



PROTOCOLO

POS
CATÁS
TROFES

COLEXIO OFICIAL DE PSICOLOXÍA DE GALICIA



Depósito Legal: C 1624-2021



POS CATÁS TROPES

GRUPO DE TRABAJO

CAMPOS MOURIÑO, XIANA

CARBALLAL FERNÁNDEZ, ALICIA

GONZÁLEZ CABALEIRO, DOLORES

LOSADA SOMOZA, M^a LUZ

NAVARRO MARCOS, ANDREA

PRIETO FERNÁNDEZ, CRISTINA
(coordinadora)

REY POUSADA, ALEJANDRA

SANMARTINO ARIAS, CAROLINA

[1]	INTRODUCCIÓN	05
[2]	JUSTIFICACIÓN	07
	2.1 – Conceptos básicos	
	2.2 – Tipos de consecuencias psicológicas	
[3]	OBJETIVOS DEL PROTOCOLO	10
[4]	INTERVENCIÓN POSCATÁSTROFE	12
	4.1 – Inicio de intervención	
	4.1.1 – Derivación de personas afectadas	
	4.1.2 – Equipo de intervención	
	4.1.3 – Usuarios/as	
	4.1.4 – Sesiones	
	4.2 – Evaluación de las personas afectadas	
	4.3 – Modalidad de intervención (individual/grupal)	
	4.4 – Finalización de la intervención	
[5]	COORDINACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS	19
[6]	CONCLUSIONES	21
[7]	BIBLIOGRAFÍA	23

[1]

INTRODUCCIÓN

La intervención en crisis, entendida como la que se realiza en situaciones de emergencia, desastre y catástrofe, ha ido cobrando en los últimos tiempos especial atención en el campo de la Psicología.

Este tipo de intervención psicológica tiene un papel relevante en situaciones donde los sucesos vitales atentan contra la integridad física de las personas, causan daños materiales o cuantiosas pérdidas económicas, así como también en aquellos sucesos que generan un profundo impacto emocional en las personas afectadas, en los equipos de intervención y en la comunidad en general.

Está probado, por otra parte, que estos sucesos pueden generar repercusiones a corto y largo plazo en la salud mental de las personas, por lo que se ha reconocido la importancia que una intervención temprana tiene en la recuperación psíquica/psicológica de los afectados.

A pesar de que el inicio de la intervención en crisis se puede situar en los años 50, a consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, en España comienza a adquirir mayor relevancia tras la inundación ocurrida en el Camping “Las Nieves” de Biescas en 1996, donde se cuenta por primera vez con la participación de psicólogos/as y psiquiatras en la asistencia a las víctimas. Tras valorar la importancia de

estas intervenciones, se procede a la creación en 1997 de los Grupos de Intervención Psicológica en Catástrofes y Emergencias (GIPCE) en la mayoría de los colegios oficiales de psicología de España.

En Galicia, el ámbito de actuación e intervención del GIPCE está bien definido y tiene convenio de colaboración con la Xunta de Galicia desde el año 1997. En este sentido, cuando a nivel autonómico tiene lugar alguno de estos sucesos por los que se precisa intervención psicológica está adecuadamente establecida y protocolizada su actuación, que se realiza “in situ” en el lugar del suceso y finaliza a las 72 horas tras el evento crítico.

En los últimos 50 años hemos asistido en Galicia a varias situaciones de emergencia que han comprometido la salud mental de la población. En 1987, el accidente del carguero Cason frente a las costas gallegas, además de la muerte de 23 de sus 31 tripulantes, provocó en la población costera una gran alarma social y reacciones de pánico ante la amenaza de una “nube tóxica” que se dirigía a tierra, según las declaraciones del presidente en aquel momento, del Gobierno gallego Fernando González Laxe.

En 2013, el accidente del tren Alvia en Santiago de Compostela causó 80 fallecidos y 144 heridos de diversa consideración. Tanto supervivientes a la tragedia como familiares de fallecidos continúan padeciendo síntomas como pesadillas, flashbacks, ansiedad y/o miedos intensos, entre otros, que afectan notablemente a las actividades de su vida diaria. Además, algunos profesionales de emergencias, periodistas y vecinos de Angrois necesitaron atención psicológica en las siguientes semanas al suceso por sufrir síntomas que les impedían recuperar sus rutinas y su vida diaria.

El 23 de mayo de 2018, la explosión de un almacén ilegal de material pirotécnico en la localidad de Paramos, ayuntamiento de Tui, causó 2 fallecidos y decenas de heridos de diversa gravedad, al mismo tiempo que destruyó 30 viviendas cercanas a dicho almacén. Si bien este suceso no fue tan relevante por el número de fallecidos, sí lo fue por las implicaciones emocionales que suponía haber perdido la vivienda (la gran mayoría tuvieron que ser demolidas), las pertenencias (en sus casas estaba toda la documentación y enseres personales) y con ello, una ruptura en las rutinas diarias tanto de menores, adolescentes, personas adultas y mayores.

Una vez más, la necesidad de garantizar una respuesta a los problemas de salud mental de la población tras la emergencia queda plasmada durante la pandemia por COVID-19 que provoca la declaración del estado de alarma en todo el territorio español el 14 de marzo de 2020. El confinamiento domiciliario, la pérdida de seres queridos, el aislamiento, el miedo al contagio, la pérdida de empleo real o posible, la disminución o pérdida de ingresos, las

restricciones de la movilidad, compatibilizar la vida privada con el teletrabajo, la exposición al contagio del personal sanitario y otras profesiones esenciales, la incertidumbre, las informaciones contradictorias, etc., funcionan como estresores que afectan en mayor o menor medida a toda la población. Síntomas que en una situación como la que estamos viviendo en la que los factores estresores se están manteniendo durante meses necesitan de una atención psicológica especializada y adecuada para que no se cronifiquen y/o deriven en trastornos más graves.

