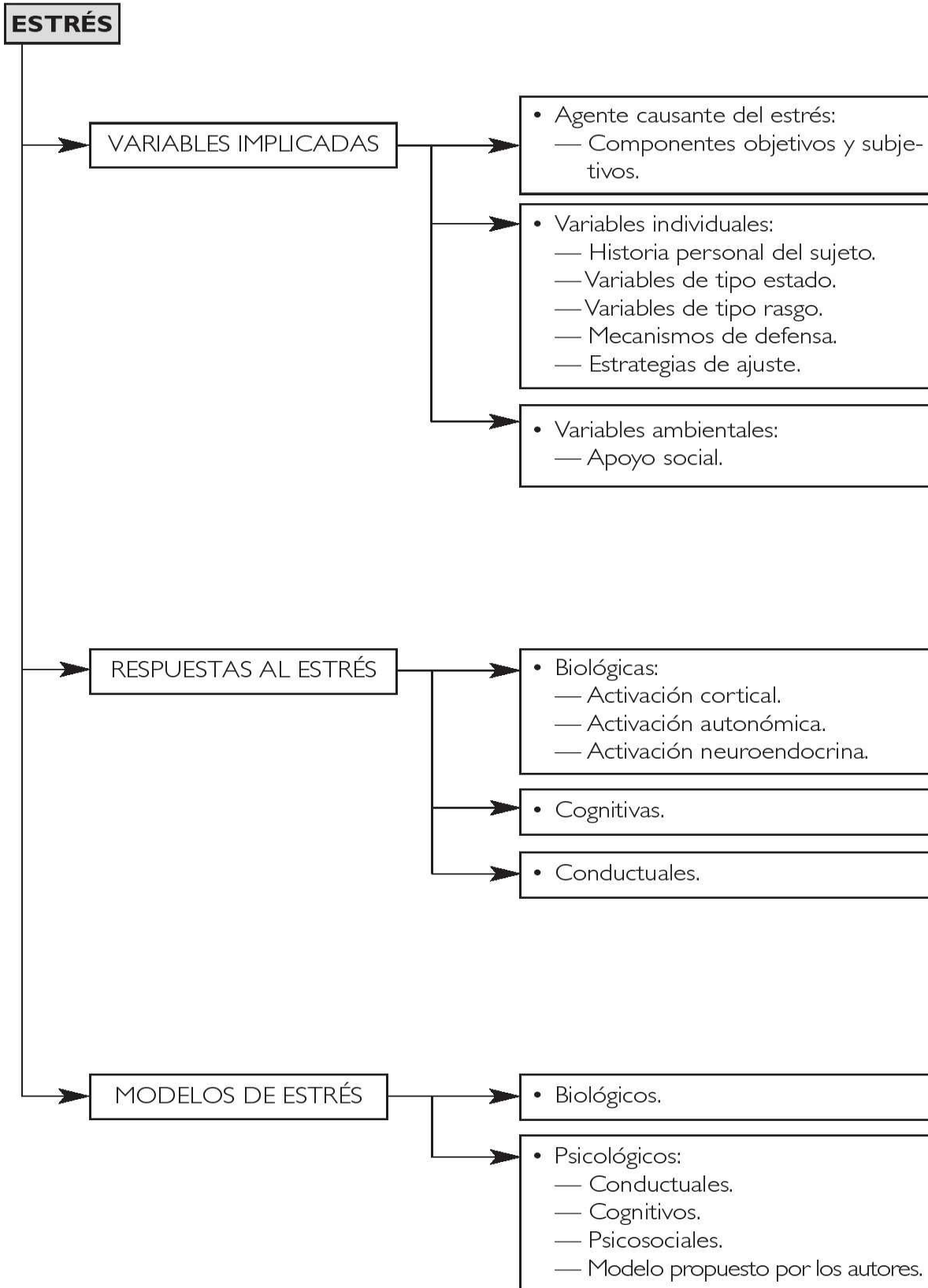


Figura 2.7. *Posible cronificación de los síntomas.*

Cuadro resumen



Exposición de un caso clínico

Sebastián

Agentes productores de estrés:

- Asalto a su convoy por un grupo de incontrolados.
- Visión de los desastres de la guerra (“daños colaterales”): cadáveres, mujeres violadas y torturadas, ruinas, etc. Muerte de compañeros de pelotón. Fractura de muñeca mientras intenta ayudar a unos refugiados. Separación del servicio activo. Suicidio de un antiguo compañero. Fallecimiento de su abuelo.

Variables individuales:

- Locus de control externo.
- Déficit en habilidades de afrontamiento.
- Concepto de sí mismo extremadamente competente.

Variables de apoyo social:

- Apoyo familiar adecuado. Apoyo de amigos íntimos.
- Estaba muy integrado en su círculo militar; cuando fue separado del servicio activo por insuficiencia psicofísica (lesiones graves en la muñeca y trastorno psíquico), se encontró muy mal y actuó descontroladamente.

Preguntas de autoevaluación

1. Los elementos objetivos de un acontecimiento catastrófico que se correlacionan con una mayor incidencia de trastornos psíquicos son (señale la opción incorrecta):
 - a) La intensidad y severidad del acontecimiento traumático. ☐
 - b) El nivel de exposición. ☐
 - c) La personalidad del sujeto. ☐
 - d) El tipo de catástrofe. ☐
 - e) La repetición de situaciones catastróficas. ☐

2. ¿Qué neurotransmisor se considera indicador bioquímico de la actividad emocional del sujeto?

- a) Adrenalina. ☐
- b) Noradrenalina. ☐
- c) Acetilcolina. ☐
- d) Serotonina. ☐
- e) Corticotropina. ☐

3. ¿Cuál es la finalidad del embotamiento afectivo en los trastornos psicotraumáticos, según las teorías de Horowitz?:

- a) Incrementar la hiperactivación. ☐
 - b) Atenuar la hiperactivación. ☐
 - c) Reforzar las respuestas de evitación. ☐
 - d) Reprocesar la información del acontecimiento traumático. ☐
 - e) Reexponerse a las vivencias traumáticas para controlarlas. ☐
-

Evaluación psicológica

3.1. Introducción

La intervención psicológica sobre los afectados por las situaciones de catástrofes, como sobre otro tipo de actuación, requiere, como paso previo, un proceso de evaluación. Este proceso permite adoptar una serie de decisiones sobre la necesidad real de la intervención o sobre las estrategias más adecuadas. También permite comprobar si avanzamos en la línea señalada y se han alcanzado los objetivos previstos.

Antes de iniciar el proceso de evaluación se deben considerar:

- Los parámetros o variables que se necesita evaluar.
- El momento más oportuno para realizar la evaluación. ¿Cuándo se debe evaluar?
- El procedimiento de evaluación. ¿Cómo se tiene que evaluar?
- Los objetivos que se persiguen. ¿Por qué y para qué se realiza la evaluación?
- Los recursos disponibles (humanos y materiales).
- Las circunstancias sociales, políticas y económicas del momento dado y de la población afectada.

La evaluación en las catástrofes tiene una serie de problemas sobreañadidos:

1. La falta de datos, sobre la situación del individuo o la población de estudio, anteriores al impacto del desastre. Con la excepción de algunas poblaciones muy seleccionadas de intervinientes (equipos de socorro, fuerzas del orden público, militares, bomberos, etc.), poblaciones muy específicas (fuerzas de intervención en determinadas misiones) o en algunas poblaciones en las que se hubiesen realizado estudios epidemiológicos previos, en la mayor parte de los casos no se conocen antecedentes fiables de los sujetos afectados.

2. La misma situación de catástrofe afecta de forma diferente a las personas (diferencias subjetivas individuales) y poblaciones. Existen distintos grados de afectados, desde los “silentes” (apenas tienen expresividad clínica) a los casos más graves (cualitativa y cuantitativamente). También pueden afectarse personas que, habitualmente, no se espera que lo hagan (“inesperados”) como los miembros de los equipos de salvamento que, se supone, están preparados para intervenir en estas situaciones. Esto nos lleva a considerar, en un primer paso, los criterios que definen (o discriminan) a las personas afectadas en una situación de catástrofe.
3. En algunas ocasiones resulta muy difícil el acceso a los datos de las personas afectadas, por razones de seguridad o confidencialidad, como puede ocurrir en el caso de poblaciones militares.
4. Resulta muy difícil encontrar grupos control, con niveles semejantes de exposición a la población que se quiere evaluar, que pudieran servir para realizar estudios comparativos.
5. Finalmente, hay que considerar los problemas éticos y legales de este proceso: el consentimiento del sujeto, la confidencialidad de los datos y las posibles repercusiones que pudieran derivarse en un proceso legal.

En todo caso la evaluación debe realizarse con suficiente delicadeza, comprensión y apoyo humano.

3.2. Objetivos de la evaluación psicológica

En principio no difieren de los objetivos que se siguen en toda evaluación psicológica, aunque deban adaptarse a las circunstancias anteriormente señaladas. De una forma esquemática se persigue:

- a) Clarificar el problema o los problemas del paciente.
- b) Determinar las variables que han incidido en la aparición y en el mantenimiento del problema.
- c) Planificar y aplicar estrategias de intervención eficaces para aliviar los trastornos psicológicos detectados. También se debe asegurar el cumplimiento del tratamiento por parte del sujeto.
- d) Comprobar si las estrategias de tratamiento puestas en marcha son eficaces o no en la resolución del problema psicológico.
- e) Comprobar si esas estrategias se han generalizado a todos los aspectos vitales del sujeto y continúan empleándose con éxito durante un tiempo de seguimiento posterior.

3.3. Fases en la evaluación psicológica

La reacción de los afectados por las situaciones de catástrofe es un proceso dinámico y cambiante en el tiempo, como se ha podido ver en los capítulos anteriores. El proceso de evaluación debe adaptarse a esta dinámica evolutiva, teniendo en cuenta que sus necesidades y objetivos pueden ser diferentes en cada fase del proceso. La evaluación que realizan los miembros de los equipos de socorro, interesados sobre todo en la “urgencia vital” del caso, es significativamente distinta de la evaluación que realizan los profesionales de Salud Mental preocupados por prevenir la aparición de secuelas postraumáticas. De una forma esquemática podemos distinguir las siguientes fases:

- a) Fase inmediata, a continuación del impacto de la catástrofe. En esta fase los equipos de socorro clasifican y determinan si un sujeto precisa o no atención psicológica especializada. La evaluación de los equipos de socorro debe ser muy limitada en el tiempo (evaluación precoz), en el lugar (próxima al lugar de la catástrofe), con respecto a las personas (clasificación de casos por la prioridad y tipo de atención que precisan) y con medidas sencillas (tranquilizar, reposo, reposición). Los equipos de socorro estarán familiarizados con el tipo de alteraciones psíquicas que se pueden presentar y los primeros auxilios psicológicos. Se debe prestar especial atención a los pacientes agitados, perplejos e inhibidos y aquellos que presenten un especial riesgo de suicidio. También necesitan un cuidado especial los más vulnerables: niños y ancianos.
- b) Fase aguda. En una fase posterior, la persistencia de alteraciones psíquicas o el riesgo de desarrollar síntomas postraumáticos (que pueden aparecer precozmente o demorarse un cierto tiempo) requieren que el sujeto sea remitido al especialista para su valoración y tratamiento. La evaluación, necesaria para prevenir la aparición de secuelas postraumáticas, es un proceso posterior (se realiza una vez que ha desaparecido el riesgo), más alejado de la zona de la catástrofe (refugio, centro de socorro, unidad asistencial) y requiere una metodología más compleja y especializada.
- c) Fase de secuelas. Es un proceso más tardío que requiere procesos de evaluación e intervención más específicos, en un entorno más especializado (consultorio, centro de salud mental, hospital) y durante un tiempo más prolongado. En la [figura 3.1](#) se representa este proceso.

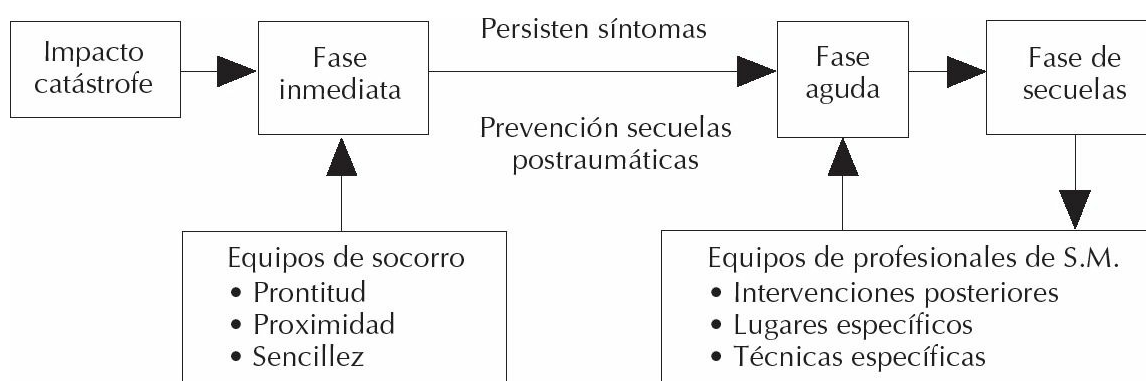


Figura 3.1. Fases en la evaluación de los afectados en las catástrofes.

3.4. Análisis descriptivo

El proceso de evaluación se inicia con la recogida de la información sobre los aspectos más relevantes del sujeto afectado. Posteriormente, se procederá al análisis de los datos obtenidos, ordenándolos según su importancia (principales y accesorios) y las relaciones que pueden establecerse entre ellos (primarios y derivados). Los diferentes apartados se resumen en el [cuadro 3.1](#).

Cuadro 3.1. Apartados del análisis descriptivo

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Datos de filiación del afectado. • Factores previos al acontecimiento traumático: <ul style="list-style-type: none"> — Familiares. — Personales. • El acontecimiento traumático. • El ambiente. • Historia del padecimiento del afectado a partir del acontecimiento traumático. |
|---|

3.4.1. Datos de filiación del paciente

Estos datos se adaptan a los protocolos de registro de datos de los diferentes organismos sanitarios. Deben incluir como mínimo los datos de identificación generales (nombre y apellidos, dirección, teléfono, procedencia) y sociodemográficos básicos (edad, sexo, estado civil, profesión, nivel de estudios, convivencia y situación laboral).

3.4.2. Factores previos al acontecimiento catastrófico

La recogida de antecedentes previos al impacto de la catástrofe tiene una gran relevancia clínica y terapéutica. Proporciona una idea general sobre la vulnerabilidad

psíquica del sujeto y sobre las conductas más habituales (preferentes) que suele adoptar ante los estímulos de estrés. Aquí revisten singular importancia la recogida de información sobre los rasgos de personalidad (variables de rasgos), las alteraciones del estado físico y psicopatológico del sujeto (variables de estado) y la historia traumática previa (familiar y personal), con los mecanismos aprendidos en respuesta a los traumas que ha vivido en su persona y entorno. Estos datos se sistematizan en familiares y personales.

Respecto a los antecedentes familiares, se recoge aquella información relevante sobre la estructura y composición familiar, las características del medio familiar y las relaciones entre los diferentes miembros.

También se registran los datos sobre enfermedades en los miembros de la familia (psíquicas y físicas). La historia de traumas familiares y las reacciones de los miembros de la familia implicados.

En el apartado de los antecedentes personales, se incluyen los trastornos padecidos (psiquiátricos y somáticos), los antecedentes del desarrollo biográfico del afectado (infancia, adolescencia, juventud, madurez) que han podido influir en su desarrollo personal, vida familiar, laboral y social, rendimiento escolar, etc., así como en su autoimagen y sus relaciones interpersonales. Muy significativos son los antecedentes de traumas o conflictos previos y los recursos movilizados para afrontarlos.

La mayoría de los autores piensan que el ser humano tiene un punto límite de ruptura, más allá del cual aparecen las alteraciones psicopatológicas.

Este nivel o “umbral” está determinado por su desarrollo personal, sus esquemas cognitivos (creencias respecto a la seguridad de su mundo y su vulnerabilidad), su capacidad para expresar emociones (tristeza, ira o miedo) y su capacidad de respuesta biológica (respuestas de ansiedad, hipervigilancia y evitación).

3.4.3. El acontecimiento catastrófico

Este aspecto resulta esencial: lo que determina que un acontecimiento sea o no traumático para el sujeto es la experiencia subjetiva del mismo.

Cada persona experimenta el acontecimiento de una forma diferente (personal) y por ello resulta muy importante recoger los aspectos esenciales de esta experiencia.

Debe prestarse especial atención al aspecto emocional del relato:

- Algunos sujetos expresan reacciones de liberación (desahogo emocional) durante la exposición, ventilar las experiencias sufridas les proporciona alivio y descarga de la tensión acumulada.
- Para otras personas, narrar detalladamente la experiencia puede resultarles muy difícil y doloroso, sobre todo cuando se han desarrollado importantes secuelas postraumáticas. Por eso hay que tener la suficiente sensibilidad para hacer preguntas sin causar más daño. En este caso se recomienda una aproximación por etapas, trabajando de fuera (datos más superficiales y

objetivos) hacia dentro (datos más íntimos y personales).

El material más doloroso se aborda cuando el terapeuta ha establecido la suficiente confianza y seguridad con el paciente. Normalmente es un proceso lento, y no debe forzarse la situación.

Debe conocerse la naturaleza del trauma, su impacto (agudo o persistente, repentino o gradual), si se afrontó solo o en grupo y si se experimentó activa o pasivamente. Conviene registrar las reacciones del afectado con respecto al acontecimiento traumático.

3.4.4. El ambiente

Resulta importante conocer si el ambiente responde favorablemente a la víctima del trauma. La percepción de un apoyo social suficiente permite un procesamiento satisfactorio del acontecimiento traumático.

3.4.5. Historia del padecimiento del afectado a partir del acontecimiento traumático

Este apartado incluye el registro de la aparición y evolución de las secuelas postraumáticas. Se han propuesto diferentes modelos orientativos que describen una serie de fases o etapas sobre el desarrollo de una reacción de ajuste al trauma.

El proceso se desarrollaría como una serie de fenómenos en cascada que pueden concluir en la adaptación al acontecimiento o por el contrario en un cuadro postraumático (figura 3.2).

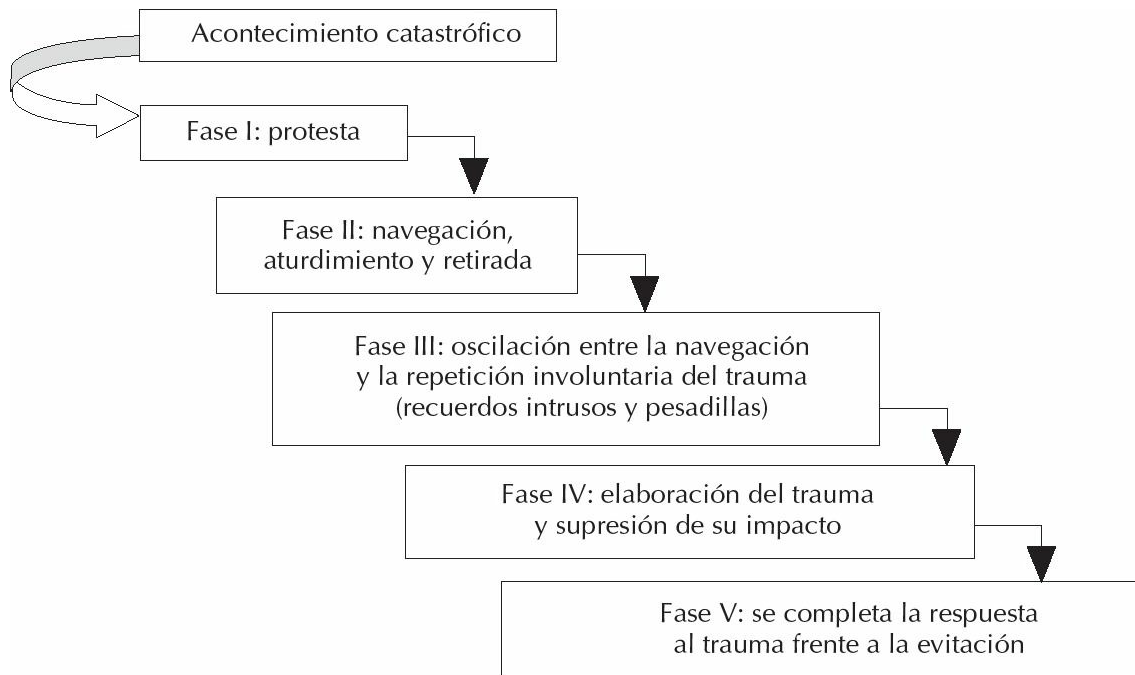


Figura 3.2. Curso de los cuadros psicotraumáticos. Adaptado de Horowitz (1986).

3.5. Exploración clínica

Este apartado incluye la exploración de las diferentes áreas funcionales de la persona (cuadro 3.2).

Cuadro 3.2. Exploración psicopatológica de personas afectados en catástrofes

<i>Aspecto</i>	Se describe el estado general de la persona: nutrición, hidratación, heridas físicas, características morfológicas peculiares, indumentaria, presentación.
<i>Actitud ante la exploración</i>	Si se muestra abordable y colaborador, o por el contrario se muestra desconfiado, reticente, suspicaz, rechazando o intentando controlar la entrevista. Si tiende a disimular, simular o exagerar los síntomas.
<i>Conducta motora durante la exploración</i>	Inquietud, agitación o inhibición.
<i>Nivel de conciencia</i>	Incluye el nivel de vigilancia (desde lucidez a distintos grados de obnubilación), el campo de la conciencia (estados crepusculares) y su estructuración (estados disociativos).
<i>Orientación</i>	Personal y espacio-temporal.
<i>Atención y concentración</i>	Si se distrae o se cansa.

<i>Memoria</i>	Inmediata, a corto y largo plazo. Evaluar los posibles trastornos de memoria referentes al episodio traumático (amnesias e hiperamnesias selectivas).
<i>Pensamiento y lenguaje (curso y contenido)</i>	Especial atención a la inhibición del pensamiento y a los temas traumáticos sobrevalorados.
<i>Percepción</i>	Alteración cuantitativa y cualitativa (ilusiones, <i>flashback</i> , alucinaciones de contenido traumático).
<i>Nivel intelectual</i>	Inhibición cognitiva postraumática.
<i>Afectividad</i>	Expresión emocional (verbal y no verbal), angustia, ansiedad, preocupaciones, temores, tristeza, desesperanza, exaltación, irritabilidad.
<i>Patrones de sueño</i>	Insomnio, pesadillas, sobresaltos.
<i>Conducta alimentaria</i>	Anorexia, bulimia, abuso de sustancias (alcohol, otros).
<i>Personalidad y relaciones interpersonales</i>	Cambios en la forma habitual de ser y de conducirse (suspicious, irritable con baja tolerancia a la frustración, excesivamente dependiente, aislamiento).
<i>Alteraciones</i>	En la esfera sexual.
<i>Parámetros psicofisiológicos</i>	Parámetros de activación autonómica.

3.6. Entrevistas y cuestionarios

Su desarrollo reciente se produce a partir de la aparición de la DSM-III (APA) y a menudo son más útiles como instrumentos de investigación que en la clínica. Su interés reside en el diagnóstico, la evaluación del traumatismo, su apreciación de la relación con la sintomatología, una descripción de los síntomas traumáticos y los asociados. El segundo objetivo es la recogida de información sobre acontecimientos biográficos, las capacidades de adaptación, el entorno social y las actitudes para el tratamiento. Las principales de estas escalas se orientan hacia la evaluación del trastorno por estrés postraumático.

Los primeros instrumentos que se diseñaron tenían como objetivo evaluar el impacto del combate y otras situaciones bélicas. Eran entrevistas semiestructuradas, sobre los síntomas traumáticos y el funcionamiento del sujeto antes, durante y después de la vida militar. Estaban diseñadas para investigar el cambio en el funcionamiento social después del traumatismo. Posteriormente, algunos de estos procedimientos han sido adaptados a la población civil.

Estos instrumentos deben usarse con prudencia, porque pueden producir una

reactivación de los síntomas.

No existe un instrumento totalmente válido y fiable, por lo que el empleo de varios de ellos puede aumentar la validez diagnóstica. Los instrumentos son muy numerosos, en unos casos se centran en el impacto del acontecimiento traumático, otros recogen los síntomas del trastorno por estrés postraumático acordes con los criterios diagnósticos oficiales y un tercer grupo persigue la valoración de las secuelas postraumáticas. Así se pretende el conocimiento de:

- Las dimensiones del desastre y cómo han podido afectar a un individuo o a una población determinada. Para ello se han elaborado una serie de inventarios de carácter general o centrados en acontecimientos específicos (combate, violación, accidentes industriales, catástrofes naturales, etc.).
- El grado de malestar experimentado por las personas afectadas, general y específico, de los aspectos del acontecimiento.
- La evolución de las conductas en la fase previa, durante y posterior al impacto del acontecimiento traumático. Las reacciones inmediatas y retardadas.
- Los factores de morbilidad para el desarrollo del trastorno por estrés postraumático.
- Los aspectos clínicos y diagnósticos, así como la comorbilidad con otros trastornos psíquicos.
- La valoración de secuelas y discapacidades.

En los cuadros siguientes se incluye una relación de las escalas y cuestionarios más conocidos en la bibliografía ([cuadros 3.3 a 3.7](#)).

Cuadro 3.3. *Instrumentos para evaluar el impacto de los acontecimientos traumáticos*

•	Inventory of Disaster Experiences (Mc Farlane AC., 1984-1986).
•	General Inventory of Disasters Experiences.
•	Disaster Behavioural Responses (Weisaeth, 1989).
•	Texas Inventory of grief (Zisook y cols., 1982).
•	Loss Questionnaire (Singh y cols., 1981).
•	Brief Disaster Questionnaire.
•	Rape - Aftermath symptom test (Kilpatrick, 1988).
•	Impact of Events Scale (Horowitz y cols., 1979).

Cuadro 3.4. *Entrevistas clínicas estructuradas y cuestionarios para el diagnóstico del TEPT*

•	Jackson Interview for Combat-Related PTSD (Keane y cols., 1985)
•	Mississippi Scale for Combat-Related PTSD (Keane y cols., 1988).
•	The Civilian Version of the Mississippi PTSD Scale (Vreven <i>et al.</i> , 1995).
•	PTSD-Scale (Holen y Weisaeth, 1989).
•	DIS - Diagnostic Interview Schedule (Robins y cols., 1981).

- SCID - structured Clinical Interview for DSM-III- R (Spitzer y Williams, 1985).
- SI-PTSD - The structured Interview for PTSD (Davidson *et al.*, 1989). Se realizó una nueva versión para el DSM-III-R y posteriormente para el DSM-IV, la DTS (Davidson, 1997).
- TOP-8 The eight-item treatment-outcome PTSD Scale (Davidson y Colket, 1997). PTSD-I - The PTSD Interview (Watson *et al.*, 1991).
- PSS-I - PTSD Symptom Scale Interview (Foa y cols., 1993).
- CAPS - Clinical administered PTSD scale (Blake *et al.*, 1990).
- (CAPS-DX).
- Inventaire-echelle de nevrose traumatique (Steinitz y Crocq, 1992).
- Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1994).
- SCL-90-R (Sympton checklist 90-R, de Derogatis, 1977).
- SCL-90-R Crime related PTSD Scale (Saunders, Mndoki y Kilpatrick, 1990).
- Las Minnesota Multiphasic Personality Inventory PTSD Scales.

Cuadro 3.5. *Escalas y cuestionarios para niños*

- CPTSDI - Children's PTSD Inventory (Saigh, 1989).
- Traumatic Index Scale (Pynoos y cols., 1985).

Cuadro 3.6. *Escalas y cuestionarios para síntomas asociados al TEPT*

- Traumatic Anxiety index (Weisaeth, 1983).
- ADIS-R - Anxiety Disorders Interview Schedule Revised (Dinardo y Barlow, 1988).
- SCID-D - structured Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (Bremner y cols., 1993).
- GHQ-60 (Golberg, 1972).
- GHQ-28 (Golberg, Hillier, 1979).
- Ways of coping questionnaire (Folkman y Lazarus, 1988).
- Self Evaluation Questionnaire (Spielberg y cols., 1980).
- Beck Depression Inventory (Beck y cols., 1974).

Cuadro 3.7. *Escalas y cuestionarios para evaluar las secuelas postraumáticas*

- LEAIQ - Late Effect of Accidental Injury Questionnaire (Malt, 1988).
- Escala de inadaptación (Echeburúa y Corral, 1988).

La secuencia de evaluación podría ser:

- Evaluación de los síntomas, síndromes y trastornos que son motivo de consulta.
- Evaluación del funcionamiento cognitivo.
- Evaluación psicofisiológica.
- Evaluación de la personalidad.
- Evaluación de la capacidad de afrontamiento.
- Evaluación del nivel de adaptación social.

3.7. Evaluación psicofisiológica

3.7.1. Técnicas de registro ambulatorio del sueño: la actometría

Uno de los mayores problemas que refieren las personas expuestas a graves situaciones traumáticas es la alteración del patrón de sueño. Son frecuentes el insomnio y las pesadillas recurrentes sobre el acontecimiento traumático, con interrupción del sueño y sobresaltos.

La actometría es una técnica de registro del sueño basada en el patrón de activación motora durante la vigilia y de reposo durante el sueño. El actómetro es un aparato del tamaño de un reloj –se coloca en la muñeca–, que en su interior guarda los mecanismos para almacenar los movimientos de la muñeca en las tres direcciones del espacio, incorporando un reloj que permite situar cronológicamente los niveles de actividad del sujeto. Los modelos actuales pueden incorporar un fotómetro para cuantificar la luz ambiental o unos medidores del nivel de saturación de oxígeno en sangre.

El actómetro, mediante un *interface* se conecta a un computador personal y, con el *software* adecuado, se programa la hora de comienzo del registro, la duración y el modo. También podemos recuperar los datos almacenados en el actómetro para su posterior análisis. Esta técnica alcanza unos niveles de concordancia de aproximadamente el 90% con las técnicas polisomnográficas tradicionales.

En la figura siguiente se representa la actividad durante el sueño de un paciente con secuelas postraumáticas: durante el tiempo que permanece en cama se encuentra inquieto, con movimientos casi constantes que le producen una sensación de sueño poco reparador y cansancio al despertar (figura 3.3).

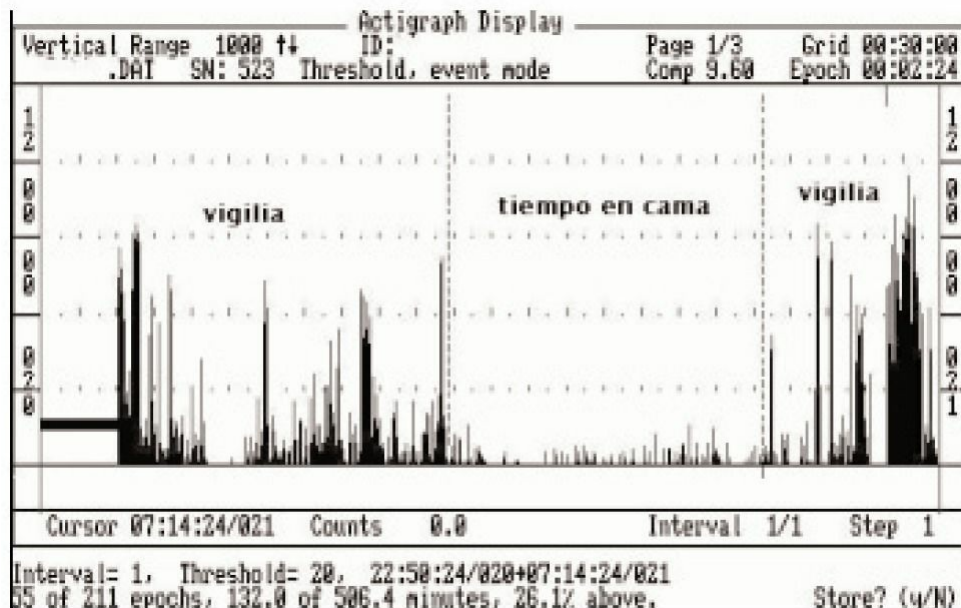


Figura 3.3. Actometría en un paciente con secuelas postraumáticas.

3.7.2. Técnicas de registro psicofisiológico

Permiten el registro del estado de hiperactivación fisiológica en que se encuentran con frecuencia las personas con secuelas postraumáticas. Se observa tanto un estado de hiperactivación tónica como fásica cuando los sujetos se enfrentan a situaciones que les recuerdan el suceso. Esta situación también puede provocarse experimentalmente con determinados estímulos (ruidos, imágenes) o por medio de la imaginación (sugiriendo al sujeto que imagine las escenas del acontecimiento traumático).

Este estado de hiperactivación se manifiesta por señales al nivel cortical (desincronización del trazado electroencefalográfico), autonómico (alteraciones de la frecuencia cardíaca, volumen del pulso, presión arterial, temperatura cutánea, respuesta electrodérmica) y conductual (reacción de sobresalto, emociones).

Entre las distintas posibilidades, nosotros solemos utilizar la medida de la frecuencia cardíaca como medida de activación autonómica y la actividad muscular frontal para evaluar la tensión muscular.

En la figura siguiente se representan los registros de la frecuencia cardíaca y del electromiograma frontal en un paciente sometido a la exposición en la imaginación al acontecimiento traumático. Los dos primeros valores corresponden a la situación basal (previa a la exposición). Las cinco determinaciones siguientes corresponden al proceso de la exposición a la imaginación del trauma, y se puede observar la reactividad fisiológica que se produce. Las dos últimas determinaciones corresponden a la situación del fin de la estimulación ([figura 3.4](#)).

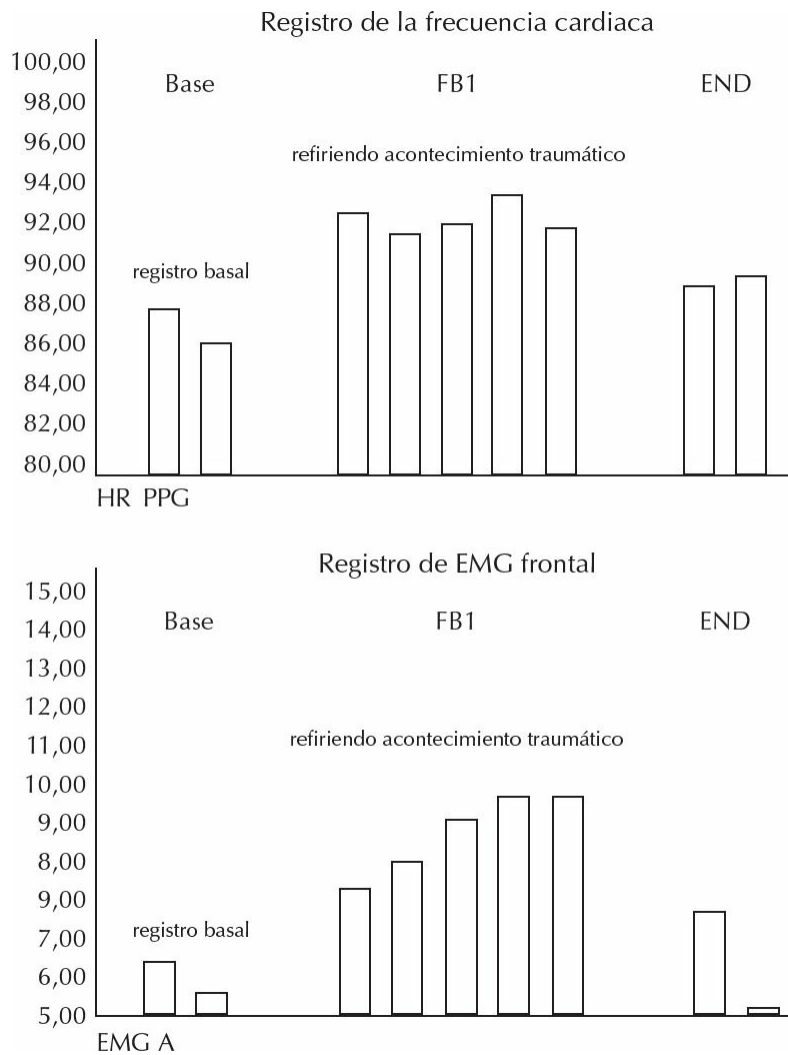


Figura 3.4. Registros psicofisiológicos en un paciente con secuelas postraumáticas.

3.8. Diagnóstico y diagnóstico diferencial

Se trata de un trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria para la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el anciano).

También desempeñan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones al estrés agudo la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce

del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de “embotamiento” con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia, incluso hasta el grado de estupor disociativo, o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida).

Por lo general están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.

3.8.1. *Reacción al estrés agudo. Criterios CIE-10 de la OMS*

• *Pautas para el diagnóstico*

- a) Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato.
- b) Los síntomas se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de “embotamiento”, depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo. Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en los que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Este diagnóstico no debe utilizarse en individuos que tuvieran previamente síntomas que satisfagan pautas para otros trastornos psiquiátricos, con la excepción de los trastornos de la personalidad.

Sin embargo, los antecedentes de trastornos psiquiátricos en el pasado no invalidan este diagnóstico.

Incluye: Crisis aguda de nervios.

Reacción aguda de crisis.

Fatiga del combate.

Shock psíquico.

3.8.2. Trastorno por estrés agudo. Criterios diagnósticos DSM-IV (APA)

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático con las siguientes características:
 - (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
- B. Durante o después del acontecimiento traumático, la persona presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
 - (1) Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
 - (2) Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido).
 - (3) Desrealización.
 - (4) Despersonalización.
 - (5) Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).
- C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de *flashback* recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
- E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (*arousal*) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, como obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
- G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

- H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.

3.9. Análisis funcional

Una vez precisado el diagnóstico (problema o problemas psicológicos) y realizado el análisis topográfico de los problemas se trata de precisar las relaciones funcionales y causales entre los estímulos y las respuestas del sujeto, es decir, formular distintas hipótesis que pongan en relación unos acontecimientos (estímulos) con otros (las respuestas del sujeto).

En nuestro caso el estímulo desencadenante o precipitante va a ser fácilmente identificable (el accidente, la explosión, el terremoto, el secuestro, el atentado, etc.); luego el primer componente de la llamada hipótesis histórica (origen), está prácticamente definido.

El segundo componente de esta hipótesis (desarrollo) se encuentra en la fase aguda de los síntomas.

- ¿Qué es lo que está sucediendo en esa persona definida y concreta (variables biológicas, psicológicas y sociales) para que persistan los síntomas?
- ¿Cuáles son los estímulos del entorno que pueden haber incidido en el desarrollo del problema?
- ¿Cuáles son las respuestas de esta persona en los niveles fisiológico, cognitivo y motor?
- ¿Cuáles son las consecuencias de esas respuestas?

La identificación de esos componentes estimulantes y sus consecuencias finales es básica para que la terapia pueda evitar que estas respuestas desadaptativas (los problemas psicológicos diagnosticados) se sigan manteniendo y, en definitiva, se cronifiquen.

El esquema que se sigue para realizar el análisis funcional es el siguiente ([figura 3.5](#)):



Figura 3.5. Esquema para realizar el análisis funcional.



Exposición de un caso clínico

Análisis funcional del caso de Sebastián

Antecedentes

-
- *Remotos* (no se obtienen de interés).

- *Próximos*
 - Exposición a sucesos estresantes y traumáticos (misión de la ONU): muerte de personas y quema de edificios.
 - Situaciones de riesgo vital: amenaza con un fusil en la cabeza, muerte de los compañeros.
 - Varias intervenciones quirúrgicas por rotura de muñeca en acto de servicio.
- *Inmediatos*

Estímulos externos:

 - Ruidos altos (portazos) y fogonazos.
 - Recibimiento de una carta con malas noticias: suicidio del compañero; fallecimiento del abuelo; retirada del Ejército.

Estímulos internos:

 - Percepción de baja autoeficacia.

Variables individuales

- *Predisponentes*
 - Locus de control o tipo atribucional externo (sitúa el control en el exterior).
 - Déficit en habilidades de afrontamiento.
 - Concepto de sí mismo invulnerable y seguro (“Esas cosas les pasan a otros, a mí no me pueden pasar”).

Conductas

- *Nivel fisiológico*
 - Tensión motora. Sofocos, palpitaciones, disnea. Hipervigilancia. Respuestas exageradas de sobresalto. Insomnio, sueño intranquilo, con pesadillas.
- *Nivel cognitivo*

- Recuerdos involuntarios (intrusos) del acontecimiento.
 - Pensamientos distorsionados: “soy culpable”, “soy responsable”, “nadie me comprende”, “el Ejército no hace nada por mí”.
 - Sentimientos de impotencia, culpa, rabia, soledad, desesperanza, inutilidad, rechazo.
- *Nivel motor*
 - Irritabilidad. Explosiones de ira.
 - Se refugia en el trabajo.
 - Se queda en la cama.
 - Apatía.
 - Bebe alcohol.
 - Actos violentos (incendia la casa del vecino y la suya propia).
 - Intento de suicidio.

Consecuencias

- *A corto plazo*
 - Respuestas de evitación y escape (disminuye la ansiedad).
 - Problemas judiciales (Cast +).
 - Problemas de adaptación (Cast –).
- *A largo plazo*
 - Respuestas de evitación y escape (aumenta el miedo).
 - Depresión.
 - Baja autoestima.
 - Inadaptación global.

Preguntas de autoevaluación

1. ¿Qué problemas añadidos nos encontramos en las situaciones de catástrofe? (señale la opción incorrecta):
 - a) Falta de datos fiables. ☐

- b)* Falta de grupos de control. ☐
- c)* Similitud de reacciones personales. ☐
- d)* Dificultad de acceso a datos personales. ☐
- e)* Los problemas éticos y legales. ☐

2. El Texas Inventory of Grief es un instrumento para evaluar:

- a)* Las secuelas postraumáticas. ☐
- b)* El diagnóstico del TEPT. ☐
- c)* El impacto de los acontecimientos traumáticos. ☐
- d)* Los síntomas asociados al TEPT. ☐
- e)* La intensidad del trauma. ☐

3. La actometría es una técnica de registro ambulatorio del sueño basada en:

- a)* El patrón de actividad bioeléctrica cerebral. ☐
 - b)* El patrón de tensión muscular. ☐
 - c)* El patrón de activación motora. ☐
 - d)* El registro de los ritmos circadianos. ☐
 - e)* La posición que se adopta al dormir. ☐
-

Tratamiento de los afectados por las catástrofes: guía para el terapeuta

4.1. Introducción

Las catástrofes, con sus secuelas de horror y sufrimiento, provocan alarma social y suscitan la necesidad de una intervención para remediar, en lo posible, los daños producidos. La intervención deberá ser adecuada a la situación creada por la catástrofe. Las labores de voluntarios que actúen sin unidad de criterio y faltos de dirección pueden ser ineficaces, llegando, incluso, a interferir con los equipos de salvamento oficiales y normalizados. Por si fuera poco, las personas que intervienen, si no han recibido la preparación adecuada, pueden verse sobrepasadas por las penosas condiciones de su labor y convertirse, también, en víctimas.

La intervención, en una situación de catástrofe, requiere un detenido proceso de preparación. Son necesarios equipos (de carácter multidisciplinar), convenientemente formados y entrenados para intervenir en cualquier situación. Los equipos de intervención deben tener la información y formación necesarias para la asistencia psicológica de los afectados, en los primeros momentos y en el lugar de la catástrofe.

Posteriormente, los especialistas en salud mental pueden realizar las intervenciones más específicas, para evitar el desarrollo de secuelas postraumáticas (agudas o crónicas) en aquellos grupos de afectados más vulnerables.

Los objetivos del presente capítulo son proporcionar una información sobre los principios generales y las diferentes técnicas que pueden aplicarse en los afectados por las catástrofes.

4.2. Planificación general de la intervención

En primer lugar, se debe planificar el marco general o contexto en el que se realiza

la intervención. La planificación deberá reunir una serie de requisitos:

- Ser flexible para poder adaptarse diferencialmente a cada situación. No hay dos catástrofes idénticas.
- Incluir una perspectiva evolutiva o temporal. La situación de catástrofe es un proceso dinámico que evoluciona en el tiempo, a veces de forma muy rápida e imprevista. Las medidas de intervención que pueden servir para los primeros momentos pueden no ser útiles, e incluso perjudiciales, en fases posteriores.

Sobre estos principios básicos, el proceso de planificación debe intentar responder a una serie de cuestiones generales como las que se exponen a continuación:

- a) ¿A quién debe ir dirigida la intervención? Es decir, la población necesitada de atención psicológica.
- b) ¿Quién debe realizar las diferentes intervenciones? Profesionales y equipos que deben realizar las diferentes intervenciones.
- c) ¿Cuándo y dónde se debe intervenir? Lugar y momento más adecuado para cada tipo de intervención.
- d) ¿Objetivos de la intervención? Deben señalarse objetivos, a corto, medio y largo plazo, que deben ser cubiertos por las distintas intervenciones.
- e) ¿Con qué medios se cuenta? La planificación del proceso de intervención debe adaptarse a los medios o recursos (personales y materiales) con que se cuenta, así como a las posibilidades de actuación.

Estos aspectos se comentan a continuación.

4.2.1. La población necesitada de atención

Será el conjunto de individuos susceptibles de ser afectados psicológicamente por la catástrofe. Aunque varía según el tipo de catástrofe, se pueden distinguir:

- a) Catástrofes con *un número limitado* de afectados. En este grupo están la mayor parte de accidentes que se producen en las grandes ciudades del mundo. Incluye desde accidentes laborales, incendios, explosiones de gas o similares, hasta los múltiples accidentes de tráfico, desgraciadamente tan frecuentes. Son atendidos por los servicios públicos encargados de las emergencias. Las personas que precisan una intervención psicológica son remitidos a los correspondientes servicios oficiales (Equipos de Urgencias, Centros de Salud Mental y otros) para un tratamiento individualizado.
- b) *Grandes catástrofes* que involucran a amplios sectores de población. Resultan todavía más graves cuando se producen en zonas desfavorecidas donde

reinan la miseria y la pobreza. En estos casos, la acción devastadora de la catástrofe (huracanes, tifones, terremotos, guerras, masacres, etcétera) se perpetúa en las penosas situaciones en que quedan los supervivientes (hacinamiento, promiscuidad, suciedad, epidemias...). Aquí la participación de ayudas y recursos internacionales, por muy generosa que sea, siempre es insuficiente. Se da prioridad a las ayudas destinadas a cubrir las necesidades físicas básicas (alimentos, agua, ropas, refugios, medicinas). Sin embargo, no debe olvidarse la atención psicológica a estos damnificados o refugiados.

- Se debe proporcionar a los residentes información (sobre la situación, sobre sus seres queridos, las características del campo, los servicios a los que pueden acudir), apoyo y calor humano (facilidad para expresar y liberar sus emociones, organización de grupos de apoyo afectivo).
 - También se debe ofrecer la posibilidad de colaborar en las tareas de organización y ejecución que se puedan desarrollar.
 - La intervención debe realizarse dentro del respeto a las tradiciones y creencias de los afectados, facilitando las elaboraciones de duelo en sus distintos aspectos culturales.
- c) Entre las anteriores, se encuentran *catástrofes* (naturales o provocadas) de efectos más limitados (una ciudad, localidades próximas) que, no obstante, desbordan los recursos locales de emergencia y precisan de la intervención de organismos estatales (Protección Civil, Cruz Roja, Ejército) y organizaciones de voluntarios. Este tipo de intervenciones no están, desgraciadamente, muy apartadas de nuestro medio. Por ello deben existir planes operativos generales y equipos de socorro preparados que puedan incorporar a miembros voluntarios, si las circunstancias así lo precisaran.
- d) Por último, existe un tipo especial de catástrofes que producen muy *pocos afectados con problemas físicos*, pero que, sin embargo, puede causar un *gran efecto psicológico*. Así puede contemplarse la amenaza intencionadamente provocada por el atentado terrorista o la amenaza suscitada involuntariamente por el riesgo de fuga de radiaciones ionizantes de algunas centrales nucleares. Estas catástrofes pueden provocar un importante número de afectados psíquicos y el desarrollo de secuelas psicotraumáticas a medio y largo plazo. En estas situaciones, los afectados psíquicos preceden en el tiempo a los afectados con problemas físicos (que incluso pueden no llegar a producirse) y la necesidad de atención psicológica sobre las poblaciones expuestas es prioritaria.

Las catástrofes provocadas por el hombre (por acción u omisión) son más difíciles de aceptar por las poblaciones y frecuentemente producen conductas abiertamente

hostiles, así como de reclamación y reparación por los daños sufridos. Sus efectos suelen persistir más allá del impacto de la catástrofe.

Según las características de la catástrofe (tipo, intensidad, extensión) se puede realizar una estimación más o menos aproximada de la proporción de la población expuesta que puede precisar una intervención psicológica. En principio, cuanto más intensa y grave sea la catástrofe, mayor será el número de afectados. No obstante, existen importantes diferencias individuales en la forma de percibir y reaccionar ante el acontecimiento catastrófico.

- En principio, cualquier persona involucrada en una catástrofe, incluidos los equipos de socorro y los dirigentes, puede resultar psicológicamente afectada. Nadie es totalmente inmune, por principio, a los efectos de la catástrofe. La mayoría de los involucrados experimentan, en mayor o menor medida, emociones penosas (miedo, temor, inseguridad, incertidumbre, preocupación, pena, dolor, etc.), que son reacciones normalmente esperables en una situación anormal (excepcional) como la catástrofe. En la mayor parte de los casos, estas reacciones son transitorias, tolerables y sin grave interferencia en la conducta de las personas. También pueden darse conductas marcadamente inadaptadas y peligrosas. No obstante la mayoría de los sujetos permanecen en un estado de pasividad, en el que son muy sugestionables e influenciables. Si encuentran estímulos favorables, como el apoyo y la dirección pertinente que les mantenga ocupados y activos, pueden colaborar activamente en labores de socorro y reconstrucción. Por el contrario, estas personas hipersensibles a la amenaza y el riesgo pueden desmoralizarse fácilmente o caer en situaciones de fuga o pánico desordenado ([figura 4.1](#)).

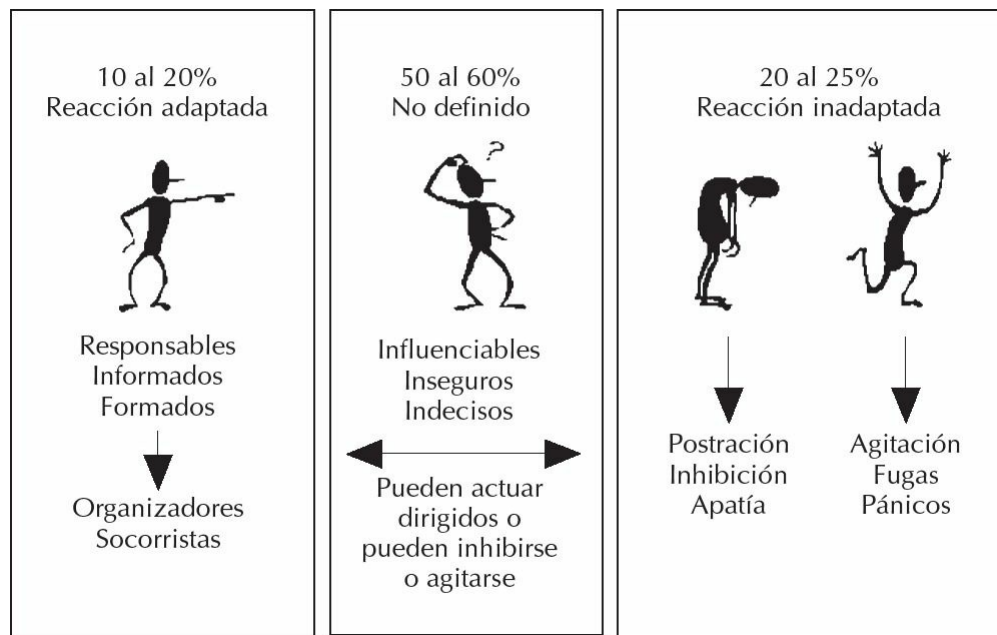


Figura 4.1. Reacciones de una población expuesta a una catástrofe.

Van a precisar una intervención psicológica más específica:

- a) Personas que han sufrido lesiones físicas de consideración. Estos heridos tienen un elevado riesgo de presentar alteraciones psíquicas (psicotraumáticas, derivadas de la convalecencia de las heridas o de las secuelas físicas residuales).
- b) Personas que, sin haber sufrido lesiones físicas de importancia, hayan resultado psicológicamente muy afectadas por el acontecimiento catastrófico. Precisarán un tratamiento para el alivio de sus síntomas actuales y la prevención de secuelas posteriores.
- c) Sujetos que necesitan ayuda psicológica para afrontar las dolorosas pérdidas sufridas: personas (compañeros, familiares, amigos...), materiales (domicilio, enseres), sociales (trabajo, rol social...).

4.2.2. Equipos de intervención

La actuación en este campo requiere un equipo de profesionales diversificado según los distintos niveles de intervención.

- a) Tras el impacto, en el lugar de la catástrofe, los equipos de socorro pueden realizar una importante labor psicológica proporcionando seguridad física, un reconocimiento que permite descartar lesiones físicas graves, abrigo, alimentación, información (de su situación y la de los suyos), orientación, tranquilización y apoyo.

- b) En una etapa posterior, ya en condiciones de seguridad, lejos de la amenaza real de la catástrofe, una proporción variable de afectados presenta alteraciones psíquicas o el riesgo de desarrollarlas posteriormente. Este grupo es tributario de una intervención en salud mental más especializada que debe realizar un equipo de profesionales, preferiblemente interdisciplinario, incluyendo los diferentes especialistas en el campo de la salud mental (médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeros, trabajadores sociales...), convenientemente formados, entrenados y que formen un equipo consistente con amplia disponibilidad para actuar en diferentes situaciones de emergencia.

4.2.3. Lugar y tiempo de la intervención

Las primeras medidas deben realizarse lo más precozmente posible y en el lugar seguro más próximo a la zona de la catástrofe. Se pretende recuperar el mayor número posible de afectados en el menor tiempo posible. La situación excepcional creada tras la catástrofe exige medidas también excepcionales.

No se puede dedicar mucho tiempo a los trastornos graves y complejos, cuando el número de bajas es elevado y crece sin cesar, deben ser objeto tan sólo de la atención indispensable para ser evacuados o alejados lo antes posible de la zona de conflicto (en los centros de evacuación se les prestará la atención que precisen).

La atención se centrará básicamente en el grupo de población afectada que se muestra insegura, indecisa y es, por ello, altamente influenciable.

Se debe intentar lograr que estos sujetos, potencialmente recuperables, se reintegren y ocupen lo antes posible. Se emplean medidas elementales y sencillas como:

- Asegurarles unas condiciones mínimas de reposo.
- Ofrecerles hidratación y alimentación.
- Proporcionarles la información adecuada sobre lo que deben y no deben hacer.
- Tranquilizarles, permitirles la liberación de sus emociones.
- Concienciarlos para que se mantengan activos y ocupados.

Todo ello debe hacerse fomentando las expectativas de la recuperación del sujeto, asegurándole que el dolor que experimenta es una reacción normal, transitoria y recuperable, ante la grave situación vivida. Se deben evitar las etiquetas psiquiátricas utilizando un lenguaje adecuado a la capacidad de comprensión del sujeto.

En una etapa posterior, los equipos de apoyo psicológico prestarán atención a los individuos evacuados por severas alteraciones psicopatológicas y a las poblaciones de alto riesgo, para prevenir la aparición de secuelas postraumáticas ulteriores.

4.2.4. Objetivos

En síntesis, la planificación de una intervención asistencial se debe marcar unos objetivos a corto, medio y largo plazo, estos últimos asimilables por otros equipos asistenciales.

- *A corto plazo*: próximo en el tiempo y lugar al acontecimiento catastrófico, se pretende aliviar el sufrimiento del sujeto y acelerar el proceso natural de recuperación tras el impacto doloroso de un evento traumático.
- *A medio plazo*: el interés primordial se centra en la prevención de secuelas psíquicas retardadas y de la evolución hacia un trastorno de estrés postraumático.
- *A largo plazo*: se trataría de una labor más compleja y prolongada tendente a la reestructuración de una personalidad postraumática profundamente alterada.

4.3. Intervención según las diferentes etapas de la catástrofe

La catástrofe es un proceso dinámico que va evolucionando en el tiempo. La intervención tiene que adaptarse a los diferentes cambios que se van produciendo, a veces con gran rapidez. No se plantea la misma demanda asistencial, por ejemplo, en los primeros momentos de destrucción y desorganización que siguen al impacto de la catástrofe, que con los afectados iniciando las tareas de reconstrucción y asimilación de la experiencia traumática.

La evolución de una catástrofe es, a veces, imprevisible. Imaginemos un terremoto, con la población agrupada tras el seísmo inicial, a salvo en una zona protegida, sobre la que, de repente, sobreviene un nuevo seísmo. Por ello siempre deberían contemplarse, dentro del proceso de planificación, medidas alternativas para responder adecuadamente a los posibles imprevistos.

Atendiendo a las diferentes fases que se suceden temporalmente en las catástrofes se pueden distinguir una serie de intervenciones.

4.3.1. Fase de alarma

Durante la fase de alarma hay un porcentaje de personas que tienen reacciones anticipatorias, con aparición ocasional de miedos paralizantes, excitación o reacciones anómalas. Estas reacciones pueden reducirse cuando la población ha sido avisada con la suficiente antelación y ha tenido tiempo de prepararse mínimamente para el evento que se avecina.

Hay que considerar que las reacciones emocionales y las conductas de protección personal dependen de la percepción del riesgo que tenga cada sujeto. Por ello las señales

de alarma deben ser claras, precisas y concretas, procediendo de una fuente única, debidamente autorizada, evitando la difusión de rumores e informaciones contradictorias y alarmistas que puedan provocar conductas descontroladas en la población.

4.3.2. Fase de amenaza

Ante la situación de inminente amenaza, se incrementan la incertidumbre, el temor y el nivel de ansiedad en la población. Pueden encontrarse algunas personas que decidan permanecer en zonas de riesgo o no tomen medidas de autoprotección adecuadas. Ello puede deberse a mecanismos de negación psicológica y a la imposibilidad de manejar emocionalmente la situación.

Un colectivo especial de riesgo es la población anciana, sobre todo la que vive sola. Estas personas, con importantes limitaciones físicas y psíquicas para asumir y adoptar medidas de autoprotección, con frecuencia se muestran remisas al abandono de sus casas y pertenencias.

4.3.3. Fase de impacto

En el momento del impacto, dependiendo del tipo de catástrofe, pueden darse distintas situaciones.

En catástrofes caracterizadas por su *impacto súbito* y brutal, las posibilidades de actuación psicológica están muy limitadas. El impacto determina que una gran parte de la población pierda transitoriamente la mayoría de sus capacidades de reacción y actuación. Se produce una situación de acentuada indefensión en la que la población es fácilmente influenciable. Ésta puede dirigirse hacia comportamientos de autoprotección, o desviarse hacia pánicos y otras conductas desorganizadas. Son de la mayor importancia las medidas de tipo preventivo, desde el diseño de los espacios y locales públicos seguros, a las medidas de entrenamiento en conductas de autoprotección y seguridad.

En catástrofes de *impacto progresivo*, las intervenciones irán dirigidas a atenuar en lo posible las emociones que se van produciendo progresivamente en la población y prevenir las reacciones descontroladas (pánico colectivo). En estas situaciones, ante la desorganización y el caos imperante, el liderazgo es fundamental.

El personal de socorro puede emplear algunas técnicas de primeros auxilios psicológicos para:

- Mitigar la impresión emocional del evento catastrófico.
- Que el individuo afectado adquiera una conciencia adecuada de la situación, del alcance aproximado de las consecuencias, de las medidas individuales y colectivas de autoprotección, salvamento y rescate de personas y bienes que deben realizarse, así como de lo que no debe hacerse.

4.3.4. Fase de balance

Pasado el momento del impacto se realiza una rápida evaluación de la situación con la finalidad de movilizar los recursos necesarios para las medidas de socorro y rescate, así como para prevenir nuevas víctimas o la aparición de secuelas más graves.

- La actuación psicológica, a nivel individual, irá dirigida a limitar el impacto de las reacciones emocionales y facilitar el retorno a la lucidez y a la autocrítica.
- En el ámbito colectivo se perseguirá reducir la confusión general y reinstaurar progresivamente la estructura social, reconstituyendo y reorganizando grupos de ayuda mutua y participación en tareas de salvamento. Se procurará combatir los “pánicos colectivos” y fugas desordenadas. En ocasiones también hay que evitar los movimientos de convergencia de algunos siniestrados hacia la zona de la catástrofe a la búsqueda desesperada de los suyos desaparecidos o de sus bienes perdidos.

4.3.5. Fase de rescate

En esta fase se hacen llegar los recursos existentes a la población afectada. A pesar de que el peligro ha pasado, las víctimas necesitan convencerse y ser convencidas de ello. A nivel individual persisten las reacciones emocionales dominadas por la inseguridad y la angustia, así como conductas regresivas tales como inhibición, lloros y lamentos o tratar de escapar como sea del lugar.

Los equipos de ayuda han de hacer frente no sólo a las lesiones físicas sino al trauma emocional asociado. Sin duda son más urgentes las situaciones que impliquen riesgo vital para el sujeto, pero no deben olvidarse las cuestiones de tipo psicológico, en ocasiones menospreciadas, ante la ingente tarea “material” que hay que realizar.

Esta actitud posiblemente es fruto del desconocimiento y de cierta falta de sensibilidad ante el problema psicológico, pero también puede ser reflejo de mecanismos defensivos de los propios equipos de rescate ante emociones que les sobrepasan.

4.3.6. Fases de reparación y recuperación

Este período suele ser el más prolongado y el que consume más recursos. Se caracteriza por las tareas de reconstrucción del entorno físico y por la reorganización social.

Las demandas asistenciales no son uniformes. Se han descrito dos fases bien diferenciadas en cuanto a las demandas e intervenciones que se suscitan.

Una primera fase que algunos autores han denominado como “fase de luna de miel”, que se extendería de una semana a tres meses tras el desastre.

En este período, los supervivientes comparten un fuerte sentimiento de cohesión

mutua, reforzándose este ánimo a través de promesas de todo tipo de ayudas oficiales.

Con cierta frecuencia, esta fase “esperanzada” se sigue de una fase de “desilusión” con sentimientos de disgusto, amargura y resentimiento ante retrasos y fallos en las ayudas prometidas. Esta fase suele coincidir, además, con que la mayoría de los equipos y organismos de rescate han abandonado el lugar, dejando a los sujetos afectados con sus propios recursos para resolver sus problemas.

El tratamiento se centrará en reducir las alteraciones emocionales que persisten y prevenir la aparición de reacciones postraumáticas posteriores, individuales y colectivas, que pueden darse en el proceso de elaboración del duelo individual o colectivo:

- Ansiedad anticipatoria, ya sea como temor a que la catástrofe vuelva a reproducirse, o temor a las complicaciones que puedan sobrevenir (hambre, sed, epidemias, saqueos, etcétera).
- Descargas tardías de agresividad, sobre todo en poblaciones que han sufrido las catástrofes pasivamente, sin posibilidad de reaccionar.
Estas personas pueden responder con violencia, vandalismo, motines, descargando su agresividad con personas o grupos elegidos como chivos expiatorios y otras manifestaciones de reivindicación.
- Actitudes pasivas de resignación o aceptación fatalista, a veces con sentimientos de culpabilidad, lo que se ha denominado en algunos medios como “mentalidad poscatástrofe” o “síndrome del superviviente”.
Pueden adoptar actitudes de acentuada dependencia respecto a los poderes públicos y constituir un importante obstáculo a la adquisición de autonomía e independencia.
- Una patología psicotraumática secuelar, básicamente la aparición de un trastorno por estrés postraumático o cuadros afines.

Esta secuencia de intervenciones se resume en la [figura 4.2](#).

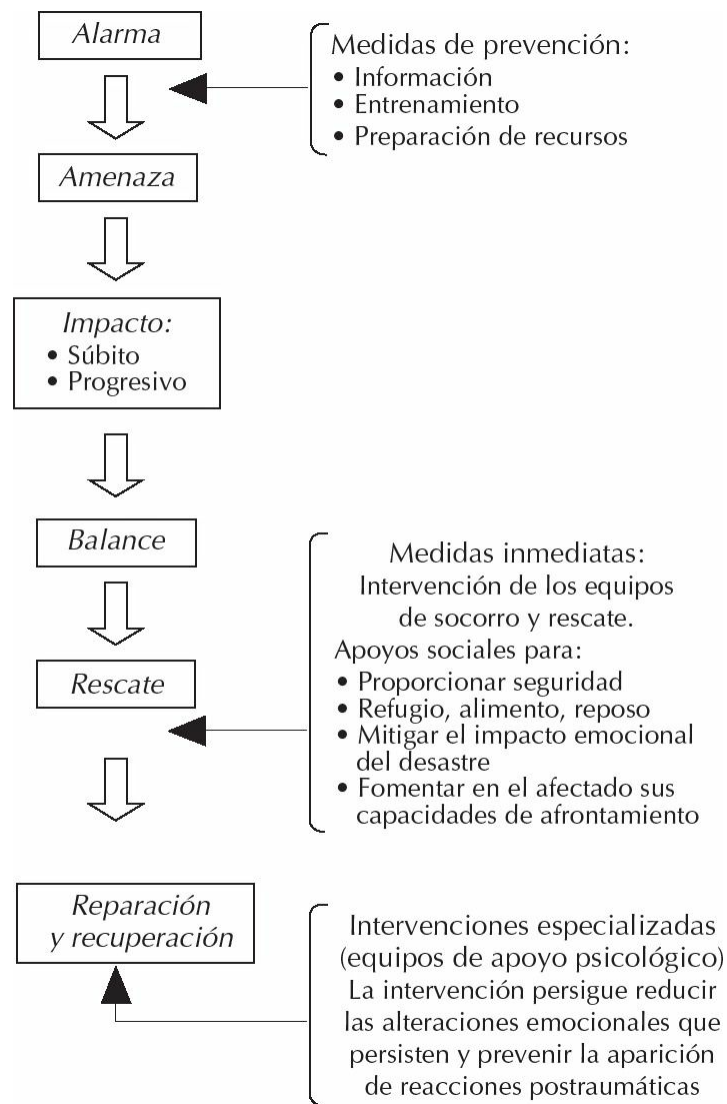


Figura 4.2. Intervención según las diferentes etapas de la catástrofe.

4.3.7 Clasificación de las alteraciones psicológicas poscatástrofe

A efectos prácticos los trastornos psicológicos que pueden derivarse de una catástrofe se pueden dividir, desde el punto de vista cronológico, en tres grandes grupos:

- Reacciones inmediatas*, son las que aparecen en las primeras fases de la catástrofe (impacto, balance, rescate). Se producen en la situación de amenaza provocada por la catástrofe. Son reacciones emocionales, bruscas, intensas, transitorias y, en general, de buen pronóstico. Una gran parte se recuperan espontáneamente. El resto suele responder muy bien a las medidas de prevención y/o a las intervenciones de los equipos de salvamento y del apoyo social.
- Secuelas postraumáticas agudas*, cronológicamente aparecen a continuación

de las anteriores etapas, cuando no se alcanzó la recuperación espontánea, falló el tratamiento inmediato o cuando su comienzo ocurre horas o semanas después del acontecimiento traumático (fase de recuperación o reparación), una vez que ha desaparecido la situación de amenaza. Aparecen en un sujeto que es incapaz de enfrentarse y de asimilar los recuerdos del acontecimiento traumático. La sintomatología postraumática se organiza conforme a los diferentes mecanismos defensivos del sujeto afectado (ansiedad, depresión, alteraciones disociativas, somatizaciones, alteraciones de conducta). La intervención, más específica, se centrará en la recuperación del sujeto y en evitar la evolución hacia una patología secular crónica.