La realidad actual es que una vez que el GIPCE finaliza su intervención en las situaciones de emergencia, las personas afectadas encuentran dificultades para mantener esa continuidad en la atención que necesitan, en ocasiones porque no obtienen cita en salud mental y otras porque esa cita tiene una lista de espera de meses. Ante esto se genera un sentimiento de desamparo que actúa agravando la sintomatología ya existente y, por tanto, generando todavía mayor malestar.

Este Protocolo Poscatástrofes pretende ser una guía de actuación e intervención que dé continuidad a los primeros auxilios psicológicos tras un suceso crítico, con la finalidad de que las intervenciones no se demoren en el tiempo previniendo, por tanto, trastornos psicopatológicos que puedan agravarse o cronificarse por no realizar una intervención a corto plazo tras el evento.

[2]

JUSTIFICACIÓN

El bienestar biopsicosocial de las víctimas es uno de los ejes prioritarios respecto a las intervenciones en salud mental en contexto de emergencias y desastres, por lo que resulta imprescindible otorgar un apoyo adecuado en dichos ámbitos con el fin de proteger y prevenir la aparición de trastornos mentales secundarios a la vivencia de alguna de estas situaciones, y este objetivo sólo puede ser posible si se le da continuidad a la intervención psicológica tras el evento crítico.

2.1 – CONCEPTOS BÁSICOS

Nos parece oportuno aclarar de forma breve algunos términos que en ocasiones se utilizan de forma similar pero que tienen significados diferentes también a la hora de la intervención, como son los términos de “crisis”, “accidentes”, “emergencias”, “catástrofes” o “desastres”.

El término **crisis** se utiliza para hacer referencia a un estado delicado y conflictivo en el cual, por circunstancias de origen interno o externo, se rompe el equilibrio y la nor-

malidad de un sistema y se favorece su desorganización. También hablamos de **crisis** cuando nos referimos a la respuesta que da el organismo ante un suceso de alto impacto emocional que sobrepasa sus recursos de afrontamiento.

Cuando atendemos al tipo de suceso, hablamos de **accidente, emergencia, desastre o catástrofe**, dependiendo del número de afectados y de la capacidad de respuesta del sistema. Repasando en la literatura las definiciones de estos términos podemos llegar a la conclusión de que:

- Un **accidente** es un suceso imprevisto y no deseado que implica daños a un menor número de personas, causando, por tanto, un menor estrés en la colectividad. En este caso la población queda fuera de los efectos del fenómeno o siniestro, la vida cotidiana de la comunidad no se ve alterada y los sistemas de respuesta y ayuda a los afectados no están dañados y pueden actuar. Ejemplos serían los ocupantes de un automóvil en un accidente, público asistente a un espectáculo, inquilinos de un piso...
- Una **emergencia** es una situación que aparece cuando surge un fenómeno o suceso eventual, inesperado y desagradable por su poder para causar daños o alteraciones en las personas, los bienes, los servicios o el medio ambiente. La emergencia supone una ruptura de la normalidad de un sistema, pero no excede la capacidad de respuesta de la comunidad afectada. Como ejemplo de emergencia se podrían reseñar los incendios forestales en octubre de 2017 en la zona de Baiona y alrededores.
- Un **desastre** es una situación en la que toda la población de forma indiscriminada se ve afectada por los hechos: altera el funcionamiento vital de la sociedad (biológico, orden del sistema, sistema moral y motivación de los individuos). En los desastres se produce alarma en toda la sociedad, pero los sistemas de respuesta institucionales, públicos y privados quedan indemnes pudiendo ayudar a la colectividad afectada. Un ejemplo de desastre fue el 11-M (España, 2004). También nos serviría el terremoto de Lorca (España, 2011).
- Una **catástrofe** es una situación resultante de acontecimientos imprevistos, brutales y repentinos que alteran o interrumpen sustancialmente el funcionamiento de una comunidad o sociedad por ocasionar gran cantidad de afectados, daños e impactos materiales, y cuya atención supera los medios disponibles de la propia comunidad. Se produce una importante

desorganización social y se precisa ayuda del exterior. En la catástrofe, los individuos afectados no podrán contar con ayuda institucional, al menos en los primeros momentos, y tendrán que hacer frente a las consecuencias del fenómeno con sus propios medios. Un ejemplo de catástrofe lo constituyó el tsunami de Indonesia de 2004.

Cuando las consecuencias del fenómeno se alargan en el tiempo hablamos de **calamidad**. Este es el caso de sequías continuadas, la desertización o las pandemias por virus resistentes.

Desde el punto de vista de la **intervención** encontramos características comunes que comparten tanto las catástrofes como los desastres, emergencias y accidentes.

Estas son las siguientes:

- Son imprevistos y accidentales.
- Causan sorpresa, indefensión y desestabilización.
- Implican pérdida o amenaza de la vida o de la propiedad, perturban el sentido de la comunidad y provocan consecuencias adversas para los supervivientes.
- Precisan intervención no demorable. Son situaciones de urgencia.
- Aparecen reacciones psicológicas similares.
- Son sucesos o eventos críticos, es decir, potencialmente traumáticos. La capacidad para causar trauma dependerá de las características personales del afectado (edad, estado vital, experiencias previas, capacidad de afrontamiento, recursos disponibles...) y de las características del suceso en sí. A este respecto hay que señalar que los sucesos de origen humano de carácter intencionado (por ejemplo, un acto de agresión sexual, un acto terrorista...) tienen mayor potencial traumático que un suceso de origen humano accidental (por ejemplo, un accidente laboral o un accidente de tráfico) o que un suceso de origen natural (por ejemplo, una inundación, un incendio).