- c) *Secuelas postraumáticas crónicas*, se producen cuando han fallado los intentos previos para la recuperación, evolucionando hacia una cronificación de la ansiedad postraumática que altera profundamente la personalidad del sujeto afectado. Esta cronificación puede organizarse en algunos sujetos pronto, aunque se suele considerar un período de 6 meses para poder establecer su diagnóstico. Este tipo de secuelas también pueden aparecer después de un intervalo libre de síntomas (período de latencia). En estos casos el proceso de tratamiento es más complejo y las posibilidades de recuperación más limitadas. La intervención persigue la recuperación y rehabilitación del sujeto afectado.

4.4. Medidas preventivas

En una situación de catástrofe el mejor tratamiento es una buena política de prevención. Las medidas preventivas que se adoptan con suficiente antelación, aunque no puedan evitar la aparición de la catástrofe, sí pueden atenuar considerablemente sus consecuencias, reduciendo el sufrimiento individual y colectivo.

La prevención debe iniciarse en la escuela y continuarse a lo largo de la vida del ciudadano. Los pilares en los que se basa una buena política de prevención son la disposición de medios y equipos de socorro y las medidas de información y entrenamiento de las poblaciones expuestas.

4.4.1. Información

La información debe ser objetiva y desdramatizante, proporcionando a la población el conocimiento de:

- a) Los peligros reales de las diversas catástrofes.
- b) Las medidas de protección.
- c) Lo que debe y no debe hacerse en caso de producirse la catástrofe.

La información es esencial para la prevención. La ausencia de datos fiables y las lagunas de conocimiento pueden generar sentimientos de indefensión, rumores y desconfianza. La difusión de informaciones, incluso de malas noticias, cuando proceden de una fuente autorizada, refuerzan la confianza en el líder, que es percibido como preocupado y con la intención de controlar los futuros sucesos adversos.

La prevención a medio y largo plazo se debería basar en una campaña de divulgación correcta y no dramática acerca de los peligros existentes en los diferentes tipos de catástrofes o emergencias y la conducta que cada ciudadano tiene que seguir en tales momentos. Esta información debería integrarse en los programas de enseñanza, en todos los niveles de escolaridad, en los centros de trabajo e incluso llegar a todos los hogares a través de los medios de comunicación. Un buen método sería la edición de pequeños manuales –con gráficos explicativos– de las conductas a seguir, paso a paso en caso de catástrofe.

Los medios de comunicación tienen la responsabilidad de presentar la información de una forma exacta, sin dramatismo, evitando el sensacionalismo o el morbo. También deberían participar en la creación y divulgación de consignas sencillas y precisas acerca de las medidas elementales de prevención y sobre las conductas que se deben seguir en caso de urgencia.

A otro nivel, se trata de inculcar a la población el respeto por los valores comunitarios que priman sobre los del individuo, intentando generar actitudes de solidaridad, de ayuda al prójimo por encima de egoísmos individuales por muy comprensibles que éstos sean.

4.4.2. El entrenamiento

La repetición regular de ejercicios de evacuación y de salvamento permite el desarrollo de conductas que el individuo puede poner en marcha, automáticamente, en situaciones de catástrofe. La población que ha adquirido estos hábitos puede realizar de modo casi automático las misiones que tenga adjudicadas en caso de catástrofe, incluso aunque los sujetos afectados se encuentren paralizados por el terror o el desconcierto.

4.4.3. Áreas y situaciones precríticas

Hay zonas que están especialmente amenazadas por la aparición de catástrofes (naturales, tecnológicas, crisis sociales, conflictos armados). También hay lugares o transportes públicos donde la excesiva concentración de población puede facilitar la eclosión de conductas de pánico. En estas áreas se deben reforzar las medidas y los medios de prevención, dentro de un plan general de intervención en catástrofes, con sus normas de actuación y dependencia orgánica. También es conveniente la realización frecuente de ejercicios o simulacros de evacuación.

En la situación precrítica es muy importante la gestión de la fase de alerta. Se

procurará suscitar, en la población expuesta, actitudes para afrontar el peligro. También hay que evitar la difusión de rumores alarmantes que provoquen éxodos masivos, generen pánicos o conductas descontroladas. Para ello:

- a) Se reiterará la información a la población, de forma clara, no contradictoria, preferentemente en forma de consignas sencillas, dirigida por mandos experimentados y con el apoyo de los medios de comunicación.
- b) Se repetirán los ejercicios de autoprotección.
- c) Se reforzarán los cuadros y equipos de los miembros comprometidos y voluntarios.

Las medidas preventivas resultan muy eficaces en los primeros momentos de la catástrofe. En esta situación, como se comentaba anteriormente, los individuos se encuentran bajo el impacto emocional del desastre y son muy vulnerables a la influencia del medio. Por ello adquieren una gran importancia el entrenamiento previo, la información que se recibe, la disponibilidad de socorros y el liderazgo que se establezca.

Una vez desencadenada la catástrofe, las informaciones de última hora pueden disminuir el sentimiento de vulnerabilidad e indefensión. Se deberá informar a la población de la naturaleza y extensión de la catástrofe y dónde están ubicados los puestos de socorro.

Para transmitir estas informaciones se puede utilizar la radio, altavoces en los vehículos, helicópteros o barcas en caso de inundaciones. Se trata, en definitiva, de transmitir a la población la sensación de que se tiene controlada la situación y de que las víctimas no están abandonadas y van a ser socorridas lo antes posible.

La llegada de los socorristas y la instalación de los puestos de socorro poseen un considerable efecto psicológico tranquilizador. Los equipos y puestos de socorro deben estar bien identificados. El personal puede llevar chalecos con colores fuertes y grandes letras que identifiquen la institución y la profesión o función del portador.

Los puestos de socorro también deben estar señalizados de forma inconfundible, permitiendo un fácil acceso de los afectados. Cuanto más rápidamente se acceda a los auxilios, antes se evitarán la aparición, difusión y perpetuación de comportamientos inadaptados, individuales o colectivos.

En los momentos iniciales también resulta decisiva la función del liderazgo. Las autoridades o mandos supervivientes y, en su defecto, toda persona que posea cierta autoridad o influencia, deben asumir el liderazgo.

Ello supone que deben intentar organizar las tareas de socorro, evacuación, ayuda mutua y sobre todo procurarán calmar los ánimos, controlando a los individuos que van a ser origen de desórdenes o de conductas de pánico. Tanto la postración como la histeria pueden propagarse rápidamente, por imitación, sugestión o contagio mental, si no se aíslan cuanto antes los primeros sujetos afectados.

4.5. Principios de la intervención

El tratamiento de los afectados por una situación de catástrofe pretende fomentar la salud y prevenir la aparición de las secuelas crónicas. Los sujetos afectados psíquicamente por una catástrofe pueden sentirse incapaces para afrontar las amenazas y las pérdidas suscitadas por la situación traumática. Pueden percibirse como víctimas indefensas, incapaces de seguir adelante, dolientes por sus miedos y temores convertidos en síntomas de enfermedad y esperar pasivamente la ayuda profesional. La intervención psicológica busca transformar la percepción del sujeto, para que pueda contemplarse como una persona normal, capaz de seguir adelante y de funcionar adaptativamente. El sujeto debe comprender su situación como una alteración, transitoria y reversible, de su equilibrio personal, provocada por la catástrofe. También deberá aceptar que debe desempeñar un papel activo en su recuperación. Las intervenciones terapéuticas deben tratar los desajustes transitorios que puedan presentar los sujetos afectados por las catástrofes y ayudarles a recuperar rápidamente el equilibrio perturbado, evitando que se produzcan cuadros psicotraumáticos mayores, en intensidad y cronicidad.

Los principios generales en los que se basa el proceso de intervención son los siguientes:

4.5.1. No etiquetar de enfermedad lo que constituye una reacción normal a una situación excepcional

Debe procurarse que el sujeto contemple sus síntomas como reacciones transitorias, “normales”, ante una situación de “anormal” amenaza externa (catástrofe), y nunca como elementos de una enfermedad que le lleve a la adopción de conductas de pasividad y dependencia. La etiqueta de enfermedad incrementa la posibilidad de contemplarse a sí mismo como un sujeto paciente, continuamente traumatizado e indefenso. Se debe evitar la utilización de etiquetas psiquiátricas “de manual” (CIE-10, DSM-IV) que si bien tienen su utilidad en el campo de la investigación epidemiológica, pueden tener un papel reforzador de actitudes de pasividad y abandono, totalmente contrarias a los objetivos de la terapia. También se recomienda gran cautela en la utilización de términos como “víctima” o “paciente”, porque también son susceptibles de incentivar la aparición de secuelas crónicas y actitudes de renta. Existe, incluso, un porcentaje no desdeñable de sujetos afectados que son contrarios a recibir ayuda sobre premisas de etiquetas psiquiátricas. En caso de tener que recurrir a la terminología, los términos más recomendables son aquellos que describan una reacción normalmente esperable a la situación vivida y que permitan la expectativa de una pronta y rápida recuperación. En esta línea se han utilizado términos como “Reacción al desastre” o similares, parecidos a los que se emplean en el medio militar como “Reacción normal a la batalla” o “Reacción al estrés de combate”.

4.5.2. La intervención debería cumplir los requisitos de inmediatez, proximidad, simplicidad y expectativa de una pronta

recuperación

La experiencia de las organizaciones militares ha destacado la importancia de estas medidas, que constituyen la versión abreviada del tratamiento de Salmon de la “reacción al estrés del combate” denominadas:

Inmediatez. El tratamiento se debe iniciar lo antes posible. Por ello es conveniente detectar cuanto antes las manifestaciones sintomáticas; cuanto más larga sea la demora en el tratamiento, mayor es la resistencia a la remisión.

Proximidad. El tratamiento debe instaurarse lo más cerca del lugar de origen del sujeto (de donde ha ocurrido la catástrofe). Si se le aleja lo más probable es que desarrolle conductas fóbicas hacia ese lugar.

Expectativa. El traumatizado debe tener en cuenta que se reincorporará lo antes posible a sus ocupaciones previas. Se debe restar importancia a las reacciones experimentadas haciéndole ver que son reacciones normales ante situaciones desproporcionadas, por lo que remitirán en breve.

Simplicidad. Utilización de técnicas sencillas y breves. El tratamiento deberá, generalmente, ser breve en el tiempo y no durar más de cuatro a siete días. La utilización de un ambiente estructurado y medidas simples como alojamiento seguro, ropas limpias, bebida, comida, descanso, ocupaciones sencillas supervisadas, junto a la posibilidad de hablar de su experiencia en un grupo que le comprenda es suficiente para acelerar la recuperación del sujeto afectado.

4.5.3. Reanudación rápida de un funcionamiento normal

Se debe perseguir que el sujeto afectado por un acontecimiento traumático abandone cuanto antes el papel de enfermo e incapaz y afronte la situación. El funcionamiento normal significa adaptación y se considera como un signo de buen pronóstico en la evolución de una reacción postraumática. El sujeto debe volver a funcionar cuando sea capaz de hacerlo, incluso aunque todavía tenga síntomas y malestar, pues ello le ayudará a sentirse más fuerte y a restaurar la confianza en sus propios recursos. Considerar que el sujeto debería asumir sus funciones sólo cuando los síntomas hayan desaparecido resulta inadecuado y puede retrasar el proceso normal de recuperación. El sujeto afectado debe aceptar que la ansiedad, y los síntomas derivados, pueden persistir, mientras dure la situación de amenaza e incluso cuando ésta haya cedido. El criterio determinante debe ser la capacidad del sujeto para funcionar, cuando se le necesita. En las situaciones de catástrofes “todas las ayudas son necesarias” y deben evitarse las actitudes de pasividad y abandono.

4.5.4. La pirámide asistencial

El apoyo psicológico debe realizarse en entornos normalizados, preferiblemente que no sean clínicos. Los servicios clínicos especializados deberían reservarse para sujetos con antecedentes psiquiátricos previos que tengan el riesgo de graves descompensaciones psíquicas. La asistencia se presta según un modelo escalonado, en el que se contemplan diferentes niveles de actuación. El Centro de Referencia para el Apoyo Psicológico de Dinamarca propone una pirámide asistencial con cinco niveles de actuación (figura 4.3).

En el primer nivel la gente ayuda a la gente. En el segundo nivel aparecen los apoyos familiares y de los trabajadores sociales: familia, amigos, colegas, vecinos. En el tercer nivel se encuentra la ayuda ofrecida por Instituciones, Organizaciones No Gubernamentales y de Voluntarios. En el cuarto nivel actúa el sistema de bienestar social (cuidadores, enfermeras, trabajadores sociales, médicos, psicólogos). En el quinto nivel se sitúa el tratamiento psiquiátrico en centro hospitalario.

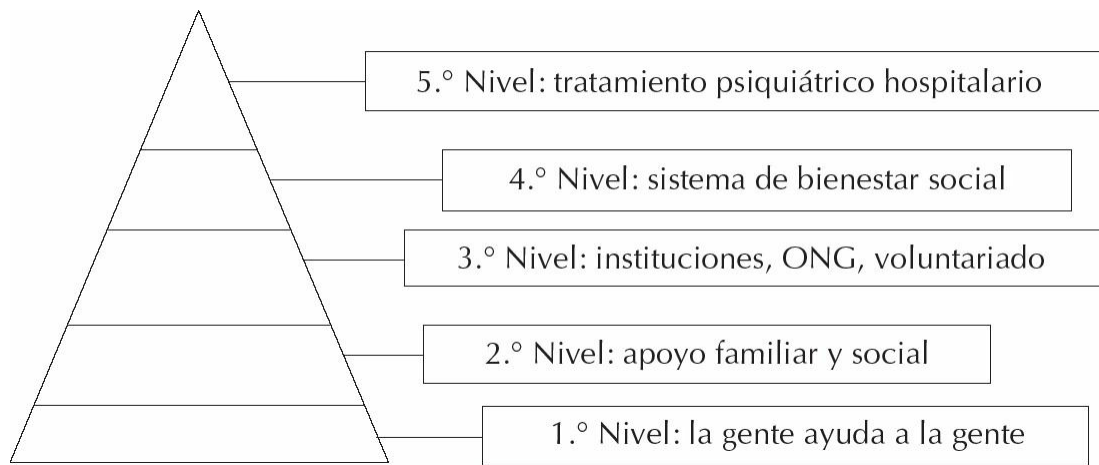


Figura 4.3. *Pirámide asistencial en catástrofes.*

En el estado actual de los conocimientos científicos, ninguna técnica ha demostrado que su aplicación, unilateral y excluyente, sea más eficaz que las demás, por ello se tiende básicamente a un tratamiento multimodal, integrando diversas modalidades biológicas, psicológicas y sociales, en una perspectiva ecléctica interdisciplinaria. El tratamiento de las reacciones psicotraumáticas, como el de las reacciones al estrés, se centra en modelos adaptativos antes que sobre los síntomas, éstos se contemplan como fenómenos debidos al estrés, incluso como una parte del proceso curativo, más que como elementos constituyentes de una enfermedad.

La intervención puede sistematizarse en:

- *Medidas generales* para aliviar los síntomas inmediatos poscatástrofe y para que los sujetos afectados puedan hacer frente al impacto psíquico del evento catastrófico, restaurando su funcionamiento adaptativo.
- *Medidas específicas* para el tratamiento de las secuelas agudas

postraumáticas y para la prevención de secuelas retardadas y crónicas.

4.6. Medidas generales de actuación sobre las secuelas inmediatas de la catástrofe

4.6.1. Medidas para reducir el riesgo físico

Uno de los aspectos más importantes dentro de la intervención es la organización y la coordinación de los auxilios, que implica a todos los que intervienen. Se debe evitar por todos los medios el provocar una situación más caótica de la que se encuentran al llegar al lugar del desastre. No hay nada más nocivo que llevar al terreno conflictos de competencias, desajustes, divergencias de criterios y situaciones similares. Por ello es fundamental contar con equipos multidisciplinarios convenientemente entrenados en este tipo de emergencias.

En los primeros momentos, tras el impacto del desastre, las primeras medidas se dirigen a las tareas de rescate y a situar a las personas afectadas en zonas de seguridad, protegidos de posibles riesgos físicos. Estas medidas tienden a reducir el impacto de los peligros o amenazas reales provocados por la situación de catástrofe.

En conjunto estas medidas persiguen crear un ambiente de seguridad y protección, proporcionando al sujeto refugio en un lugar seguro, abrigo (mantas, ropas), reposición (agua, bebidas calientes, bocadillos). Se procura en este contexto que el individuo descanse y se reponga. Ante el riesgo de conductas descontroladas conviene retirar aquellos objetos con los que pudieran dañarse o dañar a otros.

4.6.2. Medidas sobre la apreciación subjetiva de la situación catastrófica

La reacción de los sujetos afectados dependerá, en gran medida, de la forma en que perciben la situación de la catástrofe. Si la perciben de forma muy negativa, como una amenaza o un daño insuperable, sus reacciones serán probablemente inadaptadas. Por el contrario, si se percibe que la situación se puede controlar, posiblemente desarrollen conductas eficaces de afrontamiento. Para favorecer una apreciación subjetiva positiva de la situación resultan especialmente relevantes:

- *Informar* sobre los efectos de la catástrofe, su situación personal y la de los suyos (familiares, amigos, compañeros). Esta información deberá ser directa, concreta y clara. Divulgada de forma fácilmente entendible, incluso para aquellos individuos que puedan estar en una situación de inhibición cognitiva transitoria por el impacto emocional del desastre. Los medios de comunicación tienen en este aspecto una importante responsabilidad no difundiendo noticias alarmistas y no confirmadas. Suele recomendarse nombrar un portavoz de prensa y limitar el acceso de fotógrafos o cámaras a

la zona mientras se estén realizando las tareas de rescate y asistencia sanitaria.

- *Tranquilizar*, proporcionando a los sujetos la seguridad de que se encuentran a salvo y físicamente indemnes. El tratamiento empieza en el momento en que un miembro del equipo médico le realiza un reconocimiento que permite descartar lesiones físicas. Esta conducta tranquiliza inmediatamente al sujeto y le transmite la expectativa de que no está herido, o de que está lo suficientemente bien para no precisar cuidados especiales, y que puede esperar hasta que todos los heridos hayan recibido los cuidados que necesitan. En caso de que presente algún tipo de lesión física se le debe informar de manera comprensible de su gravedad y de las medidas que se van a adoptar para su tratamiento. Debe evitarse la precipitación, la información ambigua o alarmista, así como las actitudes de indiferencia o rechazo. El socorrista debe conocer y controlar sus propias reacciones, tanto respecto a los afectados como a la grave situación de la catástrofe (víctimas, extensión de los daños) de fuerte impacto emocional.
- *Apoyar afectivamente* al sujeto o al grupo. Este apoyo puede ser prestado por compañeros, familiares, amigos, equipos de socorro y voluntarios. A veces resulta más eficaz el apoyo del que ha compartido la misma situación (“al lado del sujeto”) que el apoyo de familiares o amigos que no vivieron tal circunstancia. Muchas veces basta con la simple presencia, escuchando y dando la posibilidad de que la persona afectada exprese sus emociones, prestándole atención, respeto e intentando ponerse en su lugar.

Una intervención de estas características (precoz, sencilla y espontánea) puede tener resultados espectaculares y permitir la recuperación de la mayor parte de los afectados.

4.6.3. Detección de las respuestas de estrés y alteraciones de conducta

Los equipos que intervienen en la asistencia sanitaria a los afectados por las catástrofes deberían, como parte de su instrucción y entrenamiento, conocer los diferentes tipos de reacciones psíquicas o de comportamientos patológicos, individuales o colectivos, que pueden aparecer en las catástrofes, así como los tratamientos y las medidas terapéuticas que se deben aplicar a cada uno de ellos, y las normas de mantenimiento *in situ* o para la evacuación.

La ansiedad del afectado por una situación de catástrofe es una reacción normal a una situación de grave amenaza para la vida. Mientras el sujeto afectado se sienta capaz de seguir enfrentándose a la situación y de soportar sus temores y ansiedades, se encuentra bajo control. A partir del momento en que se siente incapaz de seguir, este sujeto está necesitado de apoyo psicológico. Este momento de crisis o ruptura puede ser el comienzo de un proceso postraumático.

El programa de intervención previamente deberá detectar los síntomas de estrés y otras alteraciones de conducta.

El afectado, en el momento crítico, puede presentar diversos síntomas que se agrupan genéricamente como *síntomas de estrés*, que pueden aparecer como una exageración de la respuesta normal a la situación de amenaza creada por la catástrofe:

- Un estado de hipervigilancia o alerta, para detectar posibles peligros o riesgos, que va más allá de su función adaptativa, pudiendo interferir en las funciones del sujeto (dificultando sus capacidades de atención, concentración, memoria o pensamiento, así como insomnio, inquietud o intranquilidad).
- Alteraciones fisiológicas, sobrepasando la función adaptativa (movilizar los recursos del organismo para responder a la amenaza): alteraciones del sistema nervioso vegetativo (náuseas, vómitos, diarrea, dolores abdominales, necesidad imperiosa de orinar, pulso rápido, hipertensión, palidez, sudores, temblores y otros síntomas).
- Emociones como miedo, temor, ansiedad, angustia.
- Alteraciones cognitivas: preocupación, inseguridad, indecisión.
- Alteraciones de conducta: agitación, inhibición, fugas, etc.

A estos síntomas de estrés pueden asociarse, en mayor o menor medida, las siguientes reacciones:

- *Pena o duelo*, por las pérdidas sufridas, ya sean de seres queridos o de bienes materiales. La reacción de duelo suele evolucionar por medio de una serie de fases o etapas. Tras una primera fase de negación de la pérdida, el individuo puede reaccionar con rabia para deprimirse posteriormente hasta que la pérdida es aceptada.
- *Sentimientos de culpa*. La persona puede llegar a reprocharse inadecuadamente que si hubiera actuado de otra forma o hubiera estado en otro lugar las consecuencias pudieran haber sido otras. Puede sentirse avergonzado por haber experimentado menos daños que otras personas o no haber hecho más para evitar su daño. Incluso por irracionales y sin sentido que parezcan estos autorreproches pueden llegar a ser de tal intensidad que mantengan atormentado al individuo.
- *Rabia*. El sujeto afectado descarga su irritación sobre aquellos a los que considera responsables, lo que puede incluir a las autoridades que no supieron prevenir el desastre, a los equipos de rescate por considerar que no actuaron con suficiente celeridad y generosidad, incluso hacia Dios “por haber permitido que eso ocurriera”. Tampoco es raro que se elijan determinados “chivos expiatorios”, en individuos o colectivos sobre los que descargar la tensión acumulada.

- *Ansiedad anticipatoria*. Cuando el desastre ha pasado muchas personas se muestran temerosas ante la posibilidad de nuevos daños, pudiendo sentirse constantemente amenazadas y necesitadas de que se les brinden continuas muestras de seguridad, incluso diciéndoles que la catástrofe no ha de repetirse. Estos individuos tienen el riesgo de desarrollar conductas de abuso de sustancias (medicamentos, alcohol, etc.).
- *Aislamiento social*. En el contexto de la catástrofe el sujeto puede sentirse inerme, aislado y solo. Experimenta un distanciamiento emocional de los demás, a los que consideran ajenos, y piensa que difícilmente pueden entender por lo que él está pasando ni que puedan compartir su dolor. Ello puede desencadenar dificultades interpersonales añadidas o desenterrar conflictos latentes de pareja o familiares, ensombreciendo el pronóstico.
- *Depresión*. Puede darse un síndrome depresivo más o menos completo. En las catástrofes confluyen varios factores que pueden desencadenar un episodio depresivo, como son el agotamiento, las pérdidas sufridas o la nueva situación de incertidumbre surgida tras el desastre.
- *Reaparición de problemas* o síntomas psíquicos ya resueltos con anterioridad, pero que las especiales circunstancias vividas en la catástrofe permiten que se hagan de nuevo presentes con gran intensidad (conflictos personales, familiares, laborales).
- *Reacciones diferidas*. Secuelas postraumáticas de aparición retardada que generalmente se engloban dentro del llamado “trastorno por estrés postraumático”.

Con cierta frecuencia se dan combinaciones de las anteriores. Además se producen alteraciones de las relaciones interpersonales y un clima muy favorable para la propagación y aceptación de rumores. Las consecuencias negativas se traducen en conductas dominadas principalmente por:

- a) Pasividad.
- b) Aislamiento.
- c) Angustia.
- d) Desesperación.

4.6.4. Intervenciones en el área de la salud mental

La intervención debe perseguir la rápida restauración de los recursos internos del sujeto afectado, devolviéndole su funcionamiento adaptativo y sus sentimientos de autoestima y eficacia. Las medidas sencillas, sin esfuerzos terapéuticos intensivos, resultan muy eficaces.

A) Medidas para controlar las respuestas fisiológicas

- *Tranquilizar al sujeto.* Explicándole el significado y alcance de sus síntomas, sobre todo haciéndole ver que se trata de una reacción transitoria a la situación vivida. Puede ayudar alguna técnica sencilla de relajación. Si la ansiedad es intolerable para el paciente o crea una situación de riesgo (personal o para el grupo) puede recurrirse a la administración de un fármaco tranquilizante, como se comenta más adelante.
- *Favorecer la liberación* de la tensión emocional provocada por la catástrofe. Se debe favorecer esta liberación, permitiendo que el sujeto hable y exprese sus emociones (crisis de llanto, descargas de agresividad verbal). También puede provocarse la descarga tensional con la simple incitación para que describa cómo ha percibido la situación y lo que ha sentido. Es necesaria una escucha empática, sin pronunciar juicios de valor, ayudando a ventilar y desahogar las emociones contenidas. Ello puede contribuir a disminuir el riesgo de aparición de secuelas postraumáticas.

B) Medidas para modificar conductas inadecuadas

Se consigue evitando que el individuo se entregue al desconcierto y a la pasividad. En general se persigue que el afectado conozca que está teniendo reacciones normales ante circunstancias anormales y que el sentirse mal no tiene que dañar su autoestima ni debe sentirse culpable. Para ello hay que procurar:

- *Mantenerle ocupado.* Hay que evitar que el superviviente se entregue al desconcierto y a rumiar lo sucedido. Ocuparle en tareas sencillas de rescate o similares puede hacer que el sujeto se sienta más fuerte y seguro de sí mismo de cara a sus miedos y amenazas. Por el contrario, hacerle desempeñar un papel pasivo y dependiente de la ayuda del entorno fomenta sentimientos de inseguridad e incompetencia para hacer frente a sus temores y facilita la cristalización de un trastorno psíquico postraumático. Realizar ejercicios físicos moderados, alternados con relajación y mantenerse en una ocupación puede ser de gran ayuda. Cuanto antes retorne el individuo a una ocupación con regularización de horarios para comer, trabajar y descansar, el pronóstico será más favorable. Es recomendable que tome pequeñas decisiones cotidianas, pero que no tome decisiones drásticas o importantes durante este período.
- *Que no se sienta solo* ni permanezca aislado. Para que pueda liberar sus tensiones, compartiendo sus sentimientos y pensamientos con los demás. Que tenga una visión más objetiva de su situación que le permita salir de sí mismo y ayudar a los demás.

C) Medidas para evitar la aparición de secuelas postraumáticas

Los sujetos involucrados en una catástrofe deben asumir que, durante un tiempo, seguirán afectados por los recuerdos penosos de la situación. Con frecuencia presentarán sueños, imágenes y pensamientos recurrentes acerca del acontecimiento. Estos fenómenos son normales en los primeros momentos, con el paso del tiempo disminuyen y se hacen menos dolorosos. Forman parte del proceso de integración de la experiencia catastrófica.

- Si el sujeto es capaz de aceptar los sueños, imágenes y pensamientos recurrentes acerca del acontecimiento traumático como parte del proceso curativo, más que como síntomas de una enfermedad, podrá afrontarlos de una manera más saludable; se le informará e indicará que no intente combatirlos, sino que haga o piense en cosas que le hagan sentir bien para contrarrestar sus efectos.
- Ante el riesgo de abuso de sustancias, se le indicará que no trate de aliviar las penas ahogándolas en alcohol o consumiendo otras sustancias, para que no se complique su situación.

4.6.5. Apoyo social: conducta que se ha de seguir por familiares y amigos de los afectados

El apoyo social es un factor importante para reducir el impacto de un acontecimiento traumático. Por una parte, es importante que el sujeto afectado tenga la convicción de que está apoyado y puede contar con la ayuda de compañeros, familiares, amigos o instituciones. Por otra parte hay que contribuir para que este apoyo sea real y se materialice en las ayudas y apoyos que pueda recibir posteriormente.

El apoyo social puede ser prestado tanto por los compañeros, otros afectados o bien por los familiares. Las personas del entorno que han sido afectadas por la misma situación traumática se encuentran en la mejor situación para comprender a los afectados, a veces su apoyo y consejo resulta determinante para la resolución de la crisis.

A veces ocurre que el sujeto afectado puede sentirse incomprendido por familiares o amigos que, al no haber vivido la situación, les resulta muy difícil entenderla. Otras veces los familiares se muestran excesivamente protectores con el sujeto afectado, fomentando, involuntariamente, actitudes de dependencia pasiva que pueden dificultar su recuperación posterior.

En los grupos organizados (equipos de salvamento, organizaciones militares o paramilitares) la confianza en el mando y en los camaradas constituye uno de los factores más importantes para la seguridad de los individuos.

En general las actitudes que se recomiendan a los familiares o amigos del sujeto afectado consisten en medidas sencillas como:

- Evitar que se sienta solo: acompañarle, pasar tiempo con él, prestarle atención.
- Escucharle y tranquilizarle sobre sus miedos irracionales, asegurándole que se encuentra a salvo y sobre todo permitirle el desahogo emocional, como la liberación del llanto o de la rabia contenidos.
- Es necesario también facilitarle el descanso, ayudándoles en las tareas y responsabilidades diarias.
- Respetar su silencio e intimidad. Cada persona tiende a elaborar las situaciones según su personal forma de ser y puede necesitar intimidad y silencio. Estas actitudes deben ser comprendidas y aceptadas por el entorno.
- No se deben imponer los puntos de vista de familiares o amigos que no estuvieron presentes en aquella situación y expresiones como: “Ha habido gente que ha tenido peor suerte”, “Tienes que hacer por superarlo”, proporcionan poco consuelo y pueden ser contraproducentes. Por el contrario una actitud de respeto, atenta escucha y apoyo a la liberación emocional puede producir resultados positivos.

4.6.6. Los líderes y autoridades en general

En el desarrollo de los programas de prevención y tratamiento el papel de los líderes es fundamental. El líder puede activar los sistemas de apoyo, su organización y desarrollo. Puede infundir confianza y reducir la ansiedad antes, durante y después de la situación de catástrofe.

Deberá ser competente y experto en materia de gestión de crisis, de gestión de la fase de alerta y de reorganización social. A él le incumben la responsabilidad y la prerrogativa de la organización de auxilios, del filtro de la convergencia de las poblaciones cercanas y de la relación con los medios de comunicación.

Además, el líder deberá conocer la existencia de diferentes tipos de reacciones colectivas, así como las medidas sociales preventivas que se deben adoptar.

La información que proporciona el líder es esencial. La falta de información produce sentimientos de indefensión y conduce a rumores y a la desconfianza.

La información, incluso si es desfavorable, anima las capacidades de respuesta de la población y refuerza la confianza en el líder, que así es percibido como preocupado e interesado en el control de la nefasta situación. Es mejor que las malas noticias procedan de una fuente autorizada, en lugar de que sean propagadas como un rumor.

Es deseable asimismo que los propios medios de comunicación posean una formación específica para este tipo de situaciones catastróficas. Deben garantizar una información objetiva, que redunde en la reducción de comportamientos inadaptados. No deben olvidarse las obligaciones éticas concernientes a la explotación de imágenes espectaculares y morbosas que tienen unas repercusiones emocionales nefastas sobre la población.

Los líderes, cuando aparecen sobre el terreno, deben mostrar un comportamiento

tranquilo, responsable y en armonía con el de los socorristas. Se recomienda que no se inmiscuyan en la selección médica, ni en los criterios de evacuación, ni en los actos terapéuticos.

En la [figura 4.4](#) se resumen estas medidas.

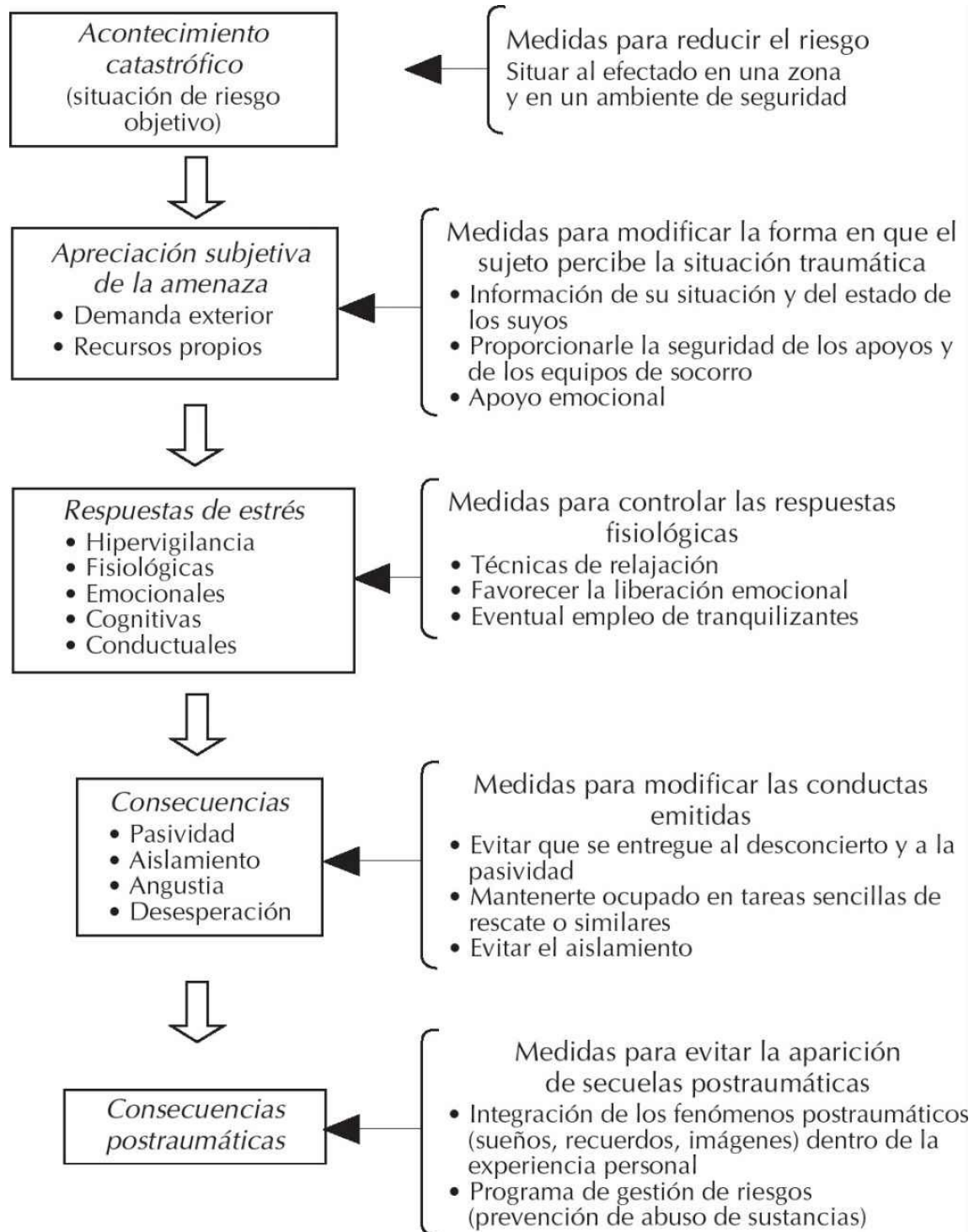


Figura 4.4. Actuación sobre las reacciones inmediatas poscatástrofe.

4.7. Tratamiento farmacológico

4.7.1. Consideraciones previas

Antes de iniciar un tratamiento psicofarmacológico es necesario:

A) Diagnóstico preciso

Se debe conocer el problema psicológico-psiquiátrico sobre el que se va a intervenir, la severidad del mismo, los riesgos que conlleva, así como el momento evolutivo en el que se encuentra el sujeto de la intervención.

En las catástrofes se pueden plantear distintas necesidades: las repercusiones psíquicas (subjetivas) de las lesiones físicas (dolores, incapacidades), el miedo a la muerte o las frustraciones ante las pérdidas sufridas. Los síntomas suelen ser de difícil sistematización, variados y variables como:

- Ansiedad, temor, inseguridad, irritabilidad, insomnio.
- Reacciones de abatimiento y aflicción.
- Depresiones francas con riesgo suicida.
- Quejas hipocondríacas.
- Negación de la realidad, regresión, rebeldía, dependencia.
- Proyección de la culpa y la hostilidad sobre el entorno (dirigentes, equipos de rescate).
- Agitación psicomotriz.
- Comportamientos inusitados o extraños.

Además es importante el conocimiento de la personalidad del afectado y los soportes psicosociales, así como el estudio de los antecedentes psiquiátricos, sobre todo en pacientes de alto riesgo.

B) Medios y posibilidades reales del terapeuta

¿Qué tratamiento es el más aconsejable? ¿Son imprescindibles los psicofármacos? La elección de los diferentes tipos de tratamiento depende no sólo de parámetros médicos, sino también de otros factores como puede ser la localización geográfica (accesibilidad), hora, medios de transporte, así como de una serie de condiciones materiales y personales.

De forma prioritaria se atenderán las lesiones físicas. Los heridos físicos, con independencia de la naturaleza e intensidad de los síntomas de expresión psiquiátrica, se dirigirán en primer lugar hacia los equipos médicos correspondientes. Esta derivación no dispensa de la administración al lesionado de un producto tranquilizante o sedante, así

como de intervenciones psicológicas o psiquiátricas posteriores.

En la mayor parte de los afectados psicológicamente por la catástrofe que no tengan lesiones físicas o trastornos psiquiátricos específicos se tenderá, en lo posible, a evitar la evacuación y la hospitalización consiguiente. En estos casos son especialmente útiles los principios de proximidad, inmediatez y la expectativa de recuperación, evitando etiquetas psiquiátricas y el desarrollo de cuadros crónicos regresivos que una vez instaurados son difíciles de tratar. Una intervención rápida, sencilla, flexible y adaptada a la realidad de la situación, así como el apoyo social pueden ser suficientes.

4.7.2. Intervención en los estados de agitación aguda

Un cuadro de agitación aguda consiste en un aumento, desproporcionado o inadecuado, de la actividad motriz de un sujeto. Su intensidad y duración son variables y dependen, por una parte, de las causas que han producido el cuadro y, por otra parte, de las actitudes del entorno que envuelve al sujeto. La agitación constituye una urgencia que necesita una intervención específica inmediata. Conlleva el riesgo del “paso al acto” (*acting out*), es decir, desencadenar, con un carácter impulsivo, un acto violento, auto o hetero-agresivo.

En las situaciones de catástrofe, la agitación no implica necesariamente la existencia de un trastorno subyacente (psiquiátrico u orgánico) y puede, incluso, no ser una conducta patológica, si se consideran las circunstancias extremas de riesgo o peligro a las que se encuentran sometidos los sujetos implicados. Pueden ser cuadros comprensiblemente relacionados con las circunstancias y controlables.

Otras veces la agitación puede ser la expresión motriz de un trastorno más severo (psiquiátrico u orgánico), en cuyo caso se suele acompañar de los síntomas característicos del trastorno subyacente (alteraciones del estado de ánimo, confusión mental, alteraciones de la forma y contenido del pensamiento, etc.). Este tipo de agitación es más difícil de controlar y requiere una intervención médica para descartar una alteración orgánica como causa principal e instaurar el correspondiente tratamiento específico, hasta que sea posible la evacuación del sujeto, para un tratamiento psiquiátrico especializado.

La *entrevista y exploración del sujeto* agitado debe realizarse en un ambiente de tranquilidad, relativamente aislado, alejado de las personas y de las situaciones de inquietud o percibidas como amenazantes. En un primer momento se puede permitir acompañar al sujeto afectado por alguna otra persona de su confianza con la que se sienta seguro. El examinador procurará infundir al afectado seguridad y tranquilidad. El paciente ansioso y agitado es muy sensible a los temores del entorno y, especialmente, del médico y equipo cuidador.

- De entrada se acreditará ante el sujeto afectado la identidad y función del médico o terapeuta que intervenga y se presentará igualmente al resto de las personas que puedan estar presentes en la entrevista y en la intervención.

- Las personas desconocidas y silenciosas incrementan la angustia del sujeto afectado.
- Se le explicará al sujeto, con un lenguaje sencillo y comprensible, las razones que han motivado la intervención y el objeto de la misma. Le aseguraremos la confidencialidad de la actuación.
 - Se le intentará hacer comprender que “estamos allí para ayudarle en sus dificultades actuales, en la medida de nuestros medios”.
 - A continuación se le pedirá al paciente que describa su estado y los acontecimientos que lo han producido, tal y como los ha vivido o experimentado. A ser posible, resulta conveniente dejarle exponer los hechos y sus interpretaciones de los mismos sin interrumpirle. La escucha atenta, la comprensión empática, la facilitación de la ventilación emocional, tienen un efecto terapéutico inmediato sobre las crisis. Con frecuencia “el desahogo verbal” puede determinar la resolución completa del episodio crítico.
 - Conviene recordar que, en el marco de la situación de catástrofe, la atención a los afectados no persigue la obtención de un *dossier* clínico completo, datos biográficos que pueden ser útiles para objetivos terapéuticos a medio o largo plazo, aquí deben ser pospuestos y la atención se centrará sobre todo en aquellos elementos cruciales y necesarios para una evaluación de urgencia.
 - A veces puede ocurrir que el sujeto se muestre receloso y reticente a hablar de su problemática. En este caso una actitud pasiva de escucha, no intervencionista, puede ser mal interpretada por el sujeto como rechazo o indiferencia, llegando, en lugar de tranquilizarle, a incrementar su agitación. Para ayudar a reducir la reticencia del sujeto, puede ser más conveniente una actitud más directiva por parte del equipo terapéutico, proporcionarle datos concretos de la situación en que se encuentra, responder a sus preguntas, clarificar sus dudas y reformular la demanda asistencial.
 - Una vez que se ha recogido toda la información significativa, la entrevista no puede concluirse sin proporcionar al sujeto la información del resultado y las conclusiones de la evaluación, así como de las medidas terapéuticas que se estimen necesarias. Se prestará una especial atención a la forma como se le comunicará la información pertinente al sujeto, así como a sus familiares o próximos que se estime necesario. Se procurará emplear un lenguaje claro, sencillo y exento de tecnicismos psiquiátricos, evitando crear alarmas infundadas. Si es necesaria la administración de un tratamiento sedativo medicamentoso se informará al sujeto de los efectos que se persiguen con el mismo, así como de los posibles efectos secundarios, y se solicitará su conformidad.

4.7.3. Casos particulares: el sujeto inabordable o peligroso

Puede ocurrir que se trate de un sujeto con el que sea imposible mantener un diálogo, que rechace o se oponga a toda intervención y en el que pueda apreciarse el riesgo de un acto violento. En este caso se imponen una serie de precauciones que garanticen la seguridad del sujeto y de su entorno:

- La entrevista e intervención no debe realizarse en una habitación aislada sin posibilidad de recibir una ayuda rápida y eficaz. La presencia de colaboradores en número suficiente puede bastar para reducir la posibilidad de una agresión. En ausencia de colaboradores se recurrirá a las fuerzas del orden para que procedan a la reducción física del potencial agresor.
Antes de liberar a un paciente que ha precisado contención física se debe estar muy seguro de que no se mostrará agresivo cuando sea liberado y se ponga en peligro la seguridad del paciente y del personal que le atiende.
No resulta incongruente, en estas condiciones, realizar la evaluación del mismo mientras está contenido físicamente.
- La aproximación a este paciente debe hacerse de modo que éste pueda contemplar a su interlocutor de forma inmediata, evitando aparecer por sorpresa o por detrás.
Los gestos, movimientos y desplazamientos que se realicen delante del paciente no deben ser bruscos, imprevisibles o que den la impresión de amenaza. Conviene mantenerse a una distancia suficiente (unos 2 metros), frente al paciente, procurando mantenerse quieto y tranquilo (evitando los desplazamientos por la habitación).
- Se procurará hablarle de forma calmada, procurando infundirle confianza, informándole de forma clara, breve y concisa sobre la identidad del terapeuta y la naturaleza de la situación. La confrontación verbal con el paciente no sirve de ninguna utilidad.
- La administración de un tratamiento sedativo intramuscular para contener la agitación del paciente requiere un número suficiente de personas para inmovilizar al sujeto, el mantenimiento del contacto verbal con el mismo antes de inyectarle e informarle de lo que se le va a hacer y durante la inyección. Se le liberará progresivamente cuando la medicación sedativa produzca su efecto.

4.7.4. Tratamiento farmacológico de la agitación aguda

Se basa en dos grupos de productos:

A) Las benzodiacepinas

Las benzodiacepinas (BZP) son los tranquilizantes más empleados en psiquiatría de urgencia, pueden considerarse la mejor arma terapéutica en el tratamiento de la ansiedad. Son muy manejables y sus únicas contraindicaciones absolutas son la insuficiencia respiratoria avanzada y la miastenia, el resto de complicaciones son raras, aunque se hayan descrito cuadros de excitación paradójica.

La diferencia entre dosis terapéutica y dosis letal es lo suficientemente amplia como para garantizar un amplio margen de seguridad en su empleo.

Todas las BZP tienen actividad ansiolítica, sedativa/hipnótica, anticonvulsivante, relajante muscular y anestésica en diverso grado, y se diferencian principalmente por sus características farmacocinéticas.

El empleo de una u otra BZP depende de una serie de parámetros, como son la velocidad de absorción, la duración de sus efectos y su potencia relativa.

Casi todas las BZP son metabolizadas en el hígado en mayor o menor medida. Así en los pacientes de edad avanzada o en casos de alteraciones hepáticas es aconsejable disminuir las dosis y preferiblemente optar por una BZP loracepam, que tiene una mayor tolerancia.

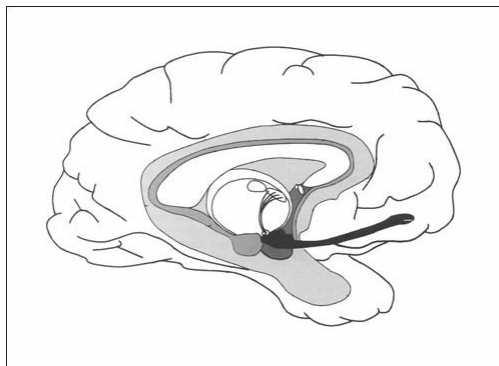
Con la BZP elegida debemos considerar, siempre, no prolongar innecesariamente el tratamiento, ante la posibilidad de crear una dependencia farmacológica.

También se debe evitar siempre la retirada súbita del fármaco, pues podría aparecer sintomatología de abstinencia (inquietud, insomnio, náuseas, vómitos, hiperactividad vegetativa, irritabilidad, temblor, entre otros).

En la [figura 4.5](#) se resumen las características principales de este grupo de fármacos.

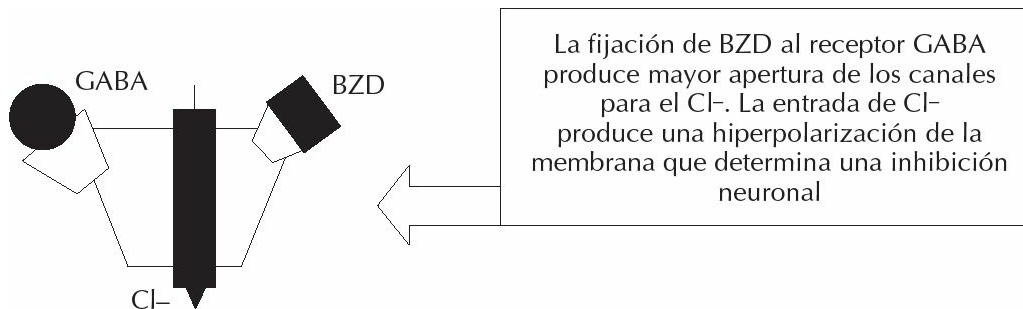
Concepto: Las benzodiacepinas (BZP) son fármacos ansiolíticos, cuya indicación principal es el tratamiento sintomático de la ansiedad.

Acciones farmacológicas: actividad ansiolítica, sedativa, hipnótica, anticonvulsivamente, relajante muscular y anestésica.

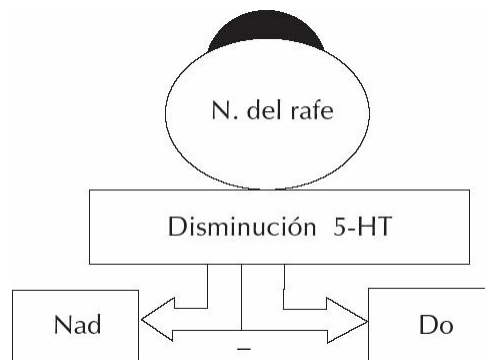


Mecanismo de acción: actúan en:

- Sistema límbico.
- Amígdala.
- Hipocampo.



- Directamente incrementando la función del GABA, que es el principal neurotransmisor inhibitorio del SNC.
- Indirectamente, inhibiendo la actividad 5-HT (serotoninérgica) de los núcleos del rafe que afectan a otros sistemas de neurotransmisión (Nad, Do, Ad)



Tipos: las BZP se diferencian por:

- Comienzo de acción (depende de su absorción y captación por el SNC). (*cloracepato* y *diacepam* tienen un comienzo de acción muy rápido).
- La duración de sus efectos (depende de la vida media de eliminación, distribución y metabolitos activos). Se distinguen BZD de vida media.

Corta

- Bentazepam
- Oxazolam
- Triazolam

Intermedia

- Alprazolam
- Bromacepam
- Loracepam
- Lormetacepam

Prolongada

- Clonacepam

- Cloracepato
 - Clordiacepóxido
 - Diacepam
- Por su potencia: Baja (+), Intermedia (++) y Alta (+++) + (clordiacepóxido); ++ (diacepam, cloracepato); +++ (loracepam, alprazolam)

Figura 4.5. *Características de las benzodiacepinas.*

Las agitaciones agudas que se producen en las situaciones de catástrofes suelen ceder básicamente con las benzodiacepinas (BZP), por lo que se aconsejan en primera intención.

- La administración oral tiene la ventaja de la absorción rápida del producto en la parte superior del aparato digestivo: el diacepam (Valium®) actúa en 15 minutos después de su ingestión y, si se quiere una acción todavía más rápida, se puede recurrir a la administración sublingual de loracepam (Orfidal® o Idalprem®), que produce un efecto casi inmediato.
- En situaciones de urgencia (paciente agitado) puede ser necesaria la administración intramuscular. Esta vía, si bien determina una absorción lenta, irregular e incompleta del producto, es eficaz, porque no deja lugar a dudas sobre la toma real del producto. Además tiene un efecto de sugestión importante, no es raro que el sujeto se calme antes de que el efecto farmacológico tenga lugar, simplemente bajo la acción del pinchazo.
- Las dosis deben reducirse, prudentemente, en personas mayores y en casos de insuficiencia renal o hepática, particularmente sensibles a los efectos sedativos.
- Las BZP pueden utilizarse también para favorecer el sueño, en el insomnio transitorio que con frecuencia pueden presentar estos sujetos (BZP de vida media corta), durante un máximo de 3 semanas.

B) Los neurolépticos

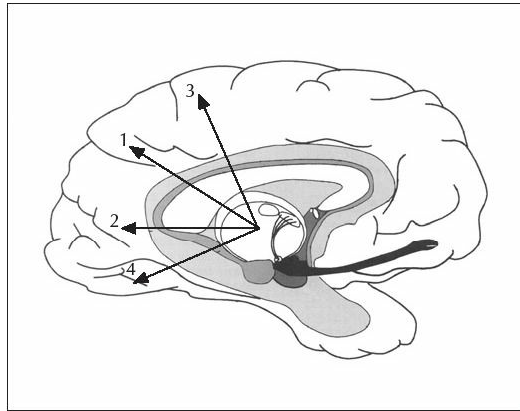
Constituyen un grupo heterogéneo de sustancias que se emplean generalmente como antipsicóticos y tienen un componente sedativo de una potencia global superior a la de los tranquilizantes, aunque su grado y duración son diferentes para cada producto. Su manejo es delicado por sus efectos secundarios (neurológicos, vegetativos, digestivos, metabólicos, endocrinos, alérgicos, tóxicos o psíquicos).

Sus principales características se resumen en la [figura 4.6](#).

Concepto: Los neurolépticos (NL) o tranquilizantes mayores, son fármacos que se emplean básicamente para reducir los síntomas de las psicosis (esquizofrenia, manía) pero también para reducir las agitaciones graves.

Se caracterizan por ser antagonistas de los receptores dopaminérgicos D2 de todas las vías:

- (1) Mesolímbica.
- (2) Mesocortical.
- (3) Nigroestriatal.
- (4) Tuberoinfundibular.



También tienen efectos sobre otros neurotransmisores.

Actividad: Los NL se pueden ordenar por su actividad sedativa:



Levomepromacina Tioridacina Clorpromacina Haloperidol Tioproperacina

Efectos secundarios:

- Sedación excesiva
- Hipotensión
- Visión borrosa
- Sequedad de boca
- Retención urinaria
- Alteraciones cardiacas
- Alteraciones hormonales
- Estreñimiento
- Extrapiramidalismo
- Acatisia (inquietud)
- Discinesias
- Síndrome neuroléptico maligno

Neurolepticos atípicos: Otros NL de aparición más reciente que unen a la acción antidopaminérgica, la acción antiserotoninérgica, que reduce los efectos secundarios.

Figura 4.6. Características de los neurolepticos.

Las indicaciones principales de los neurolepticos las constituyen los cuadros de agitación intensos que aparecen en el curso de los estados delirantes, ya sean orgánicos o funcionales, en los sujetos con trastornos severos de la personalidad y sobre todo los

sujetos muy violentos. La vía intramuscular es la más recomendable en estas situaciones.

4.7.5. Posología orientativa

En general, en episodios agudos de agitación se recomiendan como orientativas las siguientes pautas de tratamiento farmacológico ([cuadro 4.1](#)).

Cuadro 4.1. *Tratamiento farmacológico de los cuadros de agitación aguda*

-
-
- *Agitación leve.* Por vía oral, alguna de las pautas siguientes:
 - 1 mg de loracepam (*Orfidal*[®] o *Idalprem*[®]) cada 8 horas.
 - 5 a 10 mg de cloracepato (*Tranxilium*[®]) cada 8 horas.
 - 5 mg de diacepam cada 8 horas.
 - *Agitación moderada.* Por vía oral, alguna de las pautas siguientes:
 - 2 a 5 mg de loracepam (*Orfidal*[®] o *Idalprem*[®]) cada 8 horas.
 - 15 a 50 mg de cloracepato (*Tranxilium*[®]) cada 8 horas.
 - 10 mg de diacepam (*Valium*[®]) cada 8 horas.
 - *Agitación intensa.* Será preferible la vía intramuscular, las pautas recomendadas son:
 - Medidas físicas de contención.
 - 50 a 100 mg de cloracepato (*Tranxilium*[®]) o
 - 10 a 20 mg de diacepam (*Valium*[®]), que se pueden repetir hasta lograr la ansiólisis o la sedación.
 - *Agitación con importante riesgo auto o heteroagresivo.*
 - Medidas físicas (*sujeción mecánica*).
 - Sedación farmacológica por vía intramuscular: con BZP como en el punto anterior o en caso de intensa agitación, se recurrirá a la administración de neurolépticos del tipo siguiente: 5 mg de haloperidol asociado a 25 mg de levomepromacina (*Sinogán*[®]), que se puede repetir cada 6 u 8 horas hasta lograr la sedación.

Nota: entre paréntesis se incluyen los nombres comercializados en España.

4.8. Técnicas de intervención: *defusing* y *debriefing*

4.8.1. Consideraciones generales

Las normas generales que deben considerarse antes de iniciar un tratamiento psicológico individualizado se resumen el [cuadro 4.2](#).

Cuadro 4.2. *Normas generales antes de iniciar un tratamiento*

1. Evaluar si es realmente necesaria la intervención.
2. Determinar el comienzo del tratamiento.
3. Permitir la expresión de las reacciones emocionales de los pacientes.
4. Establecer con los pacientes unas relaciones que les proporcionen seguridad.
5. Ayudar al paciente a redefinir sus reacciones y su propio papel de afectado.
6. Controlar la información normativa que se da a los pacientes.
7. Ser conscientes de otras reacciones de los pacientes (sentimientos de culpa: por la catástrofe y por haber sobrevivido).
8. Asegurarse de que las expectativas de los pacientes sean realistas.

Los objetivos y técnicas terapéuticas deben adaptarse a la naturaleza específica del problema que presenta cada sujeto.

Las intervenciones deben evitar hacer daño y empeorar aún más la situación de los sujetos afectados. No se deben emplear tratamientos ineficaces, o de difícil aplicación, que pospongan el empleo de otras técnicas más eficaces. Tampoco deben prodigarse intervenciones de forma indiscriminada. La mayor parte de los afectados por la catástrofe suelen recuperarse, ya sea espontáneamente o con la ayuda de los equipos de intervención y apoyo social. Por ello, previamente, debe evaluarse la necesidad de intervención psicológica.

Un porcentaje de individuos, que varía con las características de la catástrofe, puede desarrollar secuelas postraumáticas, en relación con los sentimientos y recuerdos del acontecimiento traumático. El primer objetivo de estas intervenciones se centra en prevenir la aparición de este tipo de alteraciones. Destacan dos técnicas específicas denominadas, en inglés, *defusing* y *debriefing*, respectivamente.

4.8.2. *Defusing* (desactivación emocional)

El *defusing* (desactivación) es una técnica relativamente sencilla, que no requiere especialización técnica y por tanto está al alcance del personal que interviene en los equipos de socorro o de apoyo psicológico. Por medio de una entrevista (conversación) dirigida, se persigue la “desactivación” de las reacciones emocionales de las personas que han estado expuestas a situaciones de catástrofe. Se trata de proporcionar un “techo y una almohada psicológica” a la persona para que se sienta a cubierto, se apoye, descargue y libere emociones contenidas.

Esta técnica se puede realizar en cualquier lugar, siempre que sea un lugar seguro (refugio) teniendo en cuenta el caos y la destrucción que se produce en tales situaciones. La duración es corta y es un método eficaz, para evaluar y aliviar los primeros síntomas a los sujetos afectados emocionalmente, ayudándoles a procesar la información y a explicar las reacciones y los sentimientos que tienen en esos momentos.

La técnica se desarrolla en una serie de etapas:

1. *Toma de contacto*. En un primer momento se recomienda aproximarse,

presentarse. Puede ser útil ofrecer (si es posible) una bebida o un cigarrillo. Se le expresa la disposición para escucharle y prestarle ayuda. Se debe actuar con delicadeza, sin presionar al sujeto, evitando expresiones del tipo “tienes suerte de estar vivo”. Una vez establecida la toma de contacto, puede pasarse a la fase siguiente.

2. *Evaluación.* Evaluar las capacidades de la persona para salir adelante por sus propios medios, o por el contrario, si precisa ayuda. Cuando la persona está preocupada y se siente incapaz de salir adelante, son útiles las preguntas abiertas sobre sus preocupaciones y las ofertas de ayuda que se puedan cumplir.
3. *Relato de los acontecimientos.* Proporciona información significativa sobre los riesgos a los que estuvo expuesta la persona, experiencias fuera de contexto, u otros estímulos traumáticos que pudieron afectarle y hacerle sentirse mal. Por otra parte, describir los hechos resulta más fácil que referir los pensamientos y sentimientos asociados.

Pueden resultar útiles las siguientes preguntas:

- *¿Dónde te encontrabas cuando ocurrió el desastre?*
- *¿Qué hiciste en primer lugar? ¿Después qué fue lo que hiciste?*
- *¿Qué cosas recuerdas haber visto, oído y escuchado?*
- *¿Dónde estaba tu familia? ¿Dónde estaban las demás personas?*
- *¿Alguien te dijo algo que recuerdes de forma especial?*
- *¿Cómo te ha afectado esta experiencia? ¿Cómo ha repercutido en tu familia, trabajo o vida social?*

4. *Fase de los pensamientos asociados.* Partiendo de la descripción de los hechos que el sujeto ha proporcionado, se pueden hacer preguntas sobre los pensamientos asociados a cada uno de los momentos.

Las siguientes preguntas pueden resultar útiles:

- *¿Al oír hablar de la proximidad del desastre, cuál fue tu primer pensamiento?*
- *¿Cuáles fueron tus primeros pensamientos cuando se desencadenó todo?*
- *¿Qué fue lo primero que pasó por tu cabeza cuando te asustaste por el ruido fuerte del ...?*
- *¿En qué pensabas cuando te evacuaban?*
- *¿En qué piensas ahora, aquí y en estos momentos?*
- *¿Qué pensamientos persisten en tu mente?*
- *¿Hay algún pensamiento en particular que esté dando vueltas una y otra vez en tu cabeza?*

5. *Pregunte sobre los sentimientos.* Use la misma descripción de pensamientos que los propios sobrevivientes le han proporcionado cuando les pregunte acerca de sus experiencias emocionales. Recuerde que la descarga emocional es una intervención breve y evita la exploración a fondo y el apoyo continuado. Por lo tanto tiene que tener cuidado con las preguntas sobre los sentimientos.

Es importante no aumentar el grado de vulnerabilidad del sobreviviente para evitar causarle una ansiedad mayor que la que tiene. Obviamente, cuando hay premura de tiempo, evaluar la capacidad de tratamiento de la ansiedad de una persona resulta difícil, por lo que lo más adecuado es proceder de forma conservadora (controlando continuamente las reacciones del afectado mientras manifiesta sus sentimientos y se impone la necesidad de reenfocar su atención sobre el presente y orientar sus acciones sobre los pasos para resolver sus problemas.

Si es capaz de hablar sobre sus sentimientos, busque oportunidades para validar las reacciones emocionales y las preocupaciones comunes.

Hay que desdramatizar y no poner etiquetas patológicas a sus reacciones, infórmelos sobre las reacciones normales a acontecimientos anormales. Ayude para que comprendan el curso común de las reacciones traumáticas, proporcionándoles la oportunidad de discutir los pensamientos relacionados con el trauma y que no se cierren a los sentimientos producidos por esta experiencia. Sin embargo, sí puede servir para dar al sobreviviente un mayor sentido de control y prevenir los efectos adversos del embotamiento emocional o de los cuadros disociativos.

Pueden resultar útiles las siguientes preguntas:

- *¿Qué cosa del desastre te resultó más difícil o más dura?*
- *¿Cómo te encuentras sintiéndote desde que
sucedió?*
- *¿Cómo te sientes ahora?*

6. *Apoye, tranquilice.* Aunque está puesto en el último de los seis pasos, ofrecer apoyo, asegurar y proporcionar información se realiza a lo largo de toda la descarga emocional. Proporcionar apoyo a través de la escucha activa, dando información y ofreciendo ayuda práctica puede ayudar al sobreviviente a afrontar el aislamiento psicológico que a menudo acompaña a una experiencia traumática. La certeza sobre las reacciones normales al acontecimiento traumático puede mitigar su autocrítica y pérdida de autoconfianza.

La información sobre las reacciones de estrés comunes en los adultos, niños, personas mayores y las estrategias de tratamiento del estrés también puede mitigar la ansiedad y la preocupación, y les ayuda a afrontar los

sentimientos de impotencia o pérdida de control.

Cuando vea que está próxima la finalización de la entrevista de *defusing*, resulta importante evaluar el sistema de apoyo social con que cuenta el sujeto con el fin de determinar si precisa ayuda de los servicios especializados. También es importante que subraye el valor que el sistema de apoyo social puede tener en la recuperación del proceso. Ayudarle a poner en marcha estrategias de afrontamiento que antes le eran útiles puede resultar también una técnica adecuada.

De igual modo puede resultar útil ofrecer un folleto con las direcciones de los recursos comunitarios a los que puede recurrir en caso de necesidad, incluyendo los servicios de salud mental y los servicios sociales.

Las preguntas que pueden resultar adecuadas son las siguientes:

- *¿Qué es lo que te ha ayudado a afrontar esta experiencia?*
- *¿A quién, si es que hay alguien, le cuentas tus cosas?*
- *¿Qué cosas parecen ayudarte, sobre todo en los períodos particularmente difíciles?*
- *¿Qué cosas te han ayudado antes cuando experimentabas situaciones de especial estrés?*

En el transcurso de la mayoría de los *defusing*, las personas afectadas son capaces de descubrir y manifestar reacciones de estrés cuando refieren los hechos acaecidos, sus pensamientos y sus sentimientos, a la vez que se va produciendo un incremento gradual del sentido de comprensión sobre su estado psíquico y alivio sintomático.

Sin embargo, para un pequeño número de personas, el relato o el descubrimiento de las experiencias del desastre puede precipitar emociones intensas, confusión ideacional y conductas desinhibidas (arrebatos de ira, ideación suicida o ataques de pánico). Estas reacciones no son necesariamente causadas por el *defusing*; pueden aparecer de forma inmediata, incluso si son, en parte, reacciones a la experiencia de la descarga emocional (*defusing*).

De este modo el *defusing* ofrece una interesante oportunidad para evaluar a aquellos individuos de alto riesgo que de otro modo no hubiesen sido detectados. Para evitar incidentes serios y asegurar el éxito del método, siempre que sea posible realice una sesión de evaluación de *defusing* previa, con personas que puedan proporcionarle información veraz sobre el pasado, las vulnerabilidades y la salud mental del sobreviviente.

La evaluación debe incluir preguntas sobre:

- Reacciones disociativas y de estrés grave.
- Psicopatología previa.
- Traumatizaciones anteriores.

Se debe prestar una atención especial a los factores de riesgo potencial cuando se habla con un sobreviviente. Utilice los principios básicos de intervención en situación de desastre para ayudar a la persona a que reasuma su seguridad básica, sus actividades de la vida diaria y sus estrategias de afrontamiento del estrés.

- Determine si es urgente la asistencia médica/psiquiátrica y en ese caso solicite asistencia y transporte urgente hasta un lugar seguro.
- Identifique uno o dos problemas prácticos que son los que más incordian al sujeto y que le van a proporcionar un alivio significativo si se resuelven, aunque sea de forma parcial. Utilice la técnica de solución de problemas.
- Identifique los recursos sociales (personas o grupos) con los que pueda contactar el sujeto.
- Ponga en contacto a la persona con los servicios de asistencia, proporciónale un número de teléfono o acompañele hasta el sitio adecuado si tiene dudas acerca de su capacidad.

La sesión concluye con un resumen, destacando los aspectos más relevantes de las actividades realizadas y prescribiendo las recomendaciones que se consideren oportunas. Suele informarse al director de zona o responsable de que se ha finalizado.

4.8.3. *Debriefing* para situaciones de estrés

La técnica de grupos *debriefing* para situaciones de estrés es un método de intervención precoz sobre grupos de personas que han sido expuestas a situaciones altamente estresantes y que tienen el riesgo de desarrollar síntomas postraumáticos. En el sentido estricto del término, el *debriefing* es aplicable sobre aquellos equipos o grupos de intervención que previamente han sido entrenados e informados (*briefing*) de las tareas y riesgos que conllevan. En la sesión de *debriefing* el grupo (equipo) examina lo que ocurrió realmente en las actuaciones que se realizaron, las experiencias de cada uno de los miembros y se compara con lo previamente planeado.