Inicialmente, se consideraban **víctimas** sólo a aquellas personas que habían sufrido lesiones, enfermedad, pérdida de seres queridos y/o pérdidas materiales como consecuencia de la situación crítica vivida. Sin embargo, se ha

visto que el impacto del desastre puede llegar a afectar a un amplio número de personas que Taylor (1982) clasifica en seis niveles:

- **NIVEL 1:** Personas que experimentan directamente el desastre.
- **NIVEL 2:** Familiares y allegados de los afectados.
- **NIVEL 3:** Personal de servicio asistencial (miembros de rescate, bomberos, sanitarios, policía, equipos de apoyo psicosocial, etc.).
- **NIVEL 4:** Personas vinculadas a la organización/comunidad afectada.
- **NIVEL 5:** Personas que son emocionalmente vulnerables que estuvieron en las proximidades del impacto y muestran patología subyacente.
- **NIVEL 6:** Incluye familiares de personas del nivel 3; profesionales que pueden ver afectada su competencia al vivir una demanda elevada y prolongada de su trabajo, identificarse emocionalmente con las víctimas del nivel 1 o 2, o desear hacer algo útil en la situación.

2.2 – TIPOS DE CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

En general, una situación de crisis o emergencia por sus propias características de imprevisibilidad, puede poner a prueba los propios recursos y los diferentes medios de toda la comunidad respecto a la capacidad de reacción del ser humano.

Cada persona afronta la situación de diferente forma en función de las propias características, su estado emocional, los propios recursos, sus experiencias previas, el grado de intensidad y duración de la situación y sus expectativas de resolución respecto a la misma, pudiéndose dar una serie de respuestas comunes en la mayoría de afectados durante y después de la misma.

Algunas de las **respuestas más frecuentes** durante y después de una emergencia pueden ser, atendiendo al triple sistema de respuesta:

- **A nivel motor:** conducta desorganizada, trastornos del habla, desconfianza, abuso de sustancias tóxi-

cas, fatiga generalizada, llanto, tristeza, inhibición, agresividad, autolesiones y conductas autolíticas, entre otras.

- **A nivel cognitivo/emocional:** Sentimientos de culpa (en especial si hay un familiar fallecido), confusión, negación, pérdida de control, desorientación, amnesia, despersonalización/desrealización, disociación, ideación suicida... Miedo irracional, episodios de pánico, estado de shock, ansiedad anticipatoria, ansiedad generalizada y estrés postraumático, entre otras.
- **A nivel fisiológico:** Temblores, taquicardia, sensación de ahogo, opresión en el pecho, tensión muscular, cefalea, escalofríos, relajación de esfínteres, etc.

Este tipo de respuestas se pueden instaurar y permanecer, o, por el contrario, desaparecer tras la resolución del incidente crítico. En general son respuestas “normales” ante una situación anormal y pueden estar moduladas por la intensidad y duración del evento crítico y por el factor incertidumbre tras la situación.

Cualquiera de estas respuestas puede indicar un desajuste momentáneo en la conducta, o bien, constituirse en un elemento discriminativo que anticipa un desajuste adaptativo más consistente o generalizado que debe ser evaluado por un profesional de salud mental. En este sentido, si después de la situación crítica la persona consigue integrar y redefinir la nueva situación hacia un cambio positivo, tendrá mayores posibilidades de restaurar el equilibrio emocional.

Si por el contrario, **estas conductas permanecen en el tiempo**, se pueden condicionar y generalizar a situaciones posteriores, dando lugar a **trastornos emocionales**.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es, sin duda, el trastorno mental más frecuente entre las víctimas directas o indirectas de las situaciones de emergencias o catástrofes, y, por tanto, el que más atención ha acaparado por parte la comunidad científica. No obstante, es importante subrayar que, tras una situación traumática, pueden aparecer una gran variedad de síntomas psicopatológicos y trastornos mentales diagnosticables distintos del TEPT. Entre estos últimos, quizás los más frecuentes son los trastornos adaptativos con estado de ánimo ansioso, depresivo o mixto, el trastorno depresivo mayor, la agorafobia, el trastorno por pánico (o trastorno de angustia) y el trastorno de ansiedad generalizada.

La prevención del riesgo psicológico respecto a este tipo de problemas emocionales supone sin duda, **la atención inmediata de los afectados**.

[3]

OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

OBJETIVOS GENERALES

- Crear un **documento que defina y encuadre la actuación desde la psicología en situaciones de crisis originadas tras accidentes, desastres, emergencias y catástrofes** una vez finalizados los primeros auxilios psicológicos.
- **Protocolizar la intervención psicológica en dichas situaciones a todas las personas afectadas con la mayor inmediatez y proximidad posible.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir aspectos generales de la metodología de intervención psicológica con los afectados para disminuir el impacto emocional y social, facilitando el proceso de recuperación y el retorno a la normalidad con la mayor brevedad posible.
- Determinar los distintos escenarios y momentos de la intervención, así como establecer la metodología de actuación y recursos necesarios en cada uno de ellos.
- Delimitar grupos de afectados de alto riesgo y canalizar los recursos necesarios para su futuro ajuste psicológico y social.
- Diseñar y organizar la puesta en marcha de los servicios de atención orientados a la crisis posterior a una catástrofe o emergencia.
- Establecer un sistema de atención integral que actúe como vía de comunicación entre los organismos de salud mental y otros dispositivos de intervención en emergencias.

[4]

INTERVENCIÓN POSCATÁSTROFE

La **intervención psicológica** tras una catástrofe es **fundamental para prevenir la aparición o cronificación de trastornos psicológicos** (trastorno de estrés post-traumático u otros cuadros clínicos como la depresión, la ansiedad...), pues, aunque no se presenten inmediatamente, existe la posibilidad de que el evento traumático sirva como desencadenante a largo plazo de psicopatología.

A continuación, se presenta la siguiente figura donde se representa de forma esquemática la idea fundamental del protocolo:

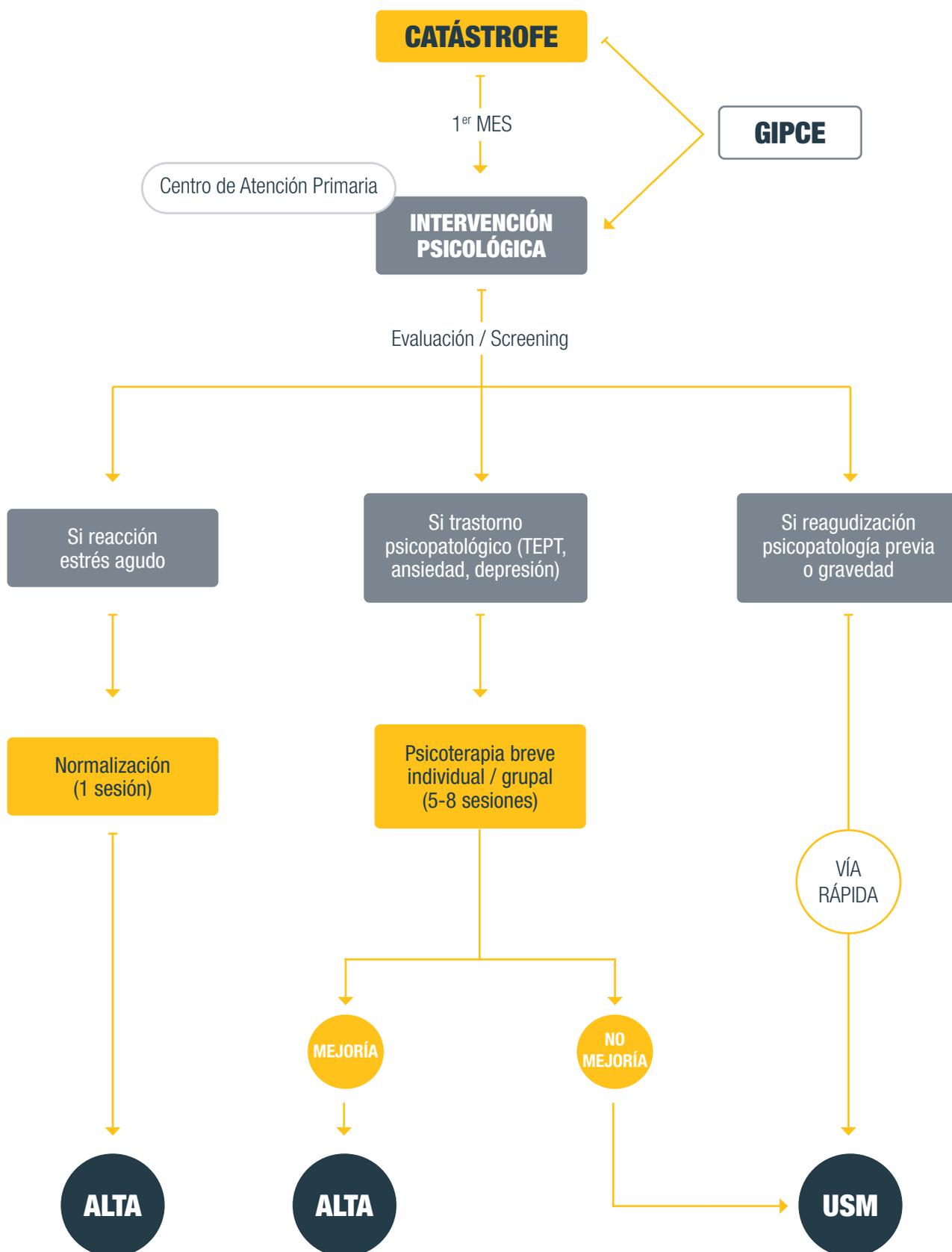


FIGURA 1. Esquema general del protocolo poscatástrofes

4.1 – INICIO DE INTERVENCIÓN

El presente **protocolo** tiene como **objetivo dar atención a las víctimas y afectados por una catástrofe una vez que se resuelve el primer momento crítico**.

Normalmente, durante dicha catástrofe y hasta 72 horas después, es el equipo de intervención en catástrofes y emergencias del Colegio Oficial de Psicología de Galicia (GIPCE) quien se encarga de realizar la intervención en crisis. Por ello, esta guía trata de dar salida a las necesidades que pueden surgir en la población tras dicho periodo, para continuar con la asistencia psicológica. De este modo, tras los primeros auxilios psicológicos, se pondría en marcha este protocolo.

La atención psicológica temprana tras un suceso traumático debe respetar los principios rectores de:

- Proximidad, al lugar del suceso y de la forma más accesible a las personas afectadas.
- Inmediatez. El tratamiento debe comenzar de forma lo más inmediata posible en los casos necesitados de terapia, un tratamiento temprano impide la cronicación de los síntomas y permite a la víctima el restablecimiento de la vida cotidiana.
- Tener continuidad en el tiempo y realizada por el mismo terapeuta. El tratamiento estructurado tiene que ser llevado a cabo por el mismo terapeuta y estar sujeto a una periodicidad determinada, por ejemplo, con un régimen de visitas semanal.
- Contar con una limitación temporal. El tratamiento debe tener un comienzo y un final, con arreglo a unos objetivos terapéuticos y tras la aplicación de unas técnicas terapéuticas derivadas de la psicología clínica basada en la evidencia.

4.1.1 – DERIVACIÓN DE LAS PERSONAS AFECTADAS

Para la detección de personas que puedan requerir atención e intervención por parte de un especialista en psicología clínica tras la catástrofe, una vez realizada la primera intervención en crisis por el GIPCE y/o unidades de emer-

gencia de la zona del suceso, sería importante derivar a los afectados al **centro de atención primaria** de la zona, donde se integraría a uno o varios **profesionales de salud mental**, dependiendo de la magnitud del suceso crítico.