Recientemente se está observando una difusión de las técnicas de *debriefing* para toda clase de personas involucradas en acontecimientos catastróficos, desde las víctimas a los diferentes tipos de intervinientes. La generalización abusiva de estas técnicas no está exenta de riesgos. Para que pueda realizarse la técnica *debriefing* con ciertas garantías de éxito, el grupo tiene que tener una estructura previa, un alto nivel de profesionalidad y competencia y un buen nivel de preparación para las tareas que se vayan a realizar.

Los grupos de *debriefing* tienen una serie de características:

- Los grupos de *debriefing* deben incluirse en el contexto de la autoayuda, apoyo por parte de los iguales (camaradas) y política de ayuda.
- Se trabaja el cambio desde la experiencia subjetiva hacia la experiencia aprendida.

- Son responsabilidad del líder. Los “clínicos” (equipo de salud mental) deben reservarse para las situaciones de alto riesgo (como el posible desarrollo de secuelas postraumáticas).

Dentro de los grupos de personas que intervienen en las catástrofes, serían susceptibles de aplicación de esta técnica las siguientes situaciones:

Grupo 1: equipo profesional

El personal de este equipo ha sido seleccionado de forma adecuada, tiene un alto nivel de entrenamiento, espíritu de equipo y está debidamente capacitado para llevar a cabo las tareas que se le encomiendan. Su capacidad de afrontamiento para el estrés en situaciones críticas es muy elevada, por lo que el riesgo de traumatización psicológica es mínimo e inversamente proporcional a su preparación.

Se utiliza esta técnica cuando aparecen dificultades (“las cosas no van bien”).

Grupo 2: equipo de reserva (cuando la preparación es inadecuada)

Este equipo está formado por la gente que puede ser movilizada en caso de emergencia, crisis o guerra. Realizan cada día sus trabajos normales, pero forman parte de un equipo virtual que puede ser convocado en caso de necesidad y están entrenados para ello. El riesgo de traumatización psicológica es mayor que en el equipo profesional, ya que su capacidad de afrontamiento para estas situaciones es menor (al menos de forma grupal, aunque individualmente pueda haber excepciones).

Para estos dos grupos son muy aconsejables las técnicas de *debriefing*.

Grupo 3: grupos naturales (sin preparación especial)

Están formados por gente que se constituye como una red social estable, pero sin el adecuado nivel cohesional exigido a los grupos. Se les moviliza en caso de emergencia, pero no han tenido un entrenamiento previo adecuado, ni están lo suficientemente preparados para asumir responsabilidades. Es posible que incluso tengan un pequeño *briefing* antes de actuar. El riesgo de traumas psicológicos en estos grupos es mayor que en el nivel anterior y las técnicas de *debriefing* en sentido estricto pueden no ser las más aconsejables.

Grupo 4: grupos aleatorios (no preparados para las situaciones de emergencia)

Estos grupos están constituidos por aquellos individuos que están en el lugar de la catástrofe o emergencia y se implican de forma espontánea en las tareas de ayuda y

rescate. El riesgo de traumatización psicológica es muy alto y, dado que sus responsabilidades formales en las labores llevadas a cabo difieren en gran medida de las realizadas por los otros niveles, no parece aconsejable utilizar con ellos técnicas de *debriefing*, aunque sí otras técnicas de grupo.

Grupo 5: grupos de víctimas

Son aquellos grupos formados por las víctimas. En muchas ocasiones las primeras acciones de rescate y ayuda provienen de los propios afectados mientras llegan los auxilios del exterior. Este grupo es el de mayor riesgo de traumatización psicológica, que será más grave cuanto mayor tiempo hayan estado expuestas a la situación traumática. Aquí resulta claro que no debe ponerse el apellido de *debriefing* a la terapia grupal que pueda aplicárseles y quizá sea más conveniente la intervención de forma individualizada; en todo caso necesitarían una especie de terapia grupal de apoyo.

Las situaciones de peligro o amenaza vital hacen que la gente busque compañía y protección en el grupo. Realmente hay pocas cosas que contribuyan tanto a fomentar la cohesión grupal como el hecho de compartir situaciones de peligro vital. Pertenecer a un grupo proporciona seguridad, confianza y fortaleza. El grupo proporciona apoyo social ofreciendo la sensación de pertenencia, inclusión, identidad, aceptación, amistad, contacto emocional, comunicación, información, ayuda y control social. Pero hay situaciones en las que las emociones personales derivadas de un acontecimiento traumático suponen una gran dificultad para la realidad grupal, en este caso el grupo no es el sitio más idóneo para comunicar e integrar experiencias. Otra limitación del grupo es el sacrificio de la autonomía individual en aras del bien común.

Los grupos formados por profesionales preparados para situaciones de catástrofes o emergencias han sido previamente seleccionados, educados y entrenados de tal forma que están preparados para realizar de forma reglada e incluso rutinaria las tareas más difíciles en situaciones complejas. Están motivados en la realización de estas tareas y se sienten orgullosos de realizarlas, ya que es para lo que se están preparando diariamente. Normalmente tienen también una estructura jerarquizada sin que esto impida una adecuada camaradería, precisamente por compartir situaciones de alto riesgo. Hemos dicho antes que el riesgo de traumatización psicológica en estos grupos es mínimo, por lo que es adecuado y conveniente realizar las técnicas de *debriefing* con ellos.

Los objetivos de los grupos de *debriefing* son los siguientes:

- Clarificar los conceptos erróneos acerca del acontecimiento y sus consecuencias.
- Iniciar la comunicación sobre el acontecimiento entre los participantes.
- Reforzar y profundizar en el aprendizaje obtenido con la experiencia.
- Fortalecer los lazos de cohesión grupal.
- Reconocer y aceptar emociones y reacciones al estrés.
- Facilitar la liberación de sentimientos de culpa.

- Preparar al grupo para la acción continuada.
- Evitar la encapsulización de las impresiones dolorosas.

Los grupos de *debriefing* están indicados:

- En las situaciones de estrés con alto potencial de efectos psicotraumáticos.
- Como parte de un programa de tratamiento de situaciones de estrés.
- Cuando ha habido un *briefing* previo.

Respecto al responsable o director de una sesión de *debriefing*, en los grupos de alto nivel de cohesión no se ha comprobado experimentalmente que sea más favorable que dirija el grupo un profesional de la salud (terapeuta) que un compañero caracterizado. Es más, en algunos grupos se ha observado que es contraproducente la intervención de un “agente externo”. El líder del grupo es su responsable, si debe cuidar de la seguridad de su gente y en definitiva procurarles bienestar, ¿por qué no puede dirigir las sesiones de *debriefing* de su gente? No hay ningún argumento científico en su contra, aunque sí puede que haya “opiniones personales” contrarias. Los jefes de equipo o líderes deberían estar instruidos en el tratamiento del *debriefing*, para que pudieran realizar ellos mismos las sesiones con su gente, sin intervención de personas extrañas, a menos que fuese necesario.

Una sesión de *debriefing* se desarrolla en una serie de fases o etapas. Mitchell (1996) propone las siguientes:

1. *Fase de introducción.* En la que se presentan los miembros del equipo (si los miembros se conocen de antemano, sobraría este punto). Se comentan los objetivos de la reunión, sabiendo que hay gente dispuesta a ayudarles y que tienen que comentar lo que les ha ocurrido y de qué modo les ha afectado.

Al ser una técnica de grupos los unos se pueden beneficiar de las técnicas de afrontamiento que han puesto otros en marcha y se pueden ayudar entre ellos.

Las reglas que deben presidir la reunión son:

- Confidencialidad.
- Hablar únicamente de uno mismo.
- No hay obligación de hablar si no se quiere.
- Respetar lo que dicen los otros.
- No hacer juicios de valor sobre aspectos técnicos.
- No hacer valer el rango en las interacciones con los demás.

2. *Fase de los hechos.* Cada participante (que quiera hablar) tiene que describir su papel durante la realización de los hechos: qué era lo que hacía en esos momentos y qué fue lo que ocurrió y qué sensaciones tuvo.

Algunas de las preguntas que se pueden hacer en esta fase son:

- *¿Te gustaría contarme lo que pasó realmente?*
- *¿Cómo se desarrollaron los acontecimientos?*
- *¿Qué es lo que viste y escuchaste?*
- *¿Qué hiciste?*

3. *Fase cognitiva.* Se comentan los pensamientos que tuvo cada participante durante la acción.

Algunas de las preguntas pueden ser:

- *¿Cuál fue el primer pensamiento que se te vino a la cabeza?*
- *¿Cuál fue tu primer pensamiento al enfrentarte a la realidad de la situación vivida?*
- *¿Qué piensas ahora que todo ha pasado?*
- *¿Te sigue rondando algún pensamiento acerca del acontecimiento vivido?*

4. *Fase de sentimientos.* Se reconocen los sentimientos y las reacciones afectivas que han acompañado al acontecimiento (antes, durante y después).

Clarificar que estos sentimientos o emociones son normales en situaciones anormales.

Ejemplos de emociones son el miedo, la cólera, la angustia. Las emociones siempre van acompañadas de síntomas neurovegetativos: desde reacciones vasomotoras de dilatación o constricción (rubor o palidez facial), intestinales (despeños diarreicos), circulatorias (taquicardias o aumento de la tensión arterial), vesicales (poliuria), etc.

En la emoción se suele producir un desequilibrio psíquico y somático que actúa como desencadenante de los mecanismos de adaptación del sujeto.

Posibles preguntas:

- *Intenta recordar y describir exactamente las sensaciones y emociones vividas.*
- *¿Cuál ha sido el peor momento? Descríbelo.*
- *En esa experiencia: ¿ha habido algo tan terriblemente malo que te gustaría no recordar?*
- *¿Cuáles son tus emociones actuales con respecto a ese acontecimiento?*
- *¿Te sientes intranquilo y sobreexcitado cuando recuerdas actualmente el acontecimiento vivido?*

5. *Fase de síntomas.* Revisión de los síntomas (motores, fisiológicos o cognitivos) del participante desde el comienzo de la acción hasta el momento actual.

Preguntas:

- *Intenta recordar y describir emociones, pensamientos y conductas que tú consideres no adaptativas.*
 - *Si te empezaste a sentir mal: ¿qué hiciste para encontrarte mejor?*
 - *¿Te queda, aún hoy, alguno de aquellos síntomas?*
6. *Fase de enseñanza.* Se debe explicar que los síntomas que están pasando son normales y adecuados a la situación vivida, así como informar de la posible aparición de otros síntomas, incluso aquellos que pueden aparecer diferidos, con el fin de prevenir el estrés postraumático. También se deben revisar los sistemas de afrontamiento que se están llevando a cabo y su eficacia.

Preguntas sugeridas pasado un tiempo prudencial (hasta un mes):

- *No te encuentras a gusto en el trabajo.*
- *Te encuentras mal psíquicamente.*
- *Tienes sueños recurrentes o pesadillas sobre el acontecimiento y no duermes bien.*
- *No tienes apetito.*
- *Si estás irritable y empiezas a tener problemas familiares, sociales o laborales.*
- *Si te encuentras despistado y no eres capaz de concentrarte en lo que estás haciendo.*

Si te está ocurriendo alguna de estas cosas, es conveniente que visites a un especialista para evitar que se agraven los síntomas.

7. *Fase de reentrada.* Consiste en un resumen de lo tratado y trazar guías de orientación para la utilización de las distintas técnicas de afrontamiento del estrés.

Preguntas y comentarios finales del grupo.

Proponer recursos adicionales a los participantes y evaluación de aquellos que pudieran ser susceptibles de ser tratados en la terapia individual.

Preguntas:

- *Antes de finalizar: ¿Alguien quiere hacer alguna pregunta o algún comentario? ¿Es necesario volver sobre algún punto? ¿Ha quedado algo sin tratar?*

4.9. Intervención sobre las secuelas agudas postraumáticas

4.9.1. Generalidades

Las reacciones postraumáticas son el resultado de la interacción entre el acontecimiento traumático, la personalidad del sujeto afectado y los factores medioambientales. Las secuelas postraumáticas, ya establecidas, se organizan en torno a los siguientes elementos:

- a) Los recuerdos persistentes del suceso traumático, percibido por el sujeto no como un peligro real, sino como una “amenaza fantasma” que le atormenta en sueño y vigilia.
- b) La evitación de pensamientos, sentimientos y conductas que recuerdan o representan el acontecimiento (total o parcialmente).
- c) El embotamiento de la capacidad general de respuesta del individuo.
- d) Un estado de hiperactivación persistente que se traduce tanto en el ámbito fisiológico (síntomas vegetativos) como conductual (hipervigilancia, sobresalto, irritabilidad).

Los objetivos terapéuticos pretenden la integración de los fenómenos postraumáticos recurrentes, sueños, recuerdos o imágenes ligadas al acontecimiento traumático, dentro de la experiencia personal del sujeto. Por ello se procura, en un clima de confianza y seguridad, favorecer la comprensión y liberación de emociones y conductas relacionadas con el acontecimiento. También se insiste en combatir las conductas de evitación, así como las actitudes de pasividad y dependencia del sujeto afectado, enfatizando su vuelta al funcionamiento normal.

Prácticamente todas las técnicas intentan cumplir los objetivos anteriores, las diferencias estriban en el tipo de datos que enfocan, el marco en que se realiza la intervención y el proceso por el que se intenta producir el cambio terapéutico:

- a) La terapia farmacológica actúa sobre la base biológica del trastorno, corrigiendo las anomalías en el funcionamiento de los diferentes sistemas biológicos implicados (noradrenalina, serotonina, dopamina, sistema GABA). El tratamiento incluye básicamente el empleo de antidepresivos, solos o en asociación con tranquilizantes.
- b) Las terapias de orientación psicodinámica se centran sobre los procesos inconscientes.
- c) Las terapias conductuales se ocupan de modificar las conductas inadaptadas o ineficaces.
- d) Las terapias cognitivas se dirigen a los datos de la experiencia consciente.

Dada la situación actual del conocimiento, no existe ninguna justificación para emplear una sola técnica y excluir a las demás. Por ello nos parece indicada una propuesta de orientación ecléctica, esto es, usar lo mejor para cada caso, adaptándolo a las necesidades que van surgiendo en cada paciente. Así se proponen diferentes técnicas, según los distintos datos que se vayan a tratar:

- Medidas para controlar las respuestas fisiológicas.
- Medidas para modificar la forma en la que el sujeto ha percibido la experiencia.
- Medidas para modificar las conductas emitidas.

Las complicaciones que pueden surgir (reacciones de ansiedad, depresivas, disociativas, conversión, somatización y alteraciones del comportamiento) requieren intervenciones específicas para cada tipo de trastorno.

El proceso se resume en la [figura 4.7](#). El proceso se inicia tras una adecuada toma de contacto que debe hacerse con delicadeza en un ambiente de sensibilidad, confianza y seguridad. Con relativa frecuencia, estos pacientes han desarrollado una serie de conductas (evitación, embotamiento) para controlar el malestar que les produce el recuerdo del acontecimiento. Les resulta muy difícil abandonar estas estrategias, pues les ofrecen una relativa seguridad. Incluso pueden presentar sentimientos de culpa o vergüenza por su reacción ante la situación vivida. En este sentido, la evaluación y el inicio del tratamiento pueden desestabilizar potencialmente al paciente. Se le está pidiendo que desmonte las muchas capas de síntomas protectores que ha elaborado desde el momento del trauma, lo que puede resultarle una situación muy angustiosa y penosa. Puede llevar tiempo conseguir la historia relacionada con el acontecimiento traumático, conviene hacerlo poco a poco, según vaya reaccionando el paciente, evitando ponerle en una situación de ansiedad que no pueda tolerar.

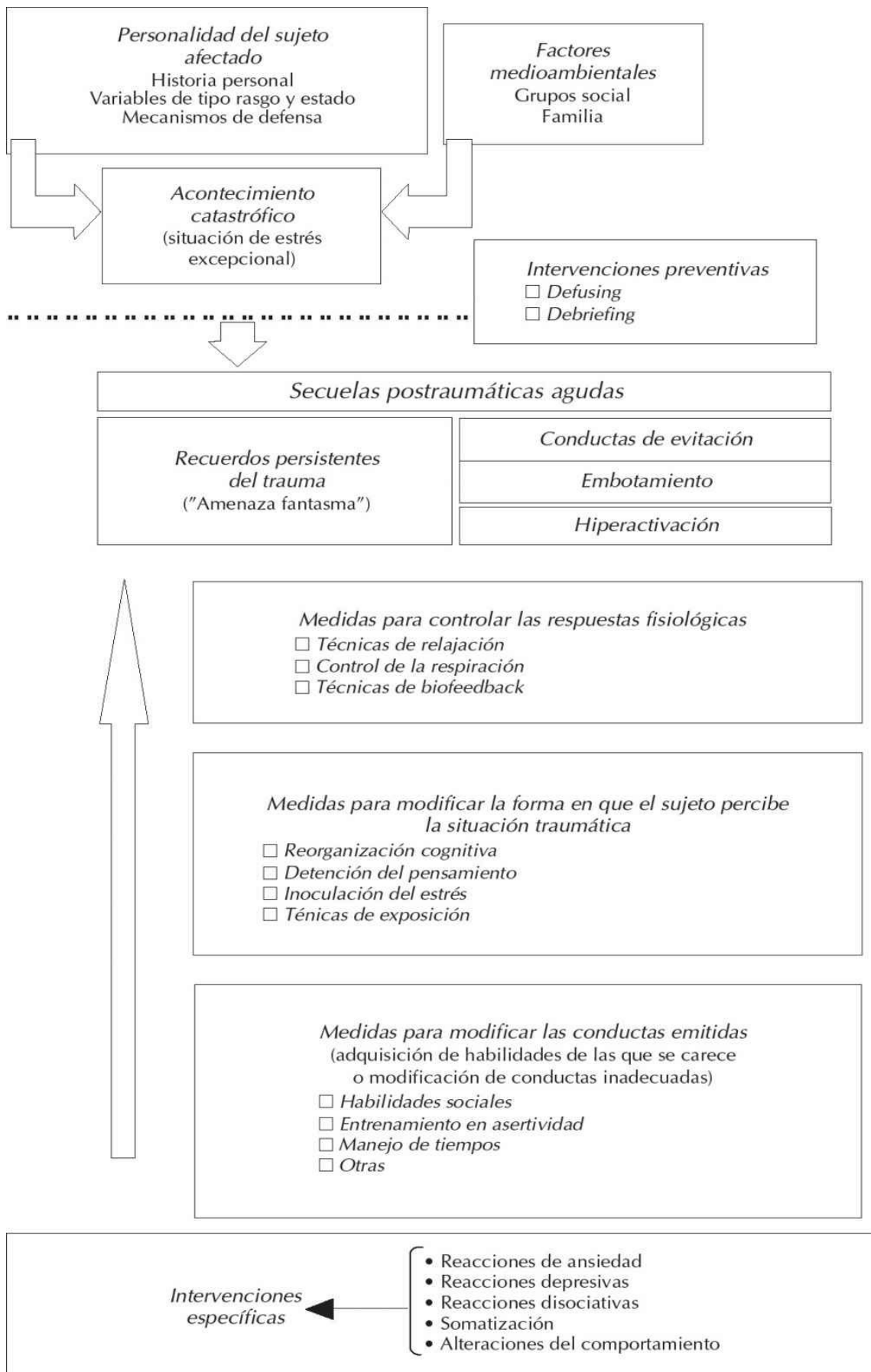


Figura 4.7. *Intervención sobre las secuelas postraumáticas agudas.*

La evaluación debe considerar los siguientes factores:

- *El acontecimiento.* Es importante por dos razones: primero porque sus características (intensidad, tipo, gravedad) pueden determinar el grado de procesamiento de la información necesario y, en segundo lugar, porque cuanto más elevada sea la ansiedad previa del sujeto, menos intenso tiene que ser el acontecimiento para afectarle.
- *Las características del sujeto.* La mayoría de los autores considera que el ser humano tiene un punto límite (de ruptura), condicionado por su desarrollo premórbido; sus creencias en cuanto a la seguridad de su mundo; su vulnerabilidad personal; su capacidad personal para expresar emociones (miedo, cólera, duelo) y su disposición biológica a responder con ansiedad, hipervigilancia y evitación.
- *El ambiente.* Un ambiente favorable permite un procesamiento satisfactorio del acontecimiento. Un ambiente desfavorable puede contribuir a la represión de sus recuerdos y emociones.
- *Fase del desarrollo de la reacción al acontecimiento.* En general se distinguen una serie de fases (Horowitz, 1986) en el desarrollo de las reacciones a los acontecimientos traumáticos. En un primer momento (fase de protesta) el sujeto tiende a rechazar el acontecimiento (“No puede estar pasando”, “No me puede ocurrir a mí”). Después oscila entre la negación, el aturdimiento y la evitación (“No pasa nada”, “No quiero saber nada”). Posteriormente se mueve entre la negación y el recuerdo involuntario del acontecimiento, por medio de sensaciones, imágenes, recuerdos o pesadillas. Estas etapas son frecuentes en los afectados por las catástrofes y representan las fases iniciales de la reacción al acontecimiento. La evolución adaptativa de estas reacciones determinará que el sujeto vaya procesando e integrando, adecuadamente, estos recuerdos en su experiencia, sin que interfiera en su vida habitual. En caso contrario puede producirse una respuesta mal adaptada y consolidarse los principales síntomas del trastorno por estrés postraumático.
- A veces, los sujetos afectados tienden a evitar el tema del acontecimiento traumático, mostrándose aparentemente indiferentes o aturridos. Otras veces destaca la expresividad emocional (ansiedad, duelo, cólera) del momento. En estas circunstancias puede confundirse con un trastorno depresivo o un trastorno por ansiedad y pasar desapercibido el posible inicio de un trastorno postraumático.

4.9.2. Tratamiento farmacológico

Los psicofármacos se han utilizado para el alivio de los síntomas como la ansiedad, la depresión o el insomnio. Pero también se han aplicado sobre los hallazgos neurobiológicos que se han ido produciendo sobre este tipo de trastornos: hiperactividad del sistema nervioso simpático, alteraciones en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenocortical, el sistema opioide endógeno, alteraciones de la fisiología del sueño, entre otros (figura 4.8).

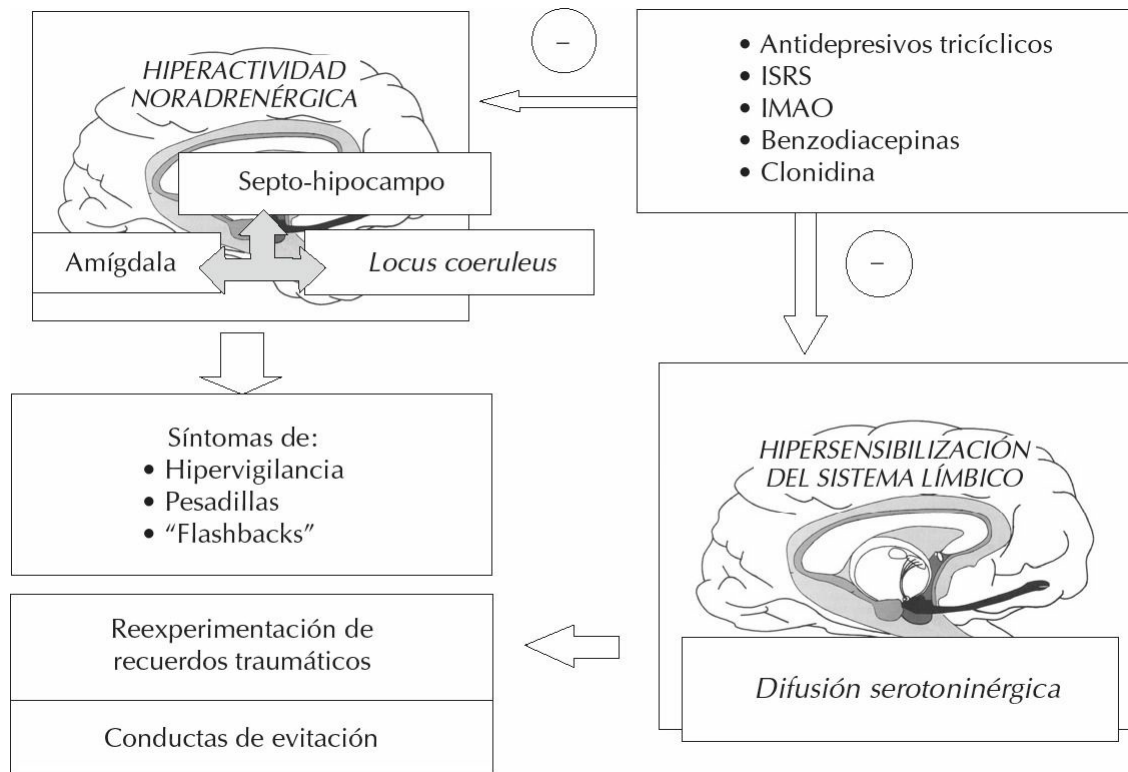


Figura 4.8. Farmacología de los trastornos postraumáticos agudos. Hipótesis sobre el mecanismo de actuación.

La farmacoterapia no puede considerarse como un tratamiento exclusivo y excluyente, sino que debe integrarse dentro de un programa terapéutico global conjuntamente con otras medidas. La farmacoterapia es un tratamiento complementario de otras técnicas. Puede ayudar a los pacientes a participar en los programas de tratamiento y puede aliviar síntomas afectivos que impiden cualquier aproximación terapéutica.

El empleo de psicofármacos también se relaciona con el grado o intensidad del trastorno. Es eficaz en las formas severas y crónicas de los trastornos psicotraumáticos. Por el contrario, en las formas más leves, puede no ser necesaria. Incluso, en los casos leves, un nivel de ansiedad moderado puede ser necesario para motivar al sujeto para la participación en un programa de tratamiento. La farmacoterapia también es necesaria cuando se asocian otros trastornos (depresión, trastorno de pánico, abuso de sustancias, fobias, ansiedad generalizada o trastorno bipolar).

En general, los síntomas como la reexperimentación y la hiperactivación (insomnio, respuesta de alarma exagerada, hipervigilancia) considerados como positivos, responden mejor a los psicofármacos que otros síntomas como la evitación (embotamiento, aislamiento), considerados como negativos.

Las intervenciones precoces reducen el riesgo de la cronicidad. Esto es válido tanto para la psicoterapia como para la farmacoterapia. Hay que considerar el significado de la medicación para el paciente. Hay individuos que pueden rechazar la medicación, por sí misma o por los efectos secundarios. También resulta relativamente frecuente la falta de cumplimiento. Por todo ello debe procederse a informar detalladamente al paciente sobre los fármacos que se van a utilizar, sus efectos beneficiosos y los posibles efectos secundarios y la forma de controlarlos. En todo caso se debe requerir el consentimiento del paciente.

Con el uso de fármacos no deben olvidarse el empleo de otras medidas complementarias, no farmacológicas, como la higiene del sueño, el ejercicio regular, las técnicas de relajación, así como las técnicas de psicoterapia individual o grupal que pueden mejorar al paciente.

En la actualidad, los antidepresivos, básicamente los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), son los fármacos que se emplean en primera intención, solos o asociados a benzodiacepinas. Sus características generales se resumen en la [figura 4.9](#).

Los ISRS se caracterizan por la capacidad de inhibir la recaptación de serotonina, por su eficacia sobre los síntomas depresivos y por su bajo perfil de efectos secundarios (comparados con los antidepresivos clásicos).

Los principales ISRS son:

- Fluoxetina
- Paroxetina
- Fluvoxamina
- Sertralina
- Citalopram

Se diferencian en sus características farmacológicas (vida media, metabolitos activos, interacción enzimática, etc.) que determinan su perfil clínico particular.

Sus efectos secundarios se producen por sobreactivación de las vías serotoninérgicas, pudiendo aparecer síntomas como agitación, insomnio, alteraciones gastrointestinales y disfunción sexual.

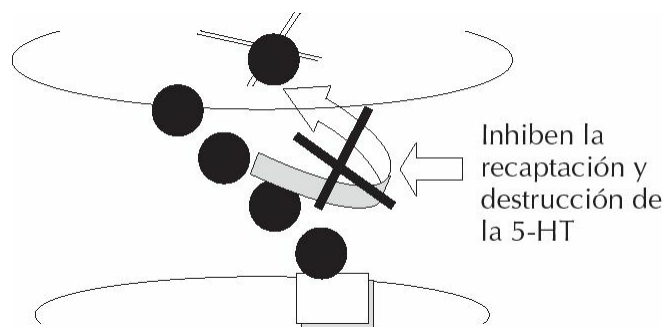


Figura 4.9. Características de los ISRS.

4.9.3. Técnicas de intervención psicológica

Se pueden agrupar según los diferentes objetivos que se persiguen en el tratamiento; para una descripción precisa de cada técnica en detalle se recomienda acudir a los manuales técnicos pertinentes.

A) *Técnicas para reducir la activación fisiológica o el nivel de tensión*

Se incluyen:

1. *Técnicas de relajación*

A través de las técnicas de relajación, se intenta que sea la propia persona la que pueda controlar su propio nivel de activación y alcance un estado de ausencia de tensión (relajación). La relajación es una eficaz medida de autocontrol en los momentos críticos que permite reducir el impacto de los síntomas somáticos (frecuencia cardíaca, tensión muscular, frecuencia respiratoria, temperatura periférica) y proporciona un compromiso físico y cognoscitivo que distrae de la situación que produce ansiedad.

Las principales técnicas son:

- El *entrenamiento autógeno de Schultz* (1932). Forma de hipnosis superficial autoprovocada por el propio sujeto que se autoinduce el estado de relajación.
- *La técnica de Jacobson* (1929). Basado en el entrenamiento en la relajación muscular progresiva.
- Quizá el método más extendido sea el propuesto por Berstein y Borkoveck (1973), y entre nosotros el propuesto por Labrador y sus colaboradores (1993).

El entrenamiento es un factor muy importante para la relajación. La reducción de la ansiedad se correlaciona significativamente con la práctica de la relajación medida objetivamente, pero no se correlaciona con la práctica de relajación autoinformada. Parece, por tanto, que las personas sobrevaloran el tiempo que dedican a practicar la relajación, si no llevan un registro cronométrico del tiempo de entrenamiento empleado.

Muchas de las personas que han sido tratadas con métodos de relajación refieren que han aprendido a quejarse menos, lo que sugiere que la relajación también produce un cambio actitudinal. Para que el mecanismo de la relajación comprometa cambios actitudinales en la persona, o para que facilite la sensación de autocontrol, es necesario que se tenga fe en el

método.

Se ha sugerido que la relación entre la relajación real y el grado de disminución de la ansiedad del sujeto opera a través de las expectativas o demandas que tiene el individuo sobre el método, o bien comprometiendo su sentido de autocontrol. Independientemente del mecanismo de acción, los estudios empíricos han demostrado su gran validez en la reducción de la ansiedad crónica.

2. *Entrenamiento en el control de la respiración*

La ansiedad con frecuencia provoca síntomas de hiperventilación. Los cambios respiratorios pueden provocar miedos porque son percibidos como amenazantes o aumentan el miedo ya provocado por otros estímulos. Por ello el control de la respiración puede ser de gran utilidad en el control de las respuestas de ansiedad.

3. *Técnicas de biofeedback*

Por medio de estas técnicas se proporciona a la persona una o varias de sus señales fisiológicas (frecuencia cardíaca, tensión arterial, temperatura periférica, respuesta dermoeléctrica, etc.) que se producen ante determinados estímulos.

Se pretende, con ello, que la persona identifique sus respuestas fisiológicas, en esas situaciones concretas, e intente controlarlas. Con la ayuda de instrumentos más o menos complejos, que recogen y codifican las respuestas fisiológicas emitidas por el organismo, se devuelven esas señales a la persona, normalmente de forma visual o auditiva. Actualmente y con el avance que han experimentado las técnicas de diseño asistido por ordenador, las señales fisiológicas digitalizadas se identifican fácilmente e incluso se convierten en pequeños juegos de destreza que, en algunos pacientes, provocan una mayor adherencia al tratamiento.

Las técnicas de *biofeedback* no parece que sean más efectivas que las técnicas de relajación simple, y el grado de disminución de la tensión real no se correlaciona exactamente con el grado de reducción de la ansiedad.

B) *Técnicas para modificar la forma en que el sujeto percibe la situación traumática*

Entre las principales técnicas que pueden emplearse se distinguen:

1. *Técnicas cognitivas*

Se centran básicamente sobre los componentes cognitivos del estrés que tienen una gran importancia, incluso decisiva en algunos casos.

Por medio de estas técnicas se pretende que la persona afectada aprenda a controlar y a modificar sus respuestas cognitivas. Se distinguen:

- *Autoinstrucciones* (autoverbalizaciones internas): el entrenamiento en autoinstrucciones se suele utilizar para frenar, cambiar o contrarrestar el efecto negativo de los pensamientos automáticos que interfieren en la capacidad de afrontamiento de los sujetos, dificultando su potencial adaptativo.
- *Debate cognitivo*: el método consiste en ayudar a la “persona a identificar las creencias erróneas que median en sus conductas, refutarlas y sustituir estas creencias irracionales por otros pensamientos más adaptativos.

Las personas con alto nivel de ansiedad:

- Tienden a interpretar situaciones ambiguas de forma amenazante.
- Valoran la posibilidad de que acontecimientos amenazantes (desgracias) les ocurran a ellos antes que a otras personas.
- Evalúan los acontecimientos negativos de forma más onerosa que los controles normales.

El debate cognitivo en estos casos se dirige a enseñarles cómo evaluar la probabilidad y las consecuencias de los acontecimientos amenazantes de una forma más real.

Se han desarrollado un gran número de técnicas de discusión cognitiva: Beck y Emery (1985), Ellis y Harper (1975), Meichenbaum (1975); la dificultad permanece en saber cuál es la mejor. Hasta el momento hay pocos estudios comparándolas.

Aunque se centran sobre las mismas distorsiones cognitivas emplean diferentes métodos de trabajo. La duración del tratamiento es otro dato importante que se debe considerar para elegir entre un método u otro.

2. *Parada de pensamiento*

Se busca interrumpir el curso del pensamiento, puede apoyarse en determinados estímulos (un ruido, una palabra clave, otro). El tratamiento puede hacerse de forma individual o en grupo.

3. *Inoculación del estrés*

Es un método propuesto por Meichenbaum y Cameron, por vez primera en 1972, como técnica específica para el control de la ansiedad mediante un entrenamiento en habilidades. La inoculación de estrés entrena a los pacientes para disminuir la tensión y activación fisiológica y cambiar

las interpretaciones negativas por otras que permitan afrontar el estrés. Su objetivo es proporcionar al cliente un sentido de control sobre sus temores, enseñándole una serie de habilidades de afrontamiento. Para ello se hace un diseño individual en función de las necesidades de cada persona, de forma flexible, pudiendo hacerse de forma individual o en grupo.

4. *Exposición*

Se centra en las conductas de evitación hacia los estímulos generadores de ansiedad, se utiliza la exposición a los estímulos internos y externos. El paso más importante es la identificación del estímulo temido. Los estímulos suelen ser muy idiosincrásicos en función de los pacientes específicos, por lo que las jerarquías de miedos tienen que ser muy individuales. Es un tratamiento muy eficaz para las conductas fóbicas.

C) Medidas para modificar las conductas emitidas

Intentan reorientar las actitudes erróneas del sujeto en una dirección constructiva, dadas las circunstancias de su vida personal. Proporcionan habilidades de las que carece el sujeto o bien modifican las conductas inadecuadas. Se distinguen:

1. *Entrenamiento en habilidades sociales*

El desarrollo y la mejora de las habilidades sociales del individuo son necesarios para obtener:

- Beneficios afectivos: obteniendo relaciones satisfactorias con los demás, estableciendo relaciones amistosas y amorosas.
- Beneficios instrumentales: realizando actividades exitosas en la comunidad que permiten la subsistencia del sujeto.

No existe una definición unitaria que delimite el concepto de habilidades sociales, sin embargo, la mayoría de las definiciones existentes aceptan que son conductas manifiestas, orientadas hacia objetivos específicos y situaciones determinadas y que tienen distintos niveles.

2. *Entrenamiento en asertividad*

Los pacientes con estrés tienen ansiedad social. La asertividad parece un problema importante para ellos, el entrenamiento en asertividad puede ser un complemento del debate cognitivo y la exposición en vivo.

3. *Manejo de tiempos*

Otra dificultad de las personas con estrés es la sensación de la “presión del tiempo” (falta de tiempo), que puede ser debido a una o dos razones:

- Un genuino agobio por falta de asertividad y perfeccionismo.
- Percibir la falta de tiempo como parte de un proceso cognitivo distorsionado.

En uno y otro caso, entrenar en organizar sistemáticamente el tiempo puede ser un ejercicio saludable que les permita completar sus tareas más eficientemente y “levantarse temprano”, sabiendo que hay tiempo para todo.

4. *Resolución de problemas*

También los pacientes, sometidos a situaciones de estrés, tienden a la sobreestimación de consecuencias, con frecuencia negativamente, eludiendo las soluciones prácticas para problemas pequeños. Por ello, pueden ser útiles técnicas de solución de problemas.

5. *Otras técnicas*

La lista sería interminable: control de contingencias, modelado, contratos conductuales, etc. por lo que se remite a los manuales especializados, ya que su desarrollo excede los límites del presente trabajo.

4.9.4. Selección de la técnica que se ha de emplear

Como se ha visto en el apartado anterior, existen numerosas técnicas que podrían aplicarse en el tratamiento de las secuelas postraumáticas agudas. Ante la profusión de técnicas se plantean con frecuencia las preguntas sobre ¿qué técnica utilizar? o ¿cuál es la más adecuada? Más que una respuesta concreta, lo que se propone es un proceso o método de trabajo que permita la selección de la técnica o las técnicas más ajustadas a cada caso concreto.

Como orientaciones generales, o punto de partida, se recomiendan las siguientes:

- a) Las técnicas más sencillas y aplicables deben primar sobre aquellas que son más complejas o de difícil aplicación.
- b) Las técnicas más breves y que requieren menos sesiones prevalecerán sobre aquellas que requieren numerosas sesiones y largos períodos de tratamiento.
- c) El terapeuta empleará mejor aquellas técnicas con las que esté más familiarizado y haya obtenido mejores resultados.

Se seleccionarán aquellas técnicas que precisen menos esfuerzos, sean más sencillas y que puedan aplicarse con mayor facilidad, evitando técnicas difíciles, costosas o que precisen circunstancias muy especiales para su aplicación.

En segundo lugar, siempre se prefieren técnicas breves que permitan alcanzar una recuperación mínima del sujeto para sus funciones de la vida habitual. Se pretende cubrir unos objetivos a corto y medio plazo reinsertando al individuo alterado lo antes posible en sus labores habituales. Las terapias demasiado prolongadas pueden contribuir a fijar síntomas y a crear actitudes de pasividad, abandono e incluso actitudes de refugio y renta.

La experiencia del terapeuta en una u otra de las diferentes técnicas es un factor importante, la práctica y la impronta personal del profesional pueden ser factores decisivos en el tratamiento.

4.10. Intervención sobre trastornos específicos

Según el tipo específico de alteración que se encuentre, se selecciona una u otra técnica. Así se pueden distinguir las que se detallan a continuación.

4.10.1. Reacciones agudas de ansiedad

Cuando fallan los mecanismos normales de ajuste al estrés excepcional de la catástrofe pueden surgir reacciones de ansiedad cuya intensidad o duración son desproporcionadamente intensas. La frontera entre la activación necesaria para afrontar la situación de amenaza (catástrofe) y la ansiedad patológica depende del nivel de funcionamiento del sujeto. El cuadro clínico se caracteriza por la aparición brusca de malestar subjetivo (temor, inquietud, inseguridad), hipervigilancia (insomnio, irritabilidad, dificultades cognitivas) y síntomas fisiológicos periféricos (hiperactividad vegetativa) (figura 4.10).

Estas reacciones de ansiedad aguda pueden ser las primeras manifestaciones de un trastorno de pánico, que posteriormente puede organizarse de forma recurrente. También pueden evolucionar hacia fobias específicas (agorafobia) o bien dejar como secuela un Trastorno por ansiedad generalizada o un trastorno depresivo.

La persona que ha padecido una crisis de este tipo permanece excesivamente atenta hacia sus sensaciones corporales, interpretando de forma alarmista cualquier pequeño cambio en sus sensaciones internas.

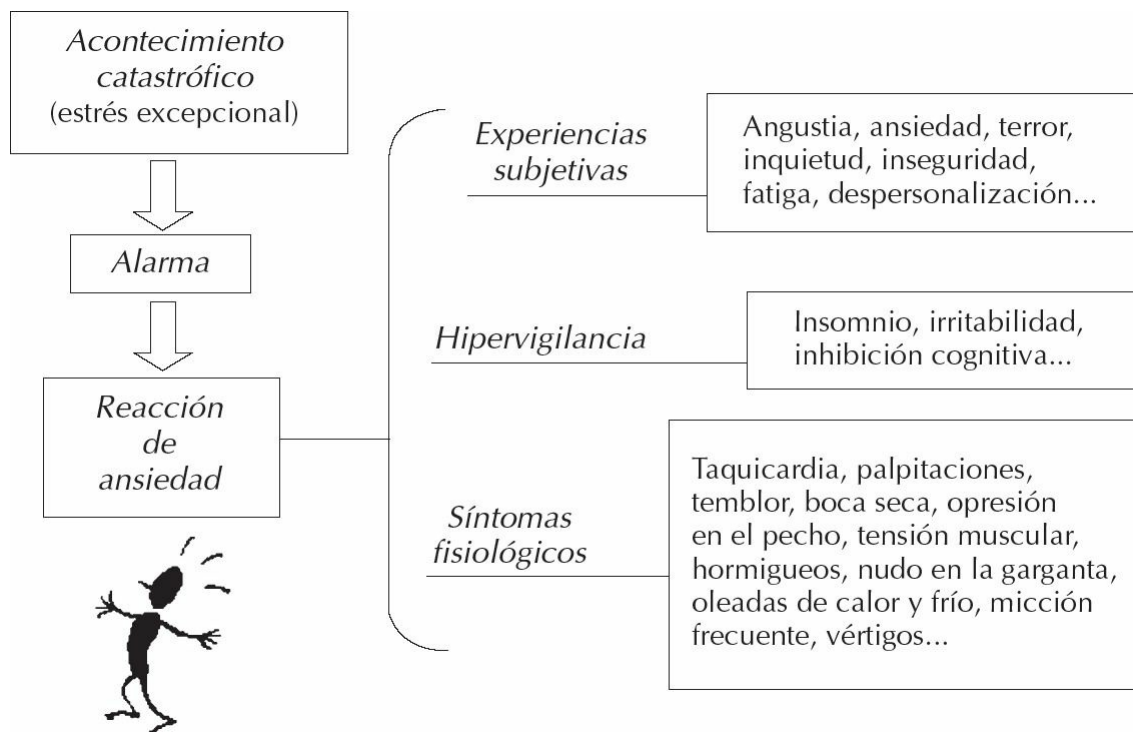


Figura 4.10. Componentes de la reacción de ansiedad.

En esta situación el tratamiento se plantea conforme a los siguientes objetivos:

- a) A corto plazo, se pretende aliviar los síntomas incapacitantes que presenta el sujeto (reduciendo el nivel de ansiedad) y devolverle su funcionamiento adaptativo (mejorando sus rendimientos que están inhibidos por la ansiedad). Inicialmente puede estar indicado el tratamiento con fármacos ansiolíticos (tipo benzodiazepinas) para permitir al paciente que se tranquilice y facilitar posteriormente la ventilación emocional de su estado. En todo caso las herramientas psicoterapéuticas básicas son:
 - Tranquilizar al sujeto sobre sus preocupaciones o temores injustificados, informándole sobre su situación y la de los suyos, el porqué se le han producido los síntomas y la forma como se alivian. Pueden ser útiles las técnicas más específicas, como relajación o entrenamiento en respiración.
 - Ventilación emocional, permitiendo que el sujeto exprese aquellas ideas y emociones que le perturban, que recupere su equilibrio emocional.
 - Persuasión, intentando convencer al sujeto afectado de que posee la voluntad y los recursos para recuperarse, dirigiendo su atención hacia actividades más útiles y constructivas. Con ello se consigue, además, que se incremente su autoestima.

b) A medio plazo, se persigue mejorar la autoimagen del sujeto y sus capacidades para resolver los conflictos y problemas, facilitando las relaciones interpersonales y su funcionamiento social. Se aplican estrategias cognitivas en conjunción con técnicas conductuales (exposición a las situaciones que producen esas sensaciones).

- Como métodos para eliminar conductas, pueden utilizarse técnicas de desensibilización. La hipótesis de trabajo considera que las crisis de angustia son reacciones de alarma condicionadas (o aprendidas) a las sensaciones corporales. Por tanto el tratamiento persigue romper o debilitar las asociaciones entre las sensaciones corporales y las reacciones de ansiedad. Para ello se va exponiendo al sujeto, gradualmente, a situaciones que inducen reacciones de ansiedad parecidas a las que tuvo inicialmente (ejercicio, hiperventilación, etcétera) hasta conseguir romper estas asociaciones. También puede emplearse el tratamiento de implosión, exponiendo bruscamente al sujeto al mayor de sus miedos. También es eficaz la retirada de los estímulos (atenciones, cuidados) que están reforzando estas conductas inadecuadas.
- Las técnicas cognitivas se centran sobre los pensamientos y sentimientos que se relacionan con las dificultades del paciente, reorientándole hacia la superación de las dificultades.

En determinados casos, el cuadro clínico puede evolucionar como un trastorno de pánico caracterizado por episodios de angustia recurrente, de carácter autónomo (no provocado por estímulos específicos), generando ansiedad anticipatoria y conductas de evitación (agorafobia) y dependencia. No resultan infrecuentes las complicaciones depresivas secundarias y el abuso de sustancias (alcohol, tranquilizantes). En estos casos puede ser necesaria la instauración complementaria de un tratamiento farmacológico:

- Los antidepresivos, para bloquear las crisis de pánico, cuando son muy frecuentes e incapacitantes. Actualmente se tiende a utilizar básicamente los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).
- Las benzodiacepinas pueden aliviar transitoriamente los síntomas de la crisis, pero más allá de estos momentos no resultan eficaces, incluso conllevan un riesgo de abuso. La única excepción la constituye el alprazolam, que parece ser la única benzodiacepina eficaz contra el pánico.

4.10.2. Reacciones de somatización

Los trastornos por somatización se caracterizan por la tendencia a experimentar síntomas que el sujeto atribuye a enfermedades orgánicas y no pueden ser explicados por las diferentes exploraciones físicas que puedan realizarse. El paciente tiene múltiples y recurrentes quejas físicas y demanda reiteradas consultas y exploraciones. Ello determina un largo peregrinaje por múltiples especialistas médicos y repercusiones desfavorables sobre su ambiente familiar, social y laboral.

Las quejas pueden afectar a cualquier aparato o sistema orgánico: digestivo (náuseas, vómitos, dolores abdominales, diarrea, estreñimiento, anorexia); dermatológico (eritema, prurito, eczema); cardiovasculares (dolor torácico, palpitaciones, taquicardia, opresión, hormigueos); respiratorio (opresión, sensación de falta de aire); reumatología (cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias, dolor en articulaciones o en extremidades); neurología (lipotimias, mareos, alteraciones sensoriales, cefaleas, hormigueos, calambres); alteraciones urinarias, sexuales, etc.

El somatizador vive en un estado de aprensión, enfocando la atención sobre los síntomas corporales, lo que produce un estado de hiperactivación fisiológica. Preocupado por la detección de alteraciones fisiológicas, sustenta y mantiene el estado de aprensión. La secuencia de acontecimientos se esquematiza en la [figura 4.11](#).

Suelen ser individuos autorreferentes, que en lugar de centrarse en resolver la situación de amenaza se centran en sí mismos, se preocupan por cómo les afecta (o les puede afectar) la situación. Focalizan su atención en las respuestas corporales asociadas a las respuestas fisiológicas (sudores, taquicardias, etc.) sin resolver adecuadamente las demandas de la situación. Esto prolonga la sensación de amenaza, ampliándola y generalizándola a situaciones posteriores, percibidas cada vez con más miedo, incapacidad de afrontarlas, malestar y síntomas corporales.

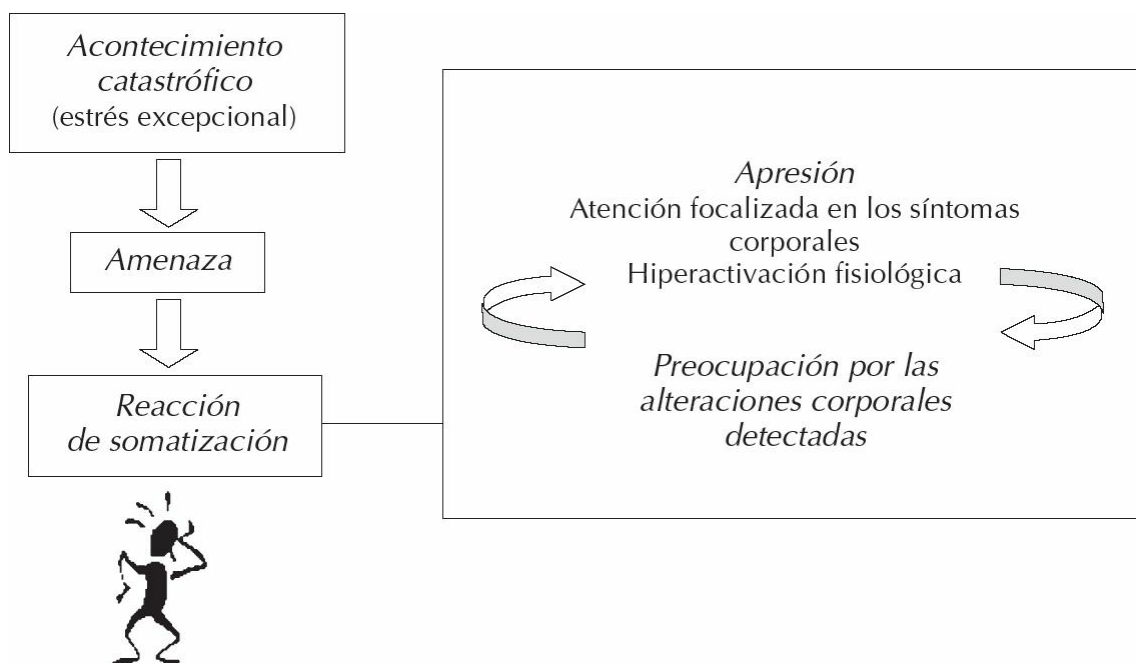


Figura 4.11. *Círculo de la somatización.*

El paciente que somatiza realmente expresa sus dificultades personales (conflictos) en términos de síntomas somáticos. Ante las demandas (estresantes) ambientales responde con un incremento del dolor y otras disfunciones orgánicas. Estos aspectos se deben explorar antes de iniciar el proceso terapéutico. El proceso que se recomienda es el siguiente:

1. Escuchar la descripción de síntomas que realiza el paciente.
2. Identificar y definir los síntomas clave.
3. Conectar el agente estresante con el síntoma somático. Confrontar al paciente con ello.
4. Explicar el mecanismo de formación y mantenimiento de los síntomas.
5. Instruir sobre técnicas de relajación, inoculación de estrés resolución de problemas.
6. Aprobar y recompensar al paciente por el esfuerzo realizado.

4.10.3. Reacciones disociativas

La disociación aísla al sujeto del impacto de la situación de amenaza (catástrofe) o, posteriormente, de sus recuerdos dolorosos. La característica esencial de los trastornos disociativos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Esta alteración puede manifestarse a través de síntomas como la amnesia, los estados de fuga, los *flashbacks* (episodios en los que se revive el trauma), la desrealización, la despersonalización, los ataques de ira, los comportamientos agresivos y otras alteraciones del control de los impulsos.

La disociación puede ser difícil de reconocer. Los sujetos afectados no son conscientes de ello, por lo tanto difícilmente pueden hablar de ello. Otras veces, se encuentra enmascarada por comportamientos dramáticos o poco colaboradores. Tampoco es raro que esté enmascarada por síntomas de apariencia neurológica (crisis convulsivas, amnesias) ([figura 4.12](#)).

Los estudios que se han realizado sobre rehenes y supervivientes de distintas catástrofes refieren que más de la mitad experimentaron sensaciones de irrealidad, conductas automáticas y embotamiento afectivo. Tampoco es raro observar síntomas de despersonalización y de excesiva hipervigilancia hacia los estímulos ambientales. Estos trastornos disociativos, especialmente la insensibilidad, se consideran importantes predictores de la aparición de trastornos postraumáticos crónicos. El episodio traumático se rememora unas veces de forma intrusiva y otras veces se tienen dificultades para recordarlo.

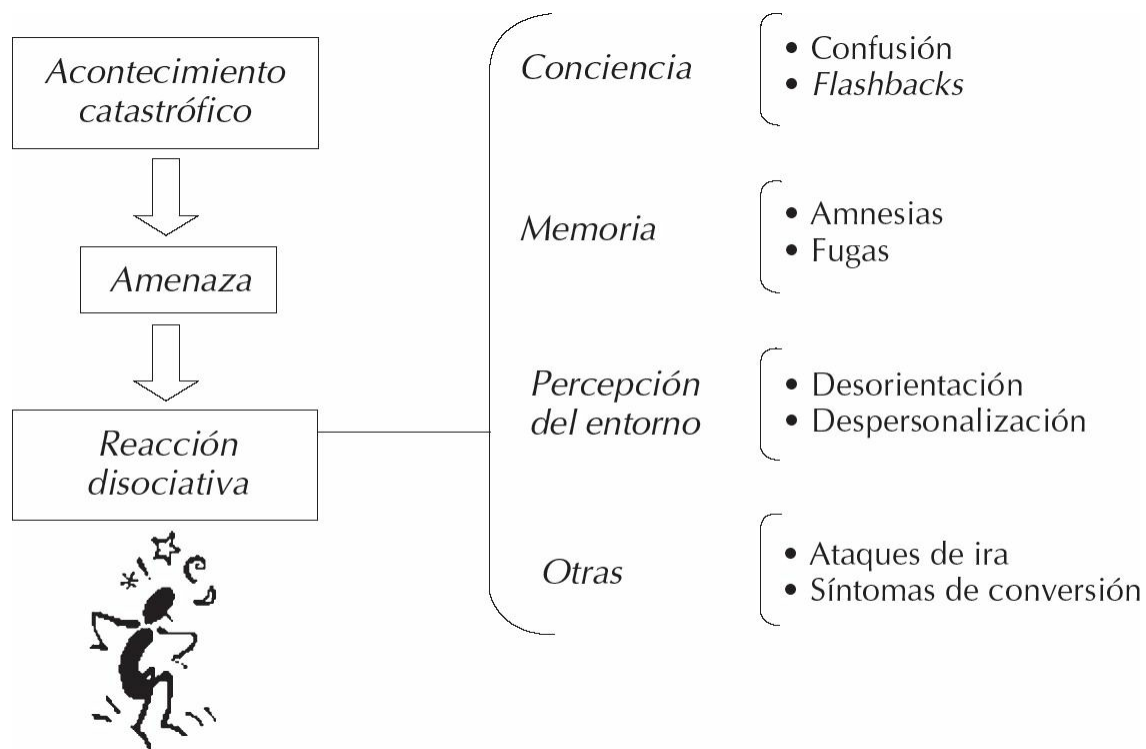


Figura 4.12. *Reacciones disociativas.*

El proceso terapéutico requiere:

- Escuchar la descripción de los síntomas que realiza el sujeto. A veces puede presentar algún síntoma en el curso de la entrevista.
- Definir el síntoma. Se resume la descripción del problema del sujeto y se explora la historia de su inicio, evocando situaciones que parecen agravarlo o empeorarlo. Se indica al sujeto sus relaciones con posibles situaciones estresantes. Si el paciente se muestra evasivo, se evitará presionar y se reinicia de forma indirecta (preguntas como: ¿qué pasó por su mente?, ¿qué sintió?) y desde los acontecimientos de menor a mayor carga afectiva.
- Confrontar al sujeto con el suceso más intenso, reciente y frecuente. Concentrarse en los factores precipitantes y en los sentimientos y conductas que siguieron al episodio disociativo.
- Explicar el significado psicológico del síntoma.
- Resolver la situación de conflicto planteada con medidas más eficaces. Pueden ser útiles las técnicas de relajación, inoculación de estrés, resolución de problemas o reestructuración cognitiva.
- Aprobar o recompensar al paciente por el esfuerzo y animarle a seguir trabajando.

4.10.4. Reacciones depresivas

Los cuadros depresivos son frecuentes. Unas veces son muy evidentes, otras veces se encuentran enmascarados por síntomas somáticos (fatiga, dolores difusos) o alteraciones de conducta. La clínica asocia los síntomas clásicos (tristeza, desesperanza, baja autoestima, inhibición cognitiva y motora, etc.) a sentimientos de culpabilidad, a veces por haber sobrevivido, autoacusaciones por la muerte de otro, exacerbación de la propia cobardía o denuncias de su insuficiencia e incapacidad.

A veces completan el cuadro ideas de indignidad e incurabilidad con demandas de castigos o riesgo suicida. Los temas de duelo son frecuentes. Las pérdidas sufridas (seres queridos, bienes materiales, recuerdos, etc.) resultan importantes fuentes de refuerzo.

La intensidad de la depresión dependerá no sólo de la gravedad del acontecimiento sino también del estilo atribucional del sujeto. Una persona depresiva puede experimentar sensación de indefensión, incapacidad y culpa por no haber sabido afrontar la situación, piensa que seguirá siendo igual y lo generaliza a las situaciones posteriores. Piensa que el éxito no depende de su conducta sino de factores externos. La persona deprimida ve el mundo a través de un conjunto organizado de esquemas depresivos que deforman la experiencia del yo, el mundo y el futuro, manteniendo únicamente puntos de vista negativos.

Por otra parte, la respuesta depresiva a corto plazo provoca el refuerzo positivo de los demás (compasión, atención), pero a largo plazo produce rechazo, los demás comienzan a evitar a la persona deprimida, disminuyendo de este modo los refuerzos sociales que pueda recibir, generándose de este modo un círculo vicioso del que el paciente no sabe salir.

El tratamiento se realiza dentro de un programa que integra:

- Fármacos antidepresivos: los antidepresivos tricíclicos clásicos son los fármacos patrón, eficaces pero de uso limitado por su perfil de efectos secundarios. Los ISRS son actualmente los fármacos más recomendados por su eficacia, comodidad y seguridad. Otros antidepresivos recientes (venlafaxina, reboxetina, mirtazapina) permiten un tratamiento más personalizado.
- Psicoterapia que incluye diversas habilidades para mejorar la depresión: técnicas de relajación, aumento de las actividades diarias, tratamiento cognitivo, entrenamiento en habilidades sociales y programa de cambio personal. En este sentido, Seligman (1981) indica que existen cuatro estrategias terapéuticas básicas:
 - Manipulación del entorno para que la persona recupere la sensación de control. La hospitalización puede ser un entorno adecuado donde el sujeto controla todos los acontecimientos cotidianos.
 - Entrenamiento en habilidades, para dotar a la persona de capacidad real de control.
 - Enseñar a la persona a marcarse objetivos realistas y alcanzables y no

- utopías.
- Reeducación del estilo atributivo para prevenir nuevas recaídas.

4.10.5. Conducta que se ha de seguir ante el riesgo de suicidio

El riesgo de suicidio es una posibilidad que siempre hay que valorar en las intervenciones en crisis.

Se entiende por suicidio aquella conducta o conjunto de conductas que el sujeto pone en marcha con el fin de quitarse la vida, aunque fracase en el intento.

Estas conductas, en principio, son distintas de aquellas que no buscan la muerte, manipulan con la idea de la muerte propia, buscando otros fines distintos (estimación, consideración, venganza, evasión), aunque pueden ser potencialmente graves (cuando el sujeto no controla adecuadamente los riesgos puede terminar en un desenlace fatal).

La conducta suicida es un fenómeno complejo, su perfil clínico puede caracterizarse por una serie de elementos (Rojas, 1978): etiología, forma, intencionalidad, curso, gravedad, personas implicadas, conciencia del acto y actitud del sujeto ante la vida.

En una situación de catástrofe, la urgencia de la situación impone decisiones rápidas y no es posible, en muchos casos, realizar una evaluación detallada y prolongada.

Por ello conviene tener una serie de directrices (orientaciones) claras y precisas para la detección y el tratamiento de un posible acto suicida (lo que se debe y no se debe hacer). Esto se resume en los cuadros siguientes.

Como consideración final, para los miembros de los equipos de ayuda y socorro: a veces, a pesar de la intervención, no es posible salvar al sujeto. En estos casos hay que aceptar y asumir el hecho de lo inevitable y no dejarse invadir por la culpa o el abatimiento.

Cuadro 4.3. *Signos y síntomas para detectar un posible suicida*

-
-
- Cuando alguien comenta la posibilidad de hacerlo.
 - Si en su historia vital ya hay algún intento previo.
 - Si tiene antecedentes de familiares que lo hayan hecho.
 - Cuando alguien está en un estado de ánimo depresivo.
 - Cuando una persona está bajo una situación de presión durante mucho tiempo.
 - Cuando una persona tiene dificultades de comunicación con los demás (aislamiento, soledad).
 - Cuando una persona ha perdido en el desastre todas sus pertenencias.
 - Cuando una persona ha perdido a todos sus seres queridos.
 - Cuando ha habido alguien que ya ha realizado la conducta suicida.
 - Si padece un trastorno mental.
 - Si está bajo el síndrome de abstinencia de alguna sustancia tóxica (alcohol u otras drogas).
-

Cuadro 4.4. Conductas plausibles ante un presunto suicida (qué se debe hacer)

-
- Intentar acercarse muy despacio, identificándose y ofreciéndole algo de abrigo o alguna bebida.
 - Escuchar activamente, convenciéndole de que para nosotros es la persona más importante en ese momento.
 - Intentar demostrarle que vamos a ayudarlo, que le comprendemos.
 - Transmitir calma, seguridad, tranquilidad, fortaleza emocional, sensación de que tú puedes ayudarlo; buscar algo que le haga agarrarse a la vida.
 - Utilizar un tono de voz cálido, seguro; no gritar ni transmitir sensación de inseguridad personal.
 - Descartar la presencia de un trastorno mental a través de la charla.
 - Intentar pactar con él: proponer otras alternativas.
 - Dejarle que se desahogue, que libere toda la tensión emocional contenida.
-

Cuadro 4.5. Conductas desaconsejadas ante un presunto suicida (qué no se debe hacer)

-
- Acercarnos en un principio excesivamente, con el fin de sujetarlo, puede precipitarnos en la caída, si es que pretende arrojarse al vacío.
 - No utilizar expresiones de reproche hacia su conducta, o expresiones moralistas.
 - No utilizar tópicos: “Les ha ocurrido a muchos, pero no intentan suicidarse”. “No te preocupes esto tiene solución.” “Con el tiempo se te pasará.”
 - No remover en ese momento todos los recuerdos tristes.
-

4.11. Otros aspectos que deben considerarse

Uno de los aspectos que debe procurarse es la organización y coordinación de todas las intervenciones. Como máxima genérica podríamos decir que “a mayor organización, menores secuelas”. La organización es necesaria tanto para el desarrollo eficaz y eficiente de las tareas de rescate y reparación, como para mitigar el estado de confusión, desvalimiento y rabia de la población, previniendo en lo posible las repercusiones negativas derivadas no sólo del desastre sino de la propia intervención. Asimismo debe existir una coordinación en el lugar del desastre de todos los intervinientes manteniendo unidad de criterios en las intervenciones. Hay que evitar por todos los medios provocar más caos con problemas de competencias, criterios y recursos.

Otro aspecto destacado es la información, fundamental en los primeros momentos tras el impacto del desastre. Esta información deberá ser directa, concreta y clara, a ser posible, ya que las capacidades cognitivas de los individuos pueden estar disminuidas. Tiene que estar redactada de forma fácilmente entendible por la mayoría y con letras lo suficientemente grandes. Sería conveniente nombrar un portavoz de prensa, acordonar la zona y no dejar pasar a fotógrafos o cámaras que puedan incrementar el impacto por una información morbosa y poco veraz.

4.11.1. Evacuación de la zona siniestrada y búsqueda de refugio

Tras el dolor de la pérdida sufrida se añade con cierta frecuencia la necesidad del desalojo del área afectada recurriendo a refugios improvisados. Siendo éste uno de los factores pronósticos asociados con una peor adaptación posterior, así como uno de los más importantes problemas organizativos al que hay que enfrentarse tras un desastre de cierta entidad, merece la pena destacar algunos aspectos en relación con él.

El ser humano necesita de un cierto espacio vital o territorio personal alrededor suyo, que si bien puede variar en amplitud de cultura a cultura, siempre llega a verse amenazado en situaciones de aglomeración. Esto es aún más evidente en la cultura occidental, donde el espacio vital necesario para que la persona no se sienta incómoda suele ser mayor. Además, y sobre todo en situaciones amenazantes o de alteración emocional, la persona necesita de un cierto nivel de intimidad que le ayude a sobreponerse, lo que consigue generalmente dentro del propio hogar. Todo esto está claramente imposibilitado cuando el individuo ha de permanecer durante un tiempo en un refugio provisional con otras personas.

Al hecho de no disponer de espacio ni intimidad suficientes, se añaden otros aspectos tales como la ubicación de estos refugios en entornos extraños que modifican las pautas cotidianas de comportamiento del individuo, incluso añadiendo amenazas nuevas si el lugar elegido está situado, por ejemplo, en un enclave sociocultural menos favorecido que su lugar de residencia habitual. De igual forma, la mezcla de diferentes clases sociales en el refugio puede ser una causa nada despreciable de estrés añadido. Todo esto aumenta la sensación de fragilidad e incapacidad de afrontamiento, así como favorece la aparición de conductas desadaptativas como pueden ser la agresividad y el egoísmo extremos, además de potenciar el contagio emocional entre las personas.

Si el refugio colectivo no puede ser evitado, al menos sí se puede actuar para reducir su impacto emocional sobre los individuos.

La primera medida sería favorecer y ayudar a que los afectados pudieran alojarse en casas de familiares o amigos más o menos cercanos.

De igual forma, el recurso a familias de acogida de la propia comunidad puede ser tenido en cuenta. Sin embargo se ha comprobado que con el tiempo este tipo de alojamientos es frecuente causa de fricciones y de malestar, por ello no debieran ser utilizados más allá de un estricto límite temporal que permita la mejor reubicación de los afectados.

El refugio deberá realizarse sin separar a los miembros de una misma familia, pudiendo ser incluso organizado por vecindades. Esto favorecerá cierta sensación colectiva de compañerismo, así como las acciones conjuntas de autoayuda. La disposición espacial ha de contemplar un mínimo espacio personal suficiente, así como facilitar ciertos lugares donde el recogimiento individual o familiar pueda ser posible en los momentos de mayor necesidad de intimidad emocional.

Algunos colectivos, como *ancianos* y *niños*, habrán de ser causa de atención preferente no sólo por presentar un mayor riesgo derivado de la situación, sino por sus

propias necesidades particulares. Los ancianos tienen una mayor posibilidad de presentar episodios de desorientación y confusión que en general son precipitados con cualquier cambio en su entorno habitual.

Además, presentan con mayor frecuencia un sueño superficial con necesidad de ir al servicio en varias ocasiones por la noche, lo que unido a posibles torpezas físicas pueden convertir la noche en una auténtica pesadilla para ellos y para los que les rodean, o favorecer la aparición de incontinencias en aquellos otros ancianos que por no molestar no se atreven a moverse.