La importancia de la integración de dichos profesionales en el funcionamiento del centro de salud de atención primaria radica en que éstos, constituyen la primera línea de atención del sistema sanitario y, por lo tanto, la puerta principal de entrada de las personas usuarias. Además, su ubicación e integración en la comunidad hace que la atención a las personas afectadas sea más accesible e inmediata.

Antes del inicio de las derivaciones, es preciso realizar una reunión de coordinación en el centro de salud, de forma que se expliciten los criterios de derivación de los pacientes y el modo, para así garantizar que todo el equipo dispone de toda la información y trabaja en la misma dirección.

Como se ha comentado previamente, el GIPCE realizará los primeros auxilios psicológicos y podrán detectar casos de especial vulnerabilidad y riesgo, y son ellos quienes proporcionarán información sobre los dispositivos a los que pueden acudir posteriormente dichos pacientes y ofrecer información sobre la disponibilidad de asistencia psicológica.

Tras dicha intervención, tres pueden ser las **vías de solicitud de valoración psicológica**:

- Los propios usuarios e usuarias, tras ser informados de la disponibilidad del servicio, pueden solicitar consulta en su centro de salud, siendo recogida por el administrativo y comunicada a su médico o médica de referencia, quien contactará con el equipo de psicología clínica.
- El propio profesional de referencia de atención primaria de esa persona puede detectar o recibir la solicitud de ayuda psicológica, realizando la derivación al equipo.
- La detección y derivación puede hacerse extensible al resto del personal del centro sanitario, puesto que otros profesionales en contacto con el paciente pueden detectar dicha necesidad, como Trabajo Social, Enfermería...

Los centros educativos también son un lugar en los que se puede detectar alumnado que requiera derivación para atención psicológica, por lo que es importante una correcta coordinación con el profesorado de los centros educativos

de la zona y dotar a éstos de la información necesaria para poder detectar dichos casos.

4.1.2 – EQUIPO DE INTERVENCIÓN

Como se adelantaba anteriormente, sería necesario dotar al centro de salud de un/a **facultativo/a especialista en Psicología Clínica**, de modo que pudiese desempeñar su labor en dicho centro.

Dicho profesional necesitaría de un despacho equipado con un ordenador y un escritorio. Sería importante además contar con un espacio amplio en el centro de salud en el que se pudiesen realizar intervenciones grupales. El material necesario en este espacio serían fundamentalmente sillas, colchonetas y soporte audiovisual.

Es fundamental crear un **equipo interdisciplinar** para poder abordar la intervención de manera más efectiva con los distintos profesionales del centro de salud realizando un trabajo de intervención coordinado cada uno a través de su especialidad: Psicología Clínica, Médico/a de Atención Primaria, Pediatría, Enfermería, Trabajo Social...

En función de la magnitud de la catástrofe, es necesario dimensionar tanto las necesidades de recursos humanos como la ubicación. De forma aproximada se establecerá un profesional de psicología clínica por cada 100 afectados.

Es necesario recordar que también en el caso de trabajar con menores es importante la coordinación con el equipo educativo de los centros escolares de la zona, pudiendo dar pautas al profesorado y/o realizar intervenciones psicoeducativas en los colegios.

4.1.3 – PERSONAS USUARIAS

Es imprescindible detectar cuándo y con quién es preciso intervenir, de modo que dicha intervención se realice siendo realmente necesaria. El objetivo de ello es evitar la iatrogenia que pudiera derivarse de la intervención generalizada o sin criterio.

Los usuarios derivados deben, por tanto, haber sido **víctimas directas del suceso crítico o ser allegados y/o familiares de las víctimas**.

Para ello, tras la derivación de las personas afectadas se realizará una entrevista inicial o prueba de evaluación de cribaje o *screening* en la que se valorará la inclusión (o no) de cada persona en el programa, así como en qué tipo de intervención.

También es importante ofrecer la intervención psicológica y dar un espacio a todos aquellos **profesionales intervinientes** durante la situación de emergencia especialmente si después de dicha actuación manifiestan dificultades y requieren atención especializada.

4.1.4 – SESIONES

En los casos de intervención tras una crisis, se ha demostrado la efectividad de la **intervención psicológica breve** (5-10 sesiones), sobre todo en aquellos casos que se pueden considerar de gravedad leve-moderada, siendo esta intervención en formato individual o grupal dependiendo de las características del caso.

En caso de detectar mayor necesidad de intervención o gravedad de la sintomatología o incluso en casos de antecedentes psicopatológicos previos que se hubiesen agravado por el suceso crítico, habría que habilitar una vía rápida o preferente para derivar a esa persona a su centro de salud mental especializada de referencia.

4.2 – EVALUACIÓN DE AFECTADOS (ENTREVISTAS/PRUEBAS PSICOMÉTRICAS)

Previo al inicio de la intervención es importante realizar una **evaluación psicológica de los afectados para poder valorar el tipo y/o modalidad de intervención más adecuada** a las necesidades de cada persona.

Para ello contamos con diferentes modalidades de evaluación a través de entrevista y pruebas psicométricas validadas para población española.

Entrevista

- Una parte importante de la evaluación se podría hacer mediante entrevista clínica que se podría elaborar de forma semiestructurada para cada suceso en concreto o adaptar algunas de las entrevistas validadas en la literatura existente.

Una escala que se podría administrar sería la **Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés post-traumático-revisada (EGS-R)** (Versión clínica) (Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello y Muñoz, 2016). Es una entrevista estructurada que consta de 21 ítems, basada en los criterios diagnósticos del DSM-5 y sirve para evaluar la gravedad de los síntomas de este cuadro clínico

Pruebas psicométricas/clínicas

En función del suceso crítico se pueden pasar algunas escalas de evaluación que recogerían sobre todo datos acerca de la **sintomatología de ansiedad, depresión** y sintomatología propia de **estrés agudo/ postraumático** y que estén validadas para población española.

Algunas de estas escalas podrían ser, para población adulta:

- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (*Beck, Steer y Brown, 1996; versión española de Sanz, Navarro y Vázquez, 2003*): es un autoinforme de 21 ítems (rango: 0-63 puntos) que mide la intensidad de los síntomas depresivos y da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos. El punto de corte más utilizado para discriminar entre población sana y aquejada de sintomatología depresiva es de 18.
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (*Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970*) (versión española de Spielberger et al., 1982): es un autoinforme que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de puntuaciones oscila de 0 a 60 en cada escala.
- Escala de Resiliencia (ER-14) de 14 ítems de Wagnild, (2009c) basada en la Resilience Scale (RS-25)-Escala de Resiliencia (ER) de 25 ítems

(Wagnild & Young, 1993). Mide el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo a situaciones adversas.

En el caso de niños y niñas, se podrían evaluar mediante las escalas adaptadas a población infantil que midieran este tipo de sintomatología.

En todo caso, las escalas podrían adaptarse a cada suceso y/o situación a criterio de los profesionales responsables de la intervención.

4.2 – MODALIDAD DE INTERVENCIÓN (INDIVIDUAL/GRUPAL)

Una vez realizada la evaluación inicial (entrevista/pruebas psicométricas) a los afectados, el objetivo será iniciar la intervención psicológica a la mayor brevedad posible, que debería ser **a partir de la primera semana y dentro del primer mes del evento traumático**.

El **objetivo fundamental de la intervención psicológica será el de ayudar a restablecer el equilibrio emocional**, utilizando **técnicas recomendadas en las guías de práctica clínica**, que en su mayoría pertenecen al enfoque cognitivo-conductual (desensibilización sistemática, exposición gradual, entrenamiento en relajación, ejercicios de respiración, etc.)

Teniendo en cuenta las diferencias individuales y las necesidades planteadas, la modalidad de la intervención puede ser a nivel individual o grupal.

Con frecuencia la familia del afectado también sufre las consecuencias por lo que sería positivo valorar y preguntar directamente a los familiares y, si hubiera necesidad, se realizarían sesiones de familia.

La terapia se enfocará al tratamiento del trauma o a otros síntomas que se consideren relevantes.

La terapia recomendada, siguiendo las guías de práctica clínica, sería la terapia cognitiva conductual centrada en el trauma, tanto para menores como personas adultas con

trastorno de estrés agudo, con TEPT o con síntomas clínicamente importantes de TEPT transcurrido un mes tras el acontecimiento traumático.

Estas intervenciones incluyen:

- Terapia de procesamiento cognitivo.
- Terapia cognitiva para el TEPT
- Terapia de exposición narrativa.
- Terapia de exposición prolongada.

Estas intervenciones deben basarse en un manual validado, y deben incluir:

- Psicoeducación sobre las reacciones traumáticas.
- Estrategias para controlar la hiperactivación, los *flashbacks* y la planificación de ambientes seguros.
- Procesamiento y elaboración de los recuerdos traumáticos.
- Procesamiento de emociones relacionadas con el trauma, incluida la vergüenza, ira, culpa y duelo.
- Reestructuración de los significados relacionados con el trauma vivido por el individuo.
- El entrenamiento en estrategias para superar las conductas de evitación.
- Adoptar un enfoque para restablecer el funcionamiento adaptativo.
- Prevención y preparación para el final del tratamiento.
- Sesiones de refuerzo en caso necesario, ante fechas significativas, por ejemplo.

Otra terapia recomendada por las guías clínicas es el tratamiento por desensibilización y reprocesamiento a través de los movimientos oculares (EMDR) para adultos con TEPT o síntomas clínicamente significativos de TEPT. Aunque las intervenciones con EMDR están muy protocolizadas, pueden modificarse en cada caso según la opinión del clínico experto.

La mayoría de las **guías clínicas destacan que los tratamientos psicológicos focalizados en el trauma son**

los tratamientos de primera elección, mientras que proponen la medicación como tratamiento coadyuvante o de segunda línea.

Para planificar las intervenciones psicológicas más efectivas los profesionales deben trabajar en equipo, priorizar el desarrollo de una buena alianza terapéutica, proporcionar al paciente un plan de tratamiento racional y expectativas de evolución esperanzadoras, tener en cuenta la gravedad y las comorbilidades en su evaluación, así como evaluar la presencia de síntomas residuales que requieran tiempo extra de tratamiento, en un medio asistencial seguro.

Un ejemplo de racionalización de recursos y necesidad de intervención es el protocolo implementado tras los seísmos de Lorca, en el que establecieron cuatro grupos siguiendo una intervención escalonada en función de la gravedad del cuadro que presentaban los afectados:

- Casos de reacción a estrés agudo: Normalización (1 sesión y seguimiento al mes) Las conductas emitidas después de un evento de esta naturaleza suelen ser desadaptadas, pero no síntomas de enfermedad mental.
- Si presenta un trastorno leve o moderado: Intervención grupal (4 o 5 sesiones) con seguimiento a los 3 meses.
- Si presenta un trastorno de ansiedad o depresión moderado/grave: Intervención individual (máximo de 9 sesiones).
- Si existe exacerbación de psicopatología previa o detección de gravedad: Derivación a su centro de salud mental.

En las situaciones tras un evento crítico que se prevea una alta demanda asistencial es importante valorar la introducción de intervenciones grupales que muestran eficacia en este tipo de situaciones según las guías clínicas.

En el caso de las intervenciones grupales, los objetivos de las mismas podrían ser de forma genérica:

- Establecer una relación adecuada entre paciente-terapeuta para trabajar de forma más eficiente.
- Atender de forma rápida, organizada y eficaz a toda persona con evidencia de sintomatología derivada por el trauma vivido.