Para justificar que las familias con personas ancianas debieran ser ubicadas cerca de los servicios, sólo es necesario imaginar a un anciano con cierta tendencia a la desorientación, incapacitado parcialmente por una enfermedad de parkinson avanzada y con necesidad de hacer dos o tres visitas nocturnas al servicio en la mitad de un polideportivo a media luz y atestado de personas tumbadas.

Los niños también presentan necesidades particulares que sobre todo derivan de su necesidad vital de moverse, máxime en períodos de estrés donde el movimiento y la actividad son mecanismos muy importantes de afrontamiento. En situaciones de cierto hacinamiento el ejercicio puede no sólo verse dificultado, sino que puede ser causa de molestias importantes para las personas de la vecindad, también fácilmente alterables por su propio estado emocional.

Por este motivo se aconseja que los niños y sus familias ocupen los espacios periféricos, no sólo como forma de facilitar sus movimientos sino para evitar molestias innecesarias al resto de los refugiados.

Durante el día habrán de organizarse guarderías que permitan a los adultos dejar atendidos a ancianos y niños mientras ellos enfrentan con cierta libertad las tareas de reconstrucción o acuden a sus trabajos. Sin embargo, y debido al caos que en general suele reinar en este tipo de situaciones, puede ser frecuente que añadiéndose a los temores de separación de los niños, sobre todo en el caso de los más pequeños, los adultos muestren su reticencia a la separación por temor a posibles daños o incluso pérdidas o raptos. En estos casos es de gran ayuda que el espacio de guardería esté claramente limitado con barreras físicas suficientes y supervisado por personal más o menos fijo fácilmente reconocible, evitándose en lo posible la sensación de masificación o la presencia de numerosos adultos no identificados.

Además, los niños y ancianos deberán ser identificados de forma inconfundible, guardándose un registro de cada una de las estancias en presencia del adulto responsable que habrá de firmar cualquier entrada o salida, así como se le permitirá hacer constar posibles particularidades o necesidades específicas del hijo o anciano a su cargo.

Dentro de las actividades que se pueden desarrollar en tales guarderías resulta de gran interés con los ancianos con cierto deterioro cognitivo poner el énfasis sobre la orientación espacio-temporal, con recordatorios frecuentes del motivo por el que se encuentran allí y de lo que previsiblemente ocurrirá en un punto cercano.

Los niños presentan una dificultad específica para poder verbalizar sus miedos y ansiedades, que por otra parte tienden a ser negados o rechazados por parte de sus

padres y cuidadores. Utilizando sus propios medios de relación con el entorno y tratamiento de la ansiedad, responden al trauma de forma algo diferente a los adultos. A través del juego representan sus conflictos simbólicamente y por este motivo no será infrecuente que aparezcan juegos reiterativos que reproduzcan el desastre o tomen un carácter violento o amenazador, no siendo conveniente que éstos sean censurados por la propia ansiedad de sus cuidadores, sino más bien entendidos como su mejor forma de expresión.

Sin existir motivos para que este tipo de juegos deban ser totalmente evitados, el personal cuidador puede incluirse en ellos ofreciendo alternativas menos catastrofistas, animándolos a que pongan al juego un final feliz ya que ellos están a salvo. A través del dibujo pueden manifestar sus sentimientos sobre el desastre.

Hay unas normas específicas para ayudar a los niños después de una situación traumática:

- Abrazarlos y acariciarlos con frecuencia. Decirles una y otra vez que están juntos y a salvo.
- Pasar bastante tiempo con ellos; acompañarlos a la hora de dormir.
- Continuar con las rutinas familiares: los ambientes conocidos y estructurados les proporcionan seguridad.
- Encargarles tareas adecuadas para su edad y nivel, que se sientan útiles.
- Recompensarles verbalmente cuando hacen las cosas bien. Tolerar al menos durante el primer mes posterior a la catástrofe los comportamientos regresivos y poco adaptativos.
- No descargar los miedos propios sobre los niños.
- Decirles que la muerte es permanente y causa de gran tristeza para los que han quedado vivos. Que no se culpabilicen por la muerte de otros.
- No decir a los niños que los muertos están felices en el cielo disfrutando de Dios. Es un concepto que no pueden comprender bien y pueden desear morir para estar con Dios.

También es conveniente el poder contar con un lugar de seguridad, donde una persona pueda ser aislada y a la vez estar supervisada.

4.11.2. Reconocimiento de cadáveres

Una situación especialmente angustiosa y dramática es la tarea del reconocimiento del cuerpo de un familiar fallecido. Suele ser muy corriente que los familiares quieran ver con sus propios ojos el cadáver, en una especie de ilusión para comprobar si ha ocurrido realmente y asegurarse de que van a enterrar a su familiar y no a otra persona. Si esta tarea se desarrolla en un local abierto por el alto número de víctimas se buscará siempre disminuir el impacto visual de los cuerpos extendidos, por ejemplo mediante biombos, aunque esta tarea se realizará siempre en mejores condiciones si se disponen de espacios

individualizados.

Ocasionalmente se han utilizado camiones frigoríficos con estos fines, debiéndose poner entonces un cuidado especial en su adecuación de forma digna y humanizada. Una forma de paliar el impacto visual de los cuerpos que no se corresponden con la persona buscada sería mantener alejado al familiar e ir pidiéndole pequeñas pistas y características físicas (ropa, cicatrices, etc.) que permitan asegurar al máximo que el reconocimiento no sea fallido.

Incluso cuando se tiene constancia fehaciente de la identidad de una víctima, muchos familiares desearán verlo como forma de decirle adiós y favorecer el proceso de duelo.

Se recomienda que antes se le cierren los ojos y se limpie todo rastro de sangre y retiren posibles instrumentos de reanimación. El cuerpo deberá estar cubierto, dejando visible el rostro y las manos, advirtiendo con anterioridad de posibles desfiguraciones o mutilaciones.

La familia deberá estar acompañada por algún miembro del personal, dispuesto a responder sus preguntas y apoyar posibles derrumbamientos emocionales. Muchas veces desearán tocar y decir algunas palabras al fallecido, permaneciendo junto a él no más de 15 minutos en general. El riesgo de contagio emocional puede disminuirse escalonando los reconocimientos y evitando que se mezclen familias en la entrada y la salida. Igualmente será necesario disponer de cuartos reservados donde los familiares puedan exteriorizar o compartir su aflicción. En algunos casos, resulta conveniente que algunos miembros no vean el cuerpo del familiar fallecido, si se les tranquiliza y se deja pasar el tiempo probablemente remita este deseo.

4.11.3. Instalación de capillas ardientes

Se recomienda un mínimo de privacidad e intimidad. Los funerales colectivos con los féretros desplegados suelen provocar contagios emocionales entre los familiares y complican aún más la situación.

4.11.4. Aspectos legales

Conviene tener preparados los certificados de defunción y una oficina centralizada desde donde facilitar a los familiares los pasos a seguir para el traslado de cadáveres.

4.11.5. Intervención de equipos de socorro en países extranjeros

A veces, los equipos de socorro (Ejército, Protección Civil, Bomberos, ONG, etc.) pueden desplazarse fuera del territorio nacional para prestar ayuda a terceros países.

Los datos de experiencias en este tipo de misiones permiten exponer los principios

generales y las líneas de acción en este tipo de intervenciones.

- a) La legitimidad de la intervención de los equipos de socorro en un país extranjero se basa en:
 - La existencia de acuerdos previos entre los dos países.
 - Una solicitud directa de demanda de ayuda formulada por los países siniestrados.
 - Una propuesta de terceros países refrendada por el país afectado.
- b) El equipo encargado debe recabar información sobre el desastre que suscita la intervención y además sobre los siguientes aspectos del país donde se va a actuar, concretamente sobre:
 - Situación de las infraestructuras, puertos, aeropuertos, carreteras, comunicaciones, hospitales y otros recursos que se puedan necesitar.
 - La población sobre la que se va a actuar, sus necesidades y problemas.
 - Idioma, costumbres, leyes, religión, población, tipo de gobierno.

Esta información es básica para preparar al personal, los equipos y el material que puede necesitarse.
- c) En algunas situaciones concretas se prefiere que sean los institutos armados los que intervengan:
 - Por su grado de jerarquización y pronta disponibilidad.
 - Por su capacidad para mantener el orden.
 - Por la potencia de sus medios.
- d) Es necesario que los equipos de socorro destacados en otros países tengan un equipo de apoyo logístico en territorio nacional, con el propósito de:
 - Atender a sus necesidades (apoyo material, información, coordinación).
 - Contacto y apoyo a sus familias.

- e) Preparación de la llegada del personal de socorro:

Antes de desplazar los equipos a la zona siniestrada, es necesario preparar su llegada, que puede hacerse:

- A través del consulado, conociendo las posibilidades de los equipos de socorro e informando de la realidad de la situación.
- A través de una comisión aposentadora que se destaca unos días antes y se pone en contacto con los representantes nacionales y locales. Esta comisión valora la situación real y planifica las estrategias de

actuación de los equipos.

f) Normas generales de actuación para los equipos de socorro:

- Ser autosuficientes. No pueden ser una carga más para los escasos recursos del país afectado.
- Actuar en coordinación con los equipos locales y otros extranjeros. No pueden producirse conflictos de competencias o enfrentamientos con otros equipos de socorro.
- Si se implantan sistemas de socorro distintos a los locales, se deben avisar previamente a los representantes del lugar.

g) Siempre se debe respetar la soberanía del país anfitrión.

- Es fundamental el respeto de las leyes y los reglamentos en vigor en el país. No se pueden transgredir las normas del país anfitrión.
- Los equipos deben integrarse de forma completa con los equipos y dispositivos de auxilios ya constituidos por las autoridades responsables del país.
- Debe evitarse cualquier tipo de comentario sobre el valor (cualitativo y cuantitativo) de los equipos existentes.

h) Las actuaciones deben adaptarse a las reglas y condiciones existentes, manteniendo las actuaciones sanitarias al más alto nivel de eficacia posible, teniendo en cuenta las costumbres y las condiciones locales; sobre todo se deben cuidar aspectos como:

- Exploraciones médicas de zonas corporales determinadas, transfusiones de sangre.
- Determinadas estrategias de organización: hospitalización separada de hombres y mujeres, presencia casi permanente de la familia cerca del herido.
- Hábitos de alimentación (alimentos prohibidos para determinadas creencias).
- Los ritos mortuorios y funerarios: cremación o inhumación. En el caso de algunas epidemias, pueden entrar en conflicto los ritos funerarios locales con las condiciones higiénico-sanitarias aconsejables.

4.11.6. Actuación psicológica en los campos de refugiados

A veces resulta necesaria la creación y organización de campos de refugiados para la asistencia a poblaciones desplazadas por la catástrofe. La elección del área del campo de refugiados requiere previamente considerar una serie de aspectos como los siguientes:

- El tiempo de permanencia. No se puede confundir un campo de refugiados con un “campo de tránsito”.
- El perfil socioeconómico de la población que incluye el tipo de núcleo familiar, el grado de jerarquía, las creencias religiosas y las costumbres.
- El grado de aceptación. Sobre todo las actitudes contrarias de autoridades locales o de las diferencias étnicas radicales que puedan condicionar la elección de un área determinada.

Para que el campo de refugiados tenga unas condiciones aceptables de habitabilidad, se debe instalar en un terreno llano, con buen drenaje, arbolado disperso y curso de agua cercano. El arbolado disperso protege contra el sol y la lluvia, pero puede ser un medio en el que un incendio se propague rápidamente. El curso del agua sirve para instalar las plantas potabilizadoras, debe quedar siempre fuera del perímetro del campo (es un potencial foco de epidemias) y a cierta distancia.

La organización de un campo de refugiados incluye:

a) Un centro de acogida, formado por:

- Zonas de desembarque: vehículos, helicópteros.
- Zonas de reunión para: heridos, enfermos, casos dudosos y sin clasificar.
- Botiquín, donde se realiza un primer reconocimiento.
- Punto de interrogatorio: sospechosos, portadores de armas, conflictivos.
- Centro de detención.
- Punto de registro.
- Punto de control: clasificación definitiva, tarjetas de identidad, agrupación por familias o grupos (tribus, etnias).

b) Área de vida: zona dedicada al alojamiento y los servicios comunes.

La tienda de campaña debe tener capacidad para acoger a una familia media de la zona. Se puede proporcionar un equipo de construcción de su propia casa, lo que genera sentimientos de posesión y pertenencia.

La atención psicológica en los campos de refugiados debe considerar las características socioculturales del grupo. La intervención conlleva una serie de medidas que tienden a:

- Mantener adecuados niveles de comunicación. En este punto, la selección y atención del intérprete son de suma importancia, es el filtro que permite la comunicación en ambos sentidos.
- Distribuir a la gente en las tiendas según normas de familia y vecindad, manteniendo en lo posible los vínculos sociales.
- Fomentar la autogestión. Para ello es importante detectar a los líderes y

respetar su cadena de mando, no puentearla. Se les apoyará para establecer normas de funcionamiento y disciplina. Hay que evitar el asentamiento de mafias y prestar atención a alborotadores, boicoteadores, agitadores y manipuladores. Se debe tener cuidado especial con guerrilleros y terroristas infiltrados en el campo.

Algunos grupos de personas plantean problemas específicos:

- La presencia de mujeres solas, especialmente cuando son jóvenes, que corren el riesgo de maltrato o abuso por las mafias de los campos.
- Los ancianos que pueden sufrir desorientación y confusión. También están más predispuestos a sufrir enfermedades orgánicas, desnutrición e incontinencia de esfínteres.
- Los niños, con su necesidad de movimiento y actividad. Para ellos deben organizarse guarderías y escuelas, donde se trabaje sobre la situación y se les estimule a expresarse por medio del juego. En principio debe procurarse que el niño lleve una vida diaria normalizada (colegio y juegos). Se debe procurar que sea su propia gente la que se encargue de ellos (sus propios maestros). La labor de los cooperantes será de coordinación y organización.

La distribución de bienes en los campos de refugiados es algo más que una distribución logística de recursos. Para una población implica:

- Unas condiciones de necesidad.
- Sentimientos de humillación, por tener que recibir lo más básico de otros.
- Percepción de desigualdad de trato.

Por eso se pueden originar conflictos, malestar y problemas de orden público.

Para tratar de evitar estos problemas es recomendable:

- Que, en vez de proporcionar los alimentos ya elaborados, se tienda en lo posible a proporcionar los ingredientes básicos. Los productos adecuados para su dieta habitual, costumbres y creencias religiosas, servirán para que los refugiados se elaboren su propia comida (a su gusto y criterio).
- El reparto conviene que se realice desde las familias (a ser posible), distribuyendo la comida a través de sus representantes. Serán ellos los encargados de dar explicaciones a su gente. En los campos de refugiados del Kurdistan, resultó negativo el reparto directo de comida de los soldados a los refugiados.
- No conviene repartir suministros no habituales (ropa, juguetes o golosinas) en pequeñas cantidades. Si no llega para todos, es casi seguro que dará lugar a problemas.
- Se debe controlar el reparto de agua y del combustible.

- Se debe estrechar la vigilancia sobre el agua y los alimentos no controlados sanitariamente.

Por último se deben mantener las expectativas sobre el carácter temporal del campo de refugiados. Esto es incompatible con aquellas medidas proclives a un asentamiento definitivo de la población en el campo.

Un exceso de confort y protección puede dificultar el retorno y la reinserción de los refugiados en sus lugares anteriores de residencia.

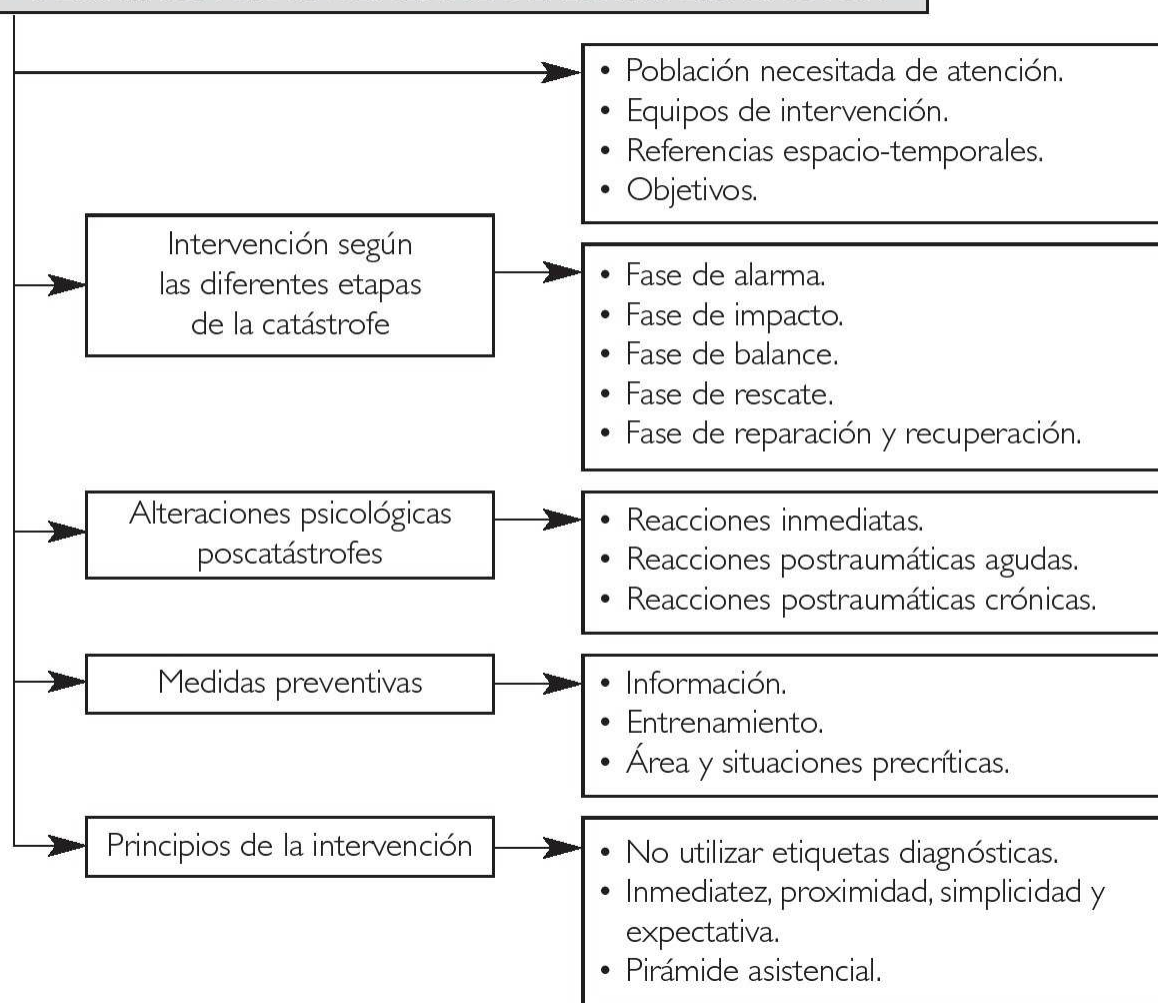
4.12. Sugerencias para una posible planificación preventiva

La aparición de una catástrofe suscita múltiples necesidades, entre ellas la atención psicológica, que no pueden improvisarse. Son necesarios comités de expertos multidisciplinarios para planificar y preparar posibles intervenciones. Sus misiones serían fundamentalmente:

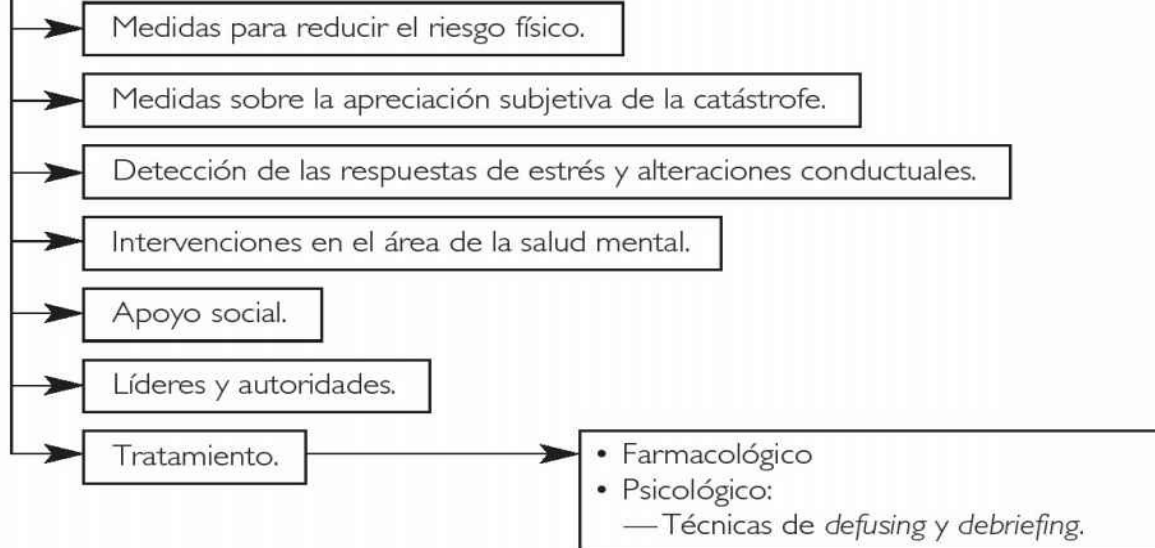
- a) Recoger información sobre los aspectos psicológicos y tipos de intervención en las emergencias, crisis y catástrofes, tanto en relación con las víctimas como con los equipos de rescate. Con estos datos se podría crear un archivo centralizado al que se podría acceder a través de Internet. Sobre esta base se podrían adecuar futuras actuaciones.
- b) Sensibilizar a gobiernos e instituciones sobre la importancia de los componentes emocionales de emergencias y catástrofes, así como sus posibles consecuencias en víctimas y personal de salvamento.
- c) Asesorar sobre posibles actuaciones en el campo de la salud mental a los diversos organismos o instituciones directamente implicados en las tareas de prevención y actuación en emergencias.
- d) Formación y entrenamiento de profesionales en este tipo de intervenciones (a ser posible que el personal sea de distinta procedencia: Ejército, Policía, Cruz Roja, Protección Civil, etc.).
- e) Divulgar, educando, sobre las conductas más frecuentes que se producen en las catástrofes y métodos sencillos para superarlas. Se impartirán clases en colegios, sensibilizando a la población desde la infancia.
- f) Colaborar en el desarrollo de estrategias informativas dirigidas a los medios de comunicación. Se puede preparar material informativo para las víctimas de cualquier tipo de desastre.
- g) Promover la investigación en este campo, facilitando las reuniones entre expertos.
- h) Atender a las poblaciones con riesgo mediante la información y el entrenamiento adecuados.

Cuadro resumen

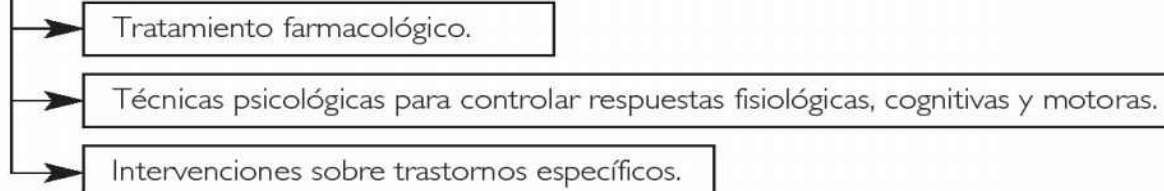
PLANIFICACIÓN GENERAL DE LA INTERVENCIÓN



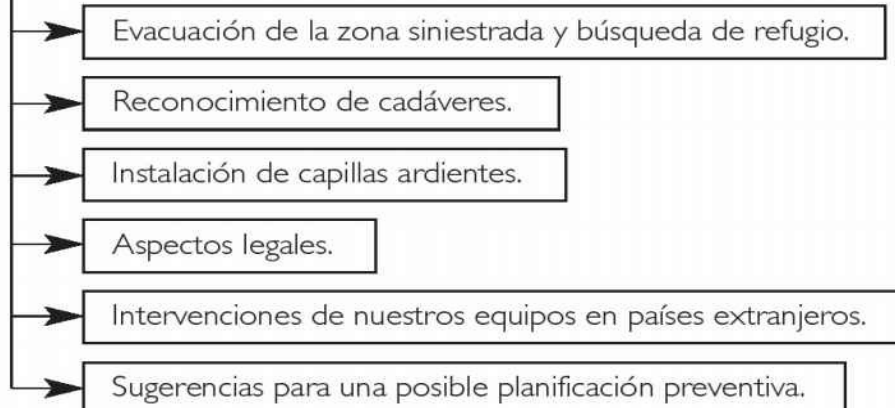
MEDIDAS GENERALES PARA LAS SECUELAS INMEDIATAS



INTERVENCIONES SOBRE SECUELAS POSTRAUMÁTICAS AGUDAS



OTROS ASPECTOS DE LA INTERVENCIÓN



Exposición de un caso clínico

Sebastián

Plan de tratamiento

Sesión 1

- Evaluación del problema.

Sesión 2

- Apoyo emocional.
- Objetivo: facilitar la expresión emocional de la víctima, desarrollar una relación de empatía y establecer las bases para llevar a cabo el programa terapéutico específico.

Sesión 3

- Reevaluación cognitiva.
- Objetivos: *a)* Explicación racional de lo que ocurre.
 - b* Reevaluación de los errores cognitivos de culpabilidad.
 - c)* Modificación de ideas irracionales, sobre todo en relación con la atribución de la responsabilidad.
 - d)* Indicación de los aspectos positivos existentes en la nueva situación (relación entre el trauma y el aquí y ahora).
- Técnicas: material de autoayuda, reestructuración cognitiva.

Sesión 4

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
- Objetivo: manejo de acontecimientos vitales negativos, incrementando su capacidad de reflexión sobre las variables que controlan su conducta.
- Técnicas: compartir sus experiencias traumáticas y las emociones que los acompañan con otros miembros del grupo.

Sesión 5

- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
- Objetivo: diferenciación de emociones, comprensión de situaciones que causan estrés y reducción de la tensión física.
- Técnica: relajación progresiva de Jacobson.

Sesión 6

- Afrontamiento del problema.
- Objetivo: habituación de las emociones relacionadas con el trauma y procesamiento del mismo.
- Técnica: exposición.

Sesión 7

- Entrenamiento en habilidades de autocontrol.
- Objetivo: manejo de la ira, agresividad y violencia.
- Técnicas: expresión y experimentación de estos sentimientos en un ambiente sano y controlado terapéuticamente.

Sesión 8

- Entrenamiento en habilidades asertivas.
- Objetivo: expresión de sentimientos.
- Técnica: autoexpresión con distintos materiales, entre ellos el dibujo.

Sesión 9

- Entrenamiento en habilidades asertivas.
- Objetivo: expresión de sentimientos.
- Técnicas: interpretación de roles, los espectogramas, las esculturas y la imaginación guiada.

Preguntas de autoevaluación

1. En qué tipo de catástrofes las bajas psíquicas preceden a las bajas físicas, llegando a producirse muy pocas bajas físicas, pero que, sin embargo pueden causar un gran efecto psicológico.

a) Las riadas.	☐
b) Las erupciones volcánicas.	☐
c) Las guerras bacteriológicas.	☐
d) Riesgo de fuga de radiaciones ionizantes.	☐
e) Secuestro masivo.	☐
2. En qué fase de las catástrofes pueden encontrarse algunas personas que decidan permanecer en zonas de riesgo o no tomen medidas de autoprotección

adecuadas, pudiendo deberse a mecanismos de negación psicológica y a la imposibilidad de manejar emocionalmente la situación:

- a) Fase de alarma. ☐
 - b) Fase de amenaza. ☐
 - c) Fase de balance. ☐
 - d) Fase de rescate. ☐
 - e) Fases de reparación y recuperación. ☐
3. Los principios de Salmon para el tratamiento de “la fatiga de combate” y que se pueden generalizar a situaciones de catástrofe son:
- a) Inmediatez. ☐
 - b) Proximidad. ☐
 - c) Sencillez. ☐
 - d) Expectativa. ☐
4. En la llamada pirámide asistencial en las catástrofes: ¿en qué nivel colocaría el tratamiento psicológico especializado, no incluido en un servicio hospitalario especializado?
- a) 1.^{er} nivel. ☐
 - b) 2.^o nivel. ☐
 - c) 3.^{er} nivel. ☐
 - d) 4.^o nivel. ☐
 - e) 5.^o nivel. ☐
5. En primera instancia y a nivel individual, ¿qué tipo de intervención psicológica aconsejaría usted?
- a) Técnicas de relajación. ☐
 - b) Técnicas de control respiratorio. ☐
 - c) *Debriefing*. ☐
 - d) *Defusing*. ☐
 - e) Descanso y reposo. ☐
6. Si se encuentra ante un presunto suicida, señale qué conducta NO sería adecuada por parte de usted.

a) Escucha activa, convenciéndole de que para nosotros es la persona más importante en ese momento. ☐

b) Intentar demostrarle que vamos a ayudarlo, que lo comprendemos. ☐

c) Utilizar frases tales como: "Les ha ocurrido a muchos, pero no intentan suicidarse". "No te preocupes, esto tiene solución." "Con el tiempo se te pasará." ☐

d) Transmitir calma, seguridad, tranquilidad, fortaleza emocional, sensación de que tú puedes ayudarlo; buscar algo que le haga agarrarse a la vida. ☐

e) Utilizar un tono de voz cálido, seguro; no gritar ni transmitir sensación de inseguridad personal. ☐

Guía para el paciente

La situación que acaba de vivir es un acontecimiento excepcional que puede superar las capacidades de las personas más preparadas. Las emociones, las sensaciones y los pensamientos que se tienen en estos momentos son normales ante un acontecimiento tan desproporcionado como el que acaba de vivir. Se trata de una experiencia muy desagradable que la mayoría de las personas acaba superando, por muy difícil que pueda parecer al principio. Seguidamente se exponen una serie de orientaciones y medidas sencillas que le pueden ayudar.

1. *Informarse*

El temor mayor surge ante lo desconocido, por eso una de las formas mejores de combatirlo es el conocimiento. Se sentirá aliviado si conoce lo que le está pasando, sus motivos, consecuencias y las posibles vías de solución.

2. *Tranquilizarse*

Está viviendo una experiencia desagradable que puede superar con el tiempo.

3. *Expresar sus emociones*

Hable sobre la experiencia, libere sus emociones (llorar puede aliviarle), no se avergüence de sentirse humano.

5.1. Reacciones de estrés

5.1.1. ¿Qué es lo que le está ocurriendo?

Ha sufrido un acontecimiento grave (catastrófico). Esto le produce un estado de malestar que técnicamente se denomina “estrés”.

5.1.2. ¿Qué es el estrés?

El estrés es un esfuerzo excepcional que realiza el organismo para responder a la amenaza provocada por la catástrofe. Normalmente el organismo no está preparado para esta situación, por ello puede sentirse inicialmente desbordado.

Las respuestas de estrés pueden esquematizarse en tres canales:

A) Cognitivo

Este canal representa los pensamientos y sentimientos que se experimentan ante la situación. Lo más frecuente es presentar temor, preocupación, inseguridad y miedo. También pueden aparecer sentimientos de malestar, vergüenza, culpabilidad, tristeza, enfado o sensación de impotencia.

Otras veces el impacto de la situación es tan fuerte que provoca un estado transitorio de confusión que puede seguirse de indecisión (“no se sabe qué hacer o qué decir”) que poco a poco va cediendo.

Experimentar estos sentimientos es un fenómeno normal que se presenta en la mayoría de las personas que han sufrido catástrofes. Lo importante es cómo son asumidos, así caben dos posibilidades:

- De forma negativa, sobre todo cuando se siente incapaz o trata de evitar enfrentarse con los problemas: “Me ha pasado una gran desgracia..., no voy a ser capaz de superarla”; “No quiero hablar de ello..., quiero olvidarme de todo”.
- De forma positiva, cuando intenta enfrentarse a la situación y controlarla: “Va a ser duro..., pero puedo con ello”.

B) Fisiológico

Este canal comprende todas las respuestas fisiológicas que se producen en el organismo para hacer frente (físicamente) a la situación: luchar o escapar.

Así se acelera el ritmo cardíaco y respiratorio, aumenta el metabolismo, aumenta el riego sanguíneo hacia los músculos y se aceleran otras funciones orgánicas. El resultado de este estado de activación fisiológica del organismo puede experimentarse en forma de síntomas corporales:

- Palpitaciones (aceleración del ritmo cardíaco).
- Respiración suspirosa, sensación de falta de aire (aceleración de la

- respiración).
- Sudoración, acaloramiento súbito.
- Orinar mucho o tener necesidad continua de orinar.
- Accesos de diarrea.
- Náuseas y vómitos.
- Temblor en manos y pies.
- Dolores de estómago, digestiones pesadas.
- Insomnio, dificultades para dormir (por el estado de alerta).

C) Conductuales o motores

Son los comportamientos que se realizan frente a la situación: quedarse quieto, salir corriendo, dar un rodeo para evitar pasar por delante de un determinado lugar y otras.

Serán positivas todas aquellas conductas que tiendan a enfrentarse con la situación, por ejemplo buscar apoyo e información, contribuir a las tareas de socorro, mantenerse activo, ayudar a otros más necesitados.

Serán negativas todas aquellas conductas que tiendan a huir, evitar o mostrarse pasivos ante los acontecimientos.

Estos tres sistemas de respuesta funcionan de forma interrelacionada. Cada persona tiene una forma de reaccionar diferente, dependiendo de sus características psicológicas.

5.1.3. ¿Cuáles son los síntomas del estrés?

Los principales síntomas de la reacción de estrés se reproducen en el [cuadro 5.1](#).

Cuadro 5.1. Principales síntomas de las reacciones al estrés

<i>Cognitivos</i>	• Miedos, fobias. • Confusión, problemas de atención, concentración y memoria. • Sentimientos de malestar. • Culpabilidad, vergüenza. • Tristeza, enfado, impotencia.
<i>Fisiológicos</i>	• Palpitaciones. • Sudoración, acaloramiento súbito. • Orinar mucho o tener necesidad continua de orinar. • Accesos de diarrea. • Náuseas/vómitos. • Temblor en manos y pies. • Hiperventilación (respiración agitada, produce sensación de pánico).