- Atender de forma integral y adaptada las necesidades de la persona derivada al programa.
- Enseñar a normalizar a la mayor brevedad, reacciones físicas que pueden presentarse ante situaciones de crisis.
- Generar estrategias de afrontamiento adaptativas ante situaciones de estrés.
- Aplicar técnicas de reducción de ansiedad dentro del programa de intervención grupal planificada.
- Prevenir la aparición de Trastornos de estrés pos-traumático. (*American Psychiatric Association, APA, 2000*).

La intervención grupal también debería ser breve (4-8 sesiones), con una frecuencia semanal. Las técnicas utilizadas en este tipo de intervención deben ser adaptaciones a este formato de tratamientos eficaces según las guías clínicas, con el objetivo de estructurar la experiencia traumática tanto a nivel emocional como cognitivo e impedir la cronificación de síntomas de estrés agudo.

En las intervenciones grupales si es necesario se puede contar con personal de enfermería como co-terapeuta en los grupos, para aplicar estrategias y técnicas de relajación/respiración, así como técnicas de afrontamiento al estrés, con la finalidad de dotar al paciente de las estrategias necesarias para reducir, controlar y afrontar la ansiedad y sus síntomas.

En resumen, la intervención se iniciaría con entrevistas clínicas en las que se obtendrían los datos sobre la psicopatología y otras variables consideradas importantes a estudiar. Si los síntomas de las personas afectadas derivadas desde atención primaria no llegaran a constituir un trastorno, se ofrecería una única sesión de “normalización” de la reacción al trauma, y se citaría al paciente para seguimiento un mes después.

Si en la evaluación se confirma la psicopatología (estrés postraumático, ansiedad, depresión...), la intervención psicológica se aplicaría individualmente.

Se crearían también grupos según las demandas o las necesidades de los afectados, para aquellos pacientes con mayor puntuación en ansiedad o bien cuando se prevea una alta demanda asistencial.

4.3 – FINALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Una vez finalizados los tratamientos aplicados en cada caso, es importante hacer de nuevo una evaluación con las mismas escalas psicométricas empleadas previamente para valorar la eficacia de la intervención y si los objetivos de la intervención se han cumplido con éxito.

Se podría valorar hacer alguna sesión de seguimiento para evaluar que los cambios se mantienen en el tiempo.

En casos donde la psicopatología se haya agravado se procederá a la derivación a la Unidad de Salud Mental de referencia para dar continuidad al tratamiento de forma especializada.

[5]

COORDINACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS

En una situación de emergencia y catástrofe es importante que todos los agentes implicados en la intervención de las personas afectadas y sus familias actúen de forma coordinada y en base a la consecución de los mismos objetivos.

En el caso de la intervención psicológica en crisis, en este tipo de situaciones sería importante dar continuidad a la atención que se pueda llevar a cabo en el lugar del suceso, por lo que es imprescindible la coordinación con los servicios de emergencias y el GIPCE. En este caso, debería haber una línea de comunicación y coordinación directa con ellos, quienes facilitarían un listado de personas susceptibles de intervención.

En el caso de que se hubiesen movilizado agentes de servicios sociales de la zona también sería importante la coordinación con ellos.

Teniendo en cuenta que la línea de intervención planteada sería desde atención primaria, puesto que los centros de atención primaria son la puerta de entrada a los servicios

de salud así como los centros más accesibles a la población, sería importante que la persona designada a hacer las intervenciones se coordinase con los/as médicos/as de atención primaria, el personal de trabajo social, así como con los/as pediatras que podrían recibir demanda de los centros escolares, si es el caso.

Dicha intervención sería importante que se iniciara de la forma más rápida posible, no demorando el inicio de la intervención más de un mes desde la finalización del evento crítico.

Ya desde la intervención psicológica en atención primaria, sería importante crear una vía de atención rápida con las Unidades de Salud Mental correspondientes para aquellos casos de mayor gravedad que se pudieran detectar.