- Dolores de estómago, digestiones pesadas.
- Despertarse sobresaltado y desorientado en el tiempo y en el espacio.

<i>Conductas</i>	• Cansancio sin causa justificada. • Comportamiento nervioso. • Comportamiento irritable. • Quejarse continuamente.
------------------	--

5.1.4. Si tiene alguno de estos síntomas, ¿qué puede hacer?

- Hay que partir del hecho de que es una persona normal y está teniendo reacciones normales ante circunstancias anormales.
- No debe controlar en exceso sus reacciones, debe permitirse sentirse mal y no avergonzarse de ello.
- Hablar es el mejor remedio, hable con la gente, comparta sus sentimientos y pensamientos, aliviará sus tensiones.
- Pase tiempo con otras personas. Busque la compañía, procure no aislarse.
- Ayude a los compañeros lo máximo posible, compartiendo sentimientos y escuchándolos.
- Realice ejercicios físicos moderados, alternados con relajación, aliviará algunos de los síntomas físicos.
- Distribuya el tiempo, manténgase ocupado. Hágase una programación de actividades diarias, con regularización de horarios para comer, trabajar y descansar.
- Tome pequeñas decisiones cotidianas. No tome decisiones drásticas, éste no es el mejor momento.
- Haga cosas o piense en cosas que le hagan sentir bien.
- Coma de forma adecuada y regularmente (aunque no tenga apetito).
- Descanse lo suficiente para aumentar sus fuerzas. Si no puede dormir, escriba durante las horas de insomnio.
- Los sueños y pensamientos recurrentes acerca de la catástrofe son normales. No trate de combatirlos, disminuyen con el paso del tiempo y se hacen menos dolorosos.
- No trate de aliviar sus penas ahogándolas en alcohol o consumiendo otras sustancias, no necesita complicarse la vida con problemas de abuso de sustancias.

5.1.5. ¿Cuándo debe solicitar ayuda profesional?

Si ha puesto en marcha las distintas estrategias de afrontamiento del estrés que

acabamos de comentar y sigue agobiado y desbordado por los acontecimientos y los síntomas son severos o muy severos, necesita ayuda profesional.

5.2. Ansiedad

5.2.1. ¿Qué le sucede?

Si usted se encuentra muy inquieto, temeroso, muy acelerado y se enfada con mucha facilidad, esto que le está sucediendo es ansiedad. La ansiedad consiste en la presencia de un temor indefinido, aprensivo y que se manifiesta en forma de aceleración vital. La ansiedad tiene una función adaptativa, su misión es alertar al organismo de la presencia de un peligro; en muchas ocasiones se vuelve patológica, cuando la vivimos como tensión emocional y muscular, incomodidad, malestar y miedo hacia algo indefinido, y que además se escapa a nuestro control.

5.2.2. Síntomas de la ansiedad

- Miedo. Preocupación.
- Inquietud o impaciencia. Nervios.
- Palpitaciones y aceleración del ritmo cardíaco.
- Dolor o presión en el pecho. Sensación de falta de aire.
- Temblor u hormigueos.
- Tensión muscular.
- Sudoración excesiva.
- Vértigos y mareos.
- Dificultad para conciliar el sueño y sensación de no haber descansado.
- Irritabilidad.
- Dolores de cabeza.
- Dificultad para pensar y concentrarse.
- Molestias digestivas. Digestiones pesadas.
- Sequedad de boca.
- Ganas de llorar.

5.2.3. ¿Qué debe hacer?

- Intente expresar sus sentimientos a sus seres queridos o amigos.
- Intente realizar unas actividades diarias rutinarias.
- Disminuya el consumo de sustancias estimulantes (café, té, bebidas de colas, etc.).
- No caiga en la tentación de recurrir al alcohol u otras drogas para mitigar la

- tensión.
- Realice ejercicio físico moderado (los paseos o la natación son prácticas aconsejables).
- Mantenga los horarios habituales de comidas y coma lo acostumbrado: ni más, ni menos.
- Racionalice el trabajo. No abarque más de lo que pueda. Tómese tiempo libre.
- No tome decisiones importantes. Pospóngalas hasta que se encuentre mejor.

5.2.4. ¿Qué le está sucediendo?

Repentinamente ha sentido un fuerte dolor en el pecho, se le ha acelerado el corazón, no podía respirar, con sensación de mareo y de irrealidad. Tiene miedo a un ataque cardíaco, a morir; es cuestión de minutos. Ha tenido que ir a Urgencias, y le han dicho que lo que tiene son nervios.

Ha sufrido un “ataque de pánico”. La característica principal de estos ataques es la presencia recurrente de crisis de ansiedad. La primera vez ocurren sin que haya un motivo específico o situación particular; incluso puede que en esos momentos estuviera perfectamente relajado y tranquilo.

Después del primer ataque la persona que lo ha padecido suele estar excesivamente pendiente de sus señales corporales, y cualquier sensación corporal interna puede interpretarse de forma amenazante y provocar un nuevo ataque.

En ocasiones, la persona tiene miedo de que el ataque le ocurra en un sitio público y no pueda recibir ayuda. Tiene miedo a salir de casa solo, a ir a grandes almacenes o a utilizar el metro.

5.2.4. ¿Qué puede hacer?

Los pensamientos tienen una función muy importante en las crisis de pánico. Cualquier sensación corporal puede interpretarse de forma desproporcionada.

Evite las sustancias excitantes. El café, los refrescos de cola, etc. pueden aumentar la frecuencia cardíaca y su mente lo interpretaría como la presencia de un nuevo ataque.

Evite comidas que produzcan gases. Los gases producen molestias que también se pueden interpretar de forma inadecuada.

Haga ejercicios de respiración diafragmática.

5.2.6. Respiración diafragmática

El entrenamiento es muy sencillo. Siéntese cómodamente, ponga una de sus manos sobre el pecho, y la otra sobre la zona abdominal, de manera que el dedo meñique de la

mano de arriba toque el pulgar de la mano de abajo. Inspire suave y lentamente por la nariz (3-4 segundos), note cómo se llenan sus pulmones y cómo estómago y abdominales salen hacia fuera, empujando sus manos. Mantenga el aire dentro (2-3 segundos) y expire muy lentamente por la boca (4-5 segundos) hasta eliminar completamente el aire de sus pulmones. Note cómo sus manos se mueven. Repítalo 5 veces, descanse unos minutos y realice 5 ciclos de inspiración-expiración más.

Practique dos veces todos los días. Cuando sufra un ataque de pánico, la hiperventilación es una parte importante del mismo, utilice la siguiente variante del entrenamiento en respiración profunda: tome el aire más lentamente (4-5 segundos), manténgalo dentro (2-3 segundos) y vaya soltándolo por la boca todo lo lento que pueda (6-7 segundos). Haga una pausa (3-4 segundos) hasta la próxima inspiración y empiece de nuevo hasta completar el entrenamiento. La idea es enlentecer todavía más el patrón respiratorio para recuperar el equilibrio entre oxígeno y anhídrido carbónico.

5.3. Depresión

5.3.1. ¿Qué le ocurre?

Está triste, no tiene ganas de hacer nada, ha perdido el interés por las cosas que le rodean, se siente abatido; encuentra la vida pesada y no tiene futuro: tiene un cuadro depresivo.

5.3.2. Algunos síntomas de la depresión

- Sentimientos de tristeza y abatimiento.
- Ganas de llorar.
- Sentimientos de que no vale para nada.
- Sentimientos de culpa.
- Ansiedad e irritabilidad.
- Pérdida de energía. Se fatiga con facilidad.
- Pérdida de peso. Falta de apetito y en ocasiones atracones de comida.
- Pérdida de interés por los temas relacionados con el sexo.
- Dificultades para pensar.
- Aislamiento; prefiere estar solo y no ver a nadie.
- Trastornos del sueño: insomnio, despertares frecuentes, despertar temprano, etc.
- Ausencia de proyectos de futuro: siente que no tiene futuro.
- Ideación suicida. Se le pasan por la cabeza ideas de muerte.
- Problemas para pensar y concentrarse. Le cuesta mucho trabajo pensar.
- Pérdida del placer. Ya no disfruta con las cosas que disfrutaba antes.

5.3.3. Cuando está así, ¿qué puede hacer?

En primer lugar tenga paciencia. Le llevará algún tiempo volver a sentirse bien:

- Realice actividades placenteras.
- Practique algún deporte.
- No se marque metas que no pueda alcanzar.
- Intente relacionarse con los demás, procure no aislarse.
- Intente no pensar en cosas negativas.

5.3.4. ¿Cuándo solicitar ayuda profesional?

- Si ve que va a peor, que no mejora.
- Si tiene ideas recurrentes de muerte, o ha pensado varias veces en el suicidio.

5.4. Reacción de duelo

5.4.1. ¿Qué le está sucediendo?

En la catástrofe ha perdido a un ser querido, no puede soportarlo, le tiene presente continuamente; parece que le está viendo, que no se ha ido y, sin embargo, está fatal.

Lo que le está ocurriendo es lo que llamamos la reacción de duelo. Esta situación es una reacción emocional que se produce por la pérdida de un ser querido. No todas las personas necesitan el mismo tiempo para asimilar la pérdida; unos tardan más y otros menos.

5.4.2. Síntomas de una reacción de duelo

Fisiológicos:

- Dolores de cabeza.
- Cansancio. Fatiga muscular. Falta de energía.
- Taquicardias. Opresión en el pecho. Falta de aire.
- Sensación de nudo en la garganta. Boca seca.
- Vacío de estómago.
- Hipersensibilidad a los ruidos.

Cognitivos:

- Negación de la realidad.
- Negación del dolor.
- Se intenta justificar que la persona desaparecida no era tan importante para nosotros.
- Se ponen en duda las creencias.
- Sentimientos de impotencia.
- Sentimientos de culpa.
- Necesidad de culpar a alguien, a veces al propio desaparecido, de su muerte.
- Soledad, aislamiento.
- Se siente la propia muerte más próxima.
- Sentirse incapaz de continuar viviendo sin la presencia del desaparecido.

Conductuales:

- Problemas de insomnio.
- Falta de apetito.
- Se busca el aislamiento.
- Llamar en voz alta al desaparecido, como si siguiese vivo.
- Dejar sus cosas tal y como las dejó.

5.4.3. ¿Qué puede hacer?

- En primer lugar debe saber que está teniendo unas reacciones normales.
- Debe intentar comunicarse con alguien. Intente comunicar sus sentimientos: no se los guarde.
- Hable de todo ello. Intente revivir de nuevo todos los detalles, expresando sus sentimientos y descargando todas sus emociones. No se guarde nada.
- No le importe llorar, pero procure no esconderse para hacerlo y no olvide que los hombres también lloran.
- Busque apoyo en alguna persona amiga.
- No se sienta culpable por sentirse bien y tener ganas de disfrutar.
- Hay que aprender a vivir sin el fallecido; replantearse la existencia sin la persona querida.
- Cuando hable de la persona desaparecida hágalo en tiempo pasado.
- No tome decisiones importantes en estos momentos; espere un tiempo, cuando esté mejor ya las tomará.

5.4.4. ¿Cuándo pedir ayuda?

Hay que hacerlo cuando el duelo dura más tiempo del previsto. No todas las personas tardan el mismo tiempo en superar el duelo. Se puede decir que lo ha superado

si ya es capaz de hacer su vida diaria sin que esté centrado en la persona desaparecida y la recuerde con pena, pero sin ese dolor intenso que sentía al principio.

Debe pedir ayuda si está presente alguno de los siguientes factores:

- Si tenía una excesiva relación de dependencia con el fallecido.
- Si tiene que recurrir al alcohol o alguna otra droga para ayudar a superarlo.
- Si le ha aparecido algún trastorno desde entonces, que no ha podido superar.

5.5. Somatización

5.5.1. ¿Qué le está ocurriendo?

Se le está cayendo el pelo, le han salido “calenturas” en los labios, también le están saliendo manchas en la piel. Lo está pasando fatal.

Probablemente está somatizando problemas psicológicos. Cuando estamos sometidos a un estado emocional fuerte, necesitamos expresarlo. Hay personas que son capaces de comunicarse y expresar sus sentimientos a otras personas; pero hay otro tipo de personas que no saben expresar sus emociones, no saben compartirlas y “llevan la procesión por dentro”. El “vapor de la olla” tiene que salir por algún lado y se manifiesta a través del cuerpo.

5.5.2. ¿Qué puede hacer?

Intente llevar una vida sana, con sentido de autocontrol, tenga paciencia, exprese y comparta sus emociones y sentimientos: “Una pena entre dos es menos pena y la alegría es mayor si se reparte”, no niegue sus problemas. Busque apoyo social, intente mantener el buen humor, sea más tolerante.

5.6. Reacción aguda al estrés

5.6.1. ¿Qué le está pasando?

Desde hace unos días tiene la sensación de estar reviviendo una y otra vez esa horrible pesadilla que le ha acontecido. Está continuamente alterado, irritable, es incapaz de dormir, se asusta con cualquier ruido. Está teniendo sentimientos de desesperanza, piensa que ha podido ser el responsable de algunas muertes y se siente culpable por haber salido ileso.

Tiene una serie de síntomas de lo que llamamos trastorno por estrés agudo.

5.6.2. Síntomas del trastorno por estrés agudo

- Reexperimentación del acontecimiento traumático. Se tiene la sensación de revivir el trauma.
- Insomnio; pesadillas recurrentes sobre el trauma. Despertarse sobresaltado.
- Conductas de evitación de todos aquellos estímulos que nos puedan recordar el trauma.
- Irritabilidad.
- Estado de excesiva alerta.
- Embotamiento afectivo. Retraimiento emocional. Ya no le interesan las cosas que antes le agradaban.
- Ausencia de proyectos de futuro.
- Dificultad para pensar y concentrarse.

5.6.3. ¿Qué debe hacer?

- Comparta sus experiencias emocionales con otras personas que estén en una situación parecida a la suya.
- No necesita recurrir al alcohol para ahogar las penas y olvidar lo ocurrido.
- Evite el exceso de trabajo. No quiera hacer demasiadas cosas “para olvidar y evadirse”.
- Mantenga unos horarios estables. Coma a sus horas, aunque no tengas ganas.
- Practique algún deporte de forma moderada.

5.6.4. ¿Cuándo debe pedir ayuda?

- Cuando, transcurridos unos días, compruebe que los síntomas no remiten o se incrementan.
- Cuando empiece a coger miedo excesivo ante los estímulos asociados al trauma.

No olvide que estos síntomas se pueden cronificar, no piense que el tiempo todo lo cura, si ve que usted solo no puede, no dude en solicitar ayuda especializada.

Anexo

Instrumentos de evaluación

1. Específico para situaciones postraumáticas: PTSS- 10

Breve escala para la identificación de síntomas secundarios a desastres.

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

Instrucciones para contestar al cuestionario:

A continuación Vd. encontrará diez preguntas sobre reacciones comunes que la gente suele experimentar después de haber sufrido desastres o accidentes. Le rogamos que responda a cada pregunta indicando cómo se ha encontrado Vd. durante la última semana. Puede responder SÍ o NO (rodeando con un círculo lo que corresponda); ante la duda elija aquella alternativa más probable de las dos. Por favor, responda a todas las preguntas.

DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA HA SENTIDO USTED:

- | | |
|---|-------|
| 1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño | SÍ NO |
| 2. Sueños desagradables o pesadillas del acontecimiento | SÍ NO |
| 3. Sentimientos depresivos | SÍ NO |
| 4. Tendencia a sobresaltarse con ruidos o movimientos imprevistos | SÍ NO |
| 5. Tendencia al aislamiento de los demás | SÍ NO |
| 6. Se irrita o enfada con más facilidad | SÍ NO |
| 7. Frecuentes cambios de humor | SÍ NO |
| 8. Sentimientos de culpa, autoacusaciones, mala conciencia | SÍ NO |

- | | |
|--|-------|
| 9. Malestar al aproximarse al lugar del
acontecimiento o ante situaciones que lo
recuerdan de algún modo | SÍ NO |
| 10. Tensión en el cuerpo | SÍ NO |

2. LEAIQ

Cuestionario para la evaluación de los efectos tardíos de las lesiones por accidentes (LEAIQ): secuelas físicas, psíquicas o sociales.

NOMBRE Y APELLIDOS:

FECHA:

Instrucciones para contestar al cuestionario:

A continuación encontrará una serie de preguntas sobre el accidente y las consecuencias del mismo que Vd. ha podido sufrir. Lea cuidadosamente cada pregunta y responda aquello que refleje lo más fielmente posible su estado o situación DESPUÉS del accidente, en relación al que tenía ANTES de sufrirlo. Rodee con un círculo la respuesta adecuada.

1. A CONSECUENCIA DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN EL ACCIDENTE:

- 1.1. ¿Ha notado una disminución de sus facultades físicas? SÍ NO

En caso afirmativo, especifique de qué manera:
.....

- 1.2. ¿Ha notado una disminución de sus facultades psíquicas? SÍ NO

En caso afirmativo, especifique de qué manera:
.....

2. ¿EN QUÉ CONSISTÍA SU TRABAJO O ACTIVIDAD OCUPACIONAL PREVIO AL ACCIDENTE?:

3. A CONSECUENCIA DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN EL

ACCIDENTE (subraye lo que proceda):

- 3.1. Su trabajo o actividad profesional no se ha modificado.
- 3.2. Ha variado de trabajo o actividad profesional.
- 3.3. Se encuentra de baja o con incapacidad laboral transitoria.
- 3.4. Se encuentra con incapacidad permanente o pensión de invalidez.
- 3.5. Se encuentra percibiendo pensión de jubilación.
- 3.6. Otros (especifíquelos):

Si ha cambiado su situación laboral, ¿considera que el cambio está en relación directa con las lesiones sufridas

en el accidente?

SÍ
NO

4. ¿CÓMO DESEMPEÑA SU TRABAJO O ACTIVIDADES HABITUALES EN SU VIDA DIARIA (estudios, trabajo de la casa, hábitos de limpieza e higiene, alimentación, etc.) DESPUÉS DEL ACCIDENTE SUFRIDO? (subraye lo que proceda):

- 4.1. Satisfactoriamente durante la jornada completa.
- 4.2. Bien durante la mayor parte del tiempo.
- 4.3. Con dificultad.
- 4.4. Con mucha dificultad (necesita ayuda la mayor parte del tiempo).

Si han cambiado sus capacidades de autogobierno y autocuidado profesional y personal, ¿considera que estos cambios están en relación directa con las lesiones sufridas en el accidente?

SÍ
NO

5. SUS CAPACIDADES DE GOZAR Y DISFRUTAR EN SUS RATOS DE OCIO Y ESPARCIMIENTO A PARTIR DEL ACCIDENTE (subraye lo que proceda):

- 5.1. Se han incrementado.
- 5.2. No se han modificado.
- 5.3. Han disminuido.

Si se han modificado, ¿considera que ello está en relación directa con las lesiones sufridas en el accidente? SÍ NO

6. SUS CONTACTOS Y RELACIONES SOCIALES, A PARTIR DEL ACCIDENTE (subraye lo que proceda):

- 6.1. Se han incrementado.
- 6.2. No se han modificado.
- 6.3. Han disminuido.

Si se han modificado, ¿considera que ello está en
relación directa con el accidente sufrido? SÍ NO

7. SUS RELACIONES FAMILIARES Y CONYUGALES A PARTIR DEL
ACCIDENTE (subraye lo que proceda):

- 7.1. Han mejorado.
- 7.2. No se han modificado.
- 7.3. Han empeorado.

Si se han modificado, ¿considera que ello está en
relación directa con el accidente sufrido? SÍ NO

8. A CONTINUACIÓN SE PRESENTA UNA RELACIÓN DE SÍNTOMAS,
SUBRAYE AQUEL O AQUELLOS QUE LE HAN MOLESTADO EN LOS
ÚLTIMOS SEIS MESES:

- 8.1. Fatiga.
- 8.2. Irritabilidad.
- 8.3. Falta de iniciativa.
- 8.4. Cambios bruscos de humor.
- 8.5. Falta de concentración.
- 8.6. Debilidad.
- 8.7. Sensación de vértigo.
- 8.8. Sofocos y sudores.
- 8.9. Molestias digestivas.
- 8.10. Dificultad en la respiración.
- 8.11. Calambres y dolores musculares.
- 8.12. Dolor de cabeza.
- 8.13. Tendencia al aislamiento.
- 8.14. Pesadillas y sueños penosos.
- 8.15. Insomnio y dificultades en el sueño.
- 8.16. Temor o ansiedad.
- 8.17. Tensión.
- 8.18. Temor ante una situación que le recuerda a la del accidente.
- 8.19. Sobresalto ante ruidos bruscos e inesperados.
- 8.20. Disminución de la capacidad de memoria.
- 8.21. Dificultad ante la ejecución de tareas.
- 8.22. Depresión.
- 8.23. Angustia.
- 8.24. Otros (especifíquelos):

9. EN RELACIÓN A LAS POSIBLES MOLESTIAS QUE USTED PUDIERA

TENER ANTES DE SUFRIR EL ACCIDENTE, CONSIDERA QUE DESPUÉS DE HABERLO SUFRIDO (subraye lo que proceda):

9.1. No se han modificado.

9.2. Han empeorado.

¿En general opina usted que las molestias que ha experimentado en los últimos seis meses tienen

relación directa con las lesiones sufridas en el accidente?

SÍ
NO

10. EN CONJUNTO, SU ESTADO DE SALUD FÍSICA DESPUÉS DEL ACCIDENTE LO CONSIDERA (subraye lo que proceda):

10.1. Mejor que antes del accidente.

10.2. Igual que antes del accidente.

10.3. Peor que antes del accidente.

En el caso de que se haya modificado, ¿considera que ello está en relación directa con el accidente sufrido? SÍ NO

11. EN GENERAL, SU ESTADO DE SALUD MENTAL DESPUÉS DEL ACCIDENTE LO CONSIDERA (subraye lo que proceda):

11.1. Mejor que antes del accidente.

11.2. Igual que antes del accidente.

11.3. Peor que antes del accidente.

En el caso de que se haya modificado, ¿considera que ello está en relación directa con el accidente sufrido? SÍ NO

12. EN GENERAL, SU SITUACIÓN ECONÓMICA DESPUÉS DEL ACCIDENTE LA CONSIDERA (subraye lo que proceda):

12.1. Mejor que antes del accidente.

12.2. Igual que antes del accidente.

12.3. Peor que antes del accidente.

En el caso de que se haya modificado, ¿considera que ello está en relación directa con el accidente sufrido? SÍ NO

13. ¿A QUIÉN CONSIDERA RESPONSABLE DE LAS LESIONES QUE SUFRIÓ EN EL ACCIDENTE? (subraye lo que proceda):

13.1. A usted mismo.

13.2. A otros.

13.3. A nadie, fue totalmente fortuito.

14. ¿HUBO ALGUNA OTRA PERSONA/S LESIONADA/S AL MISMO TIEMPO QUE USTED EN EL MISMO ACCIDENTE? (subraye lo que proceda):

14.1. No.

14.2. Sí, sobrevivieron.

14.3. Sí, fallecieron.

En caso afirmativo, especifique el grado de relación que le unía a esas personas:

.....

15. ¿QUÉ RECUERDA DE LA EXPERIENCIA DEL MOMENTO DEL ACCIDENTE? (subraye lo que proceda):

15.1. No recuerda nada.

15.2. No pensaba que sería lesionado gravemente.

15.3. Pensaba que sería gravemente lesionado.

15.4. Pensaba que podía morir.

16. ¿CONSIDERA DEFICIENTE LA ASISTENCIA MÉDICA QUE USTED RECIBIÓ EN RELACIÓN A LAS LESIONES SUFRIDAS EN EL ACCIDENTE? (subraye lo que proceda):

16.1. No.

16.2. Sí, insuficiente e incompleto examen médico.

16.3. Sí, insuficiente información sobre la naturaleza de las lesiones y sus consecuencias.

16.4. Sí, insuficiente tratamiento de fisioterapia o rehabilitación física.

16.5. Sí, insuficiente ayuda psicológica para superar las dificultades surgidas tras el accidente.

16.6. Sí, insuficiente información a la familia.

16.7. Otras deficiencias (especifíquelas):

.....

17. ¿CONSIDERA DEFICIENTES LAS AYUDAS SOCIALES Y/O ECONÓMICAS QUE HA RECIBIDO TRAS EL ACCIDENTE? (subraye lo que proceda):

17.1. No.

17.2. Sí, considera que ha recibido insuficiente información sobre los apoyos sociales y económicos que pudiese recibir.

17.3. Sí, insuficiente asistencia social (para ayuda en casa, ayuda al transporte, guardería de los hijos y similares).

17.4. Sí, insuficiente ayuda económica (compensaciones económicas por los

daños, pensiones, etc.).

17.5. Otras (especifíquelas):

18. ¿CONSIDERA NECESARIA LA MODIFICACIÓN, DE TODO O UNA PARTE, DEL TRATAMIENTO QUE USTED HA ESTADO RECIBIENDO, TANTO HOSPITALARIO COMO LAS REVISIONES PERIÓDICAS? SÍ NO

En caso afirmativo, especifique en qué medida:
.....

19. ¿CONSIDERA USTED QUE COMO RESULTADO DE LAS LESIONES SUFRIDAS EN EL ACCIDENTE, NECESITA TODAVÍA ALGÚN TIPO DE AYUDA? (subraye lo que proceda):

- 19.1. Ayuda médica.
19.2. Ayuda psicológica.
19.3. Ayuda social.
19.4. Ayuda económica.
19.5. No precisa ningún tipo de ayuda.

En caso afirmativo, ¿podría especificar más el tipo de ayuda que precisaría?:
.....

20. ¿LE GUSTARÍA AÑADIR ALGÚN COMENTARIO?

.....

3. Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg (EADG)

Nombre y apellidos: Edad

Fecha de aplicación:

Subescala de ansiedad

SÍ NO

¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? ☐ ☐

¿Ha estado muy preocupado por algo? ☐ ☐

¿Se ha sentido muy irritable? ☐ ☐

¿Ha tenido dificultad para relajarse? ☐ ☐

¿Ha dormido mal o ha tenido dificultades para dormir? ☐ ☐

¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? ☐ ☐

¿Ha tenido los siguientes síntomas:
temblores, hormigueos, sudores, diarrea? ☐ ☐

¿Ha estado preocupado por su salud? ☐ ☐

SÍ NO

□ □

11

11

11

4. Modelo de autorregistro

Día	Hora	Antecedentes situacionales	Conductas			Consecuencias
			Cognitivas	Fisiológicas	Motoras	

Clave de respuestas

Capítulo 1

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☒	☐	☐	☐	☐
2.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐

Capítulo 3

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
2.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐

Capítulo 2

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐
2.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐

Capítulo 4

	a	b	c	d	e
1.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
2.- Pregunta:	☐	☒	☐	☐	☐
3.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
4.- Pregunta:	☐	☐	☐	☒	☐
5.- Pregunta:	☐	☐	☐	☐	☒
6.- Pregunta:	☐	☐	☒	☐	☐

Lecturas recomendadas y bibliografía

Lecturas recomendadas

- Brenson Lazán, G. y Sarmiento Díaz, M.^a Mercedes (1998). *Y ahora... ¿Cómo hago? Un librito amigo para los niños que han sufrido una pérdida*. Santafé de Bogotá, Colombia: Fundación Neo-Humanista. Apartado Aéreo 50717 (website: <http://neo-humanista.org>).
- Colegio Oficial de Psicólogos (1997). Intervención psicológica en desastres. *Revista Papeles del Psicólogo*, 68.
- Compendio de Guías Básicas. Asociación Mexicana para Ayuda Mental en Crisis. A. C. Mexican Association for Crisis Therapy.
- Disaster Mental Health Services. *A Guidebook for Clinicians and Administrators*. California: Department of Veterans Affairs. The Nacional Center for Post-Traumatic Stress Disorder. Education & Clinical Laboratory. VA Palo Alto Health Care System. Menlo Park (se puede bajar gratuitamente de la red: www.ncptsd.org).
- Ley 2/1985, de 21 de enero, sobre Protección Civil. Establece el marco institucional adecuado para poner en funcionamiento el sistema de Protección Civil. Posteriormente se publican una serie de Reales Decretos que desarrollan la ley (RR. DD. 1378/1985, 888/1986, 648/1989, 407/1992, etc.).
- Mapfre Seguridad (1995). Catástrofes, situaciones de riesgo y factores psicosociales. *Revista*, 57.
- Páez, D. (1998). *Aspectos sociales de las catástrofes*. Universidad del País Vasco. Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento.

Bibliografía

- Blake, D. D., Weathers, F. F., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S. y Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *J. Trauma Stress*, 8 (1); 75-90.
- Cie-10 (Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades) (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Chemtob, C. M., Tomás, S., Law, W. y Cremniter, D. (1997). Postdisaster psychosocial intervention: a field study of the impact of debriefing on psychopathological distress. *American Journal of Psychiatry*, 154, 415-417.
- Crocq, L., Doutheau, C. y Sailhan, M. (1987). Les reactions emotionnelles dans les catastrophes. *Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie*, 37113 d10, 2, 8 p.
- Davidson, J. R. T. y Colket, J. T. (1997). The eight-item treatment-outcome PTSD scale: a brief measure to assess treatment outcome in PTSD. *International Clinical Psychopharmacology*, 12, 41-45.
- DSM-IV (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Erichsen, J. E. (1866). *On railway and other injuries of the nervous system*. Londres: Maberly & Walton. Citado en Trimble, T. R. (1985). *Posttraumatic stress disorder: history of a concept*, en: *Trauma and its wake: the study and treatment of post-traumatic stress disorder*. Figley, C. R. (Ed.). Nueva York: Brunnel-Mazel.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O. y Molnar, C. (1995). *Cognitive-behavioral therapy of PTSD, neurobiological and*

- clinical consequences of stress: from normal adaptation to PTSD*. Friedman, M. J., Charney, D. S. y Deutch, A.Y. (Eds.). Nueva York: Raven Press.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* 2.^a edición. Nueva York: Jason Aronson.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mc Farlane, A. C. (1989): The etiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Medical Journal Psychiatry*, 154, 221-228.
- Mitchell, J. T., Dyregrov, A. (1993). Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel: prevention and intervention. En J. P.Wilson y B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 905-914). Nueva York: Plenum Press.
- Peterson, C. y Seligman, M. E. (1983). Learned helplessness and victimización. *Advances in Experimental Social Psychology*, 22, 211-244.
- Solomon, Z., Benbenishty, R. (1989). The role of proximity, immediacy, and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among israelis in the lebanon war. *American Journal of Psychiatry*, 143, 613-617.
- Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Wright, K. M. y Mc Carrol, J. E. (1990). *Trauma, disasters and recovery*. Bethesda, Maryland: Department of Psychiatry, F. Edward Hebert School of Medicine, Uniformed Services University of the Health Sciences.
- Van der Kolk, B. A., Greenberg, M. S., Boyd, H. y Krystal, J. H. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: toward a psychobiology of posttraumatic stress. *Biol Psychiatry*, 20 (3), 314-325.
- Weisaeth, L. Prepare and repair: some principles in prevention of psychiatric consequences of traumatic stress. *Psychiatria Fennica*, 23, suplemento, 11-18.

Índice

Portada	2
Créditos	6
Índice	7
Capítulo 1. Introducción	10
1.1. Introducción histórica	10
1.2. Catástrofes: concepto y clasificación	12
1.3. Epidemiología	14
1.4. Alteraciones del comportamiento observadas en las catástrofes	15
1.5. Curso y evolución	17
1.6. Diagnóstico	23
Cuadro resumen	24
Exposición de un caso clínico	26
Preguntas de autoevaluación	27
Capítulo 2. Factores etiológicos en los comportamientos reactivos a las situaciones de catástrofe	29
2.1. Introducción	29
2.2. Variables implicadas	30
2.3. Respuestas de estrés	35
2.4. Modelos	38
2.5. Modelo propuesto	45
Cuadro resumen	47
Exposición de un caso clínico	49
Preguntas de autoevaluación	49
Capítulo 3. Evaluación psicológica	51
3.1. Introducción	51
3.2. Objetivos de la evaluación psicológica	52
3.3. Fases en la evaluación psicológica	52
3.4. Análisis descriptivo	54
3.5. Exploración clínica	57
3.6. Entrevistas y cuestionarios	58
3.7. Evaluación psicofisiológica	60
3.8. Diagnóstico y diagnóstico diferencial	63

3.9. Análisis funcional	66
Cuadro resumen	68
Exposición de un caso clínico	68
Preguntas de autoevaluación	70
Capítulo 4. Tratamiento de los afectados por las catástrofes: guía para el terapeuta	72
4.1. Introducción	72
4.2. Planificación general de la intervención	72
4.3. Intervención según las diferentes etapas de la catástrofe	78
4.4. Medidas preventivas	83
4.5. Principios de la intervención	85
4.6. Medidas generales de actuación sobre las secuelas inmediatas de la catástrofe	89
4.7. Tratamiento farmacológico	97
4.8. Técnicas de intervención: defusing y debriefing	105
4.9. Intervención sobre las secuelas agudas postraumáticas	115
4.10. Intervención sobre trastornos específicos	127
4.11. Otros aspectos que deben considerarse	135
4.12. Sugerencias para una posible planificación preventiva	144
Cuadro resumen	145
Exposición de un caso clínico	147
Preguntas de autoevaluación	148
Capítulo 5. Guía para el paciente	151
5.1. Reacciones de estrés	151
5.2. Ansiedad	155
5.3. Depresión	157
5.4. Reacción de duelo	158
5.5. Somatización	160
5.6. Reacción aguda al estrés	160
Anexo. Instrumentos de evaluación	162
PTSS-10	162
LEAIQ	163
EADG	168
Modelo de autorregistro	169
Clave de respuestas	172