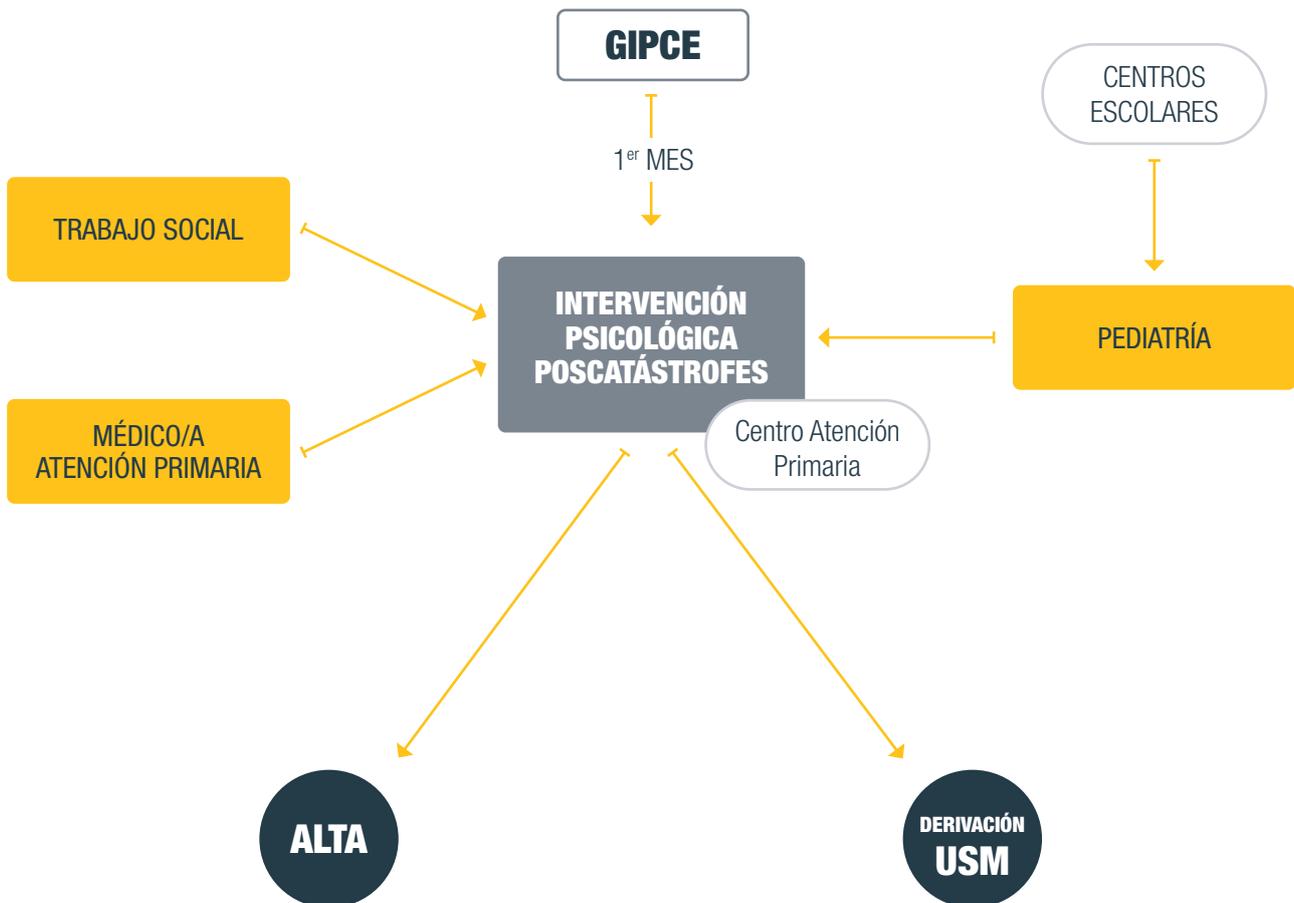


FIGURA 2. Coordinación con otros dispositivos en el protocolo de intervención

[6]

CONCLUSIONES

Con el presente *Protocolo Poscatástrofes* se pretende elaborar un documento que sirva de guía de actuación e intervención tras situaciones críticas que puedan ocurrir en nuestra Comunidad y para las que hasta ahora no hay una respuesta organizada y protocolizada desde los servicios de salud mental en las distintas áreas sanitarias, tras los primeros auxilios psicológicos por parte del GIPCE.

Esta intervención temprana debe ser una prioridad para prevenir trastornos psicopatológicos que puedan agravarse o cronificarse y, por tanto, acaben engrosando, aún más, las listas de espera en las Unidades de Salud Mental.

A modo de resumen, este Protocolo sienta sus bases en las siguientes premisas:

- La **intervención psicológica** para ser efectiva debe realizarse de forma **temprana**; esto es entre la primera semana y siempre antes de cumplirse un mes desde el suceso traumático.
- El lugar de la intervención psicológica más adecuado es el **centro de Atención Primaria** más cercano a la zona del suceso, ya que facilita el acceso de la población afectada y está integrado en la comunidad, por tanto, son más accesibles para todas las personas.

- Los **usuarios** deben ser **personas afectadas** por el evento crítico así como sus **familiares** y/o allegados. También es importante facilitar la intervención a las personas **intervinientes** en el suceso.
- Las intervenciones psicológicas deben ser realizadas **por Facultativos/as Especialistas en Psicología Clínica**, quienes serán los responsables de realizar las evaluaciones e intervenciones ajustándose a las recomendaciones de las guías clínicas.
- Las intervenciones psicológicas serán de carácter **breve** (5-10 sesiones).
- En casos de reagudización de patologías previas, no mejoría tras intervención breve o detección de psicopatología grave, se derivarán a las **unidades de salud mental** para lo que sería importante crear una **vía de intervención rápida**.
- Es imprescindible en situaciones de crisis actuar de forma coordinada con los diferentes **agentes sociales** implicados, así como trabajar en **equipo interdisciplinar**.

[7]

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, E., Alcaraz, M. B., Corpas, A., Montilla, A., Navarro, R. y Soriano, A. (2005). *Protocolo de intervención psicológica en crisis ante situaciones de emergencias y desastres*. Ed: Patronato Provincial de Servicios Sociales de Córdoba.
- American Psychiatric Association - APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andrés, R. (coord.), de Nicolás, L., Artetxe, A.I., Jauregi, A. y López, S. (2000). *Intervención Psicológica en situaciones de emergencia y desastres*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
- Báguena Puigcerver, M.J. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático*. *Psicothema*. Vol. 13, nº 3, pp. 479-492.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (adaptación española de J. Sanz y C. Vázquez). Madrid, España: Pearson Education.
- COLEXIO OFICIAL DE PSICOLOXÍA DE GALICIA (2020). *Achegas da Psicoloxía á post-emerxencia en Galicia pola COVID-19*.

- Echeburúa, E., Amor, P.J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F.P. y Muñoz, J.M. (2016). *Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas*. *Terapia Psicológica*. Vol. 34, nº 2, 111-128.
- Fernández-Millán, J. M. (2013). *Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Figueroa, R. A. Marín, H. y González M. (2010). *Apoyo psicológico en desastres: propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis*. *Rev. Med Chile* 138: 143-151.
- García-Vera, M; Romero Colino, L. (2004). *Tratamiento psicológico de los trastornos por estrés derivados de los atentados del 11-M: De la psicología clínica basada en la evidencia a la práctica profesional*. *Clínica y Salud*. Vol. 15. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- García-Vera MP, Moreno, N., Sanz ,J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel A., y Marotta-Walters, S. (2015). *Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática*. *Psicología Conductual*.
- Grupo de Trabajo de Psicología de Urgencia, Emergencia y Catástrofes. *Intervención psicológica tras los atentados del 11 de marzo en Madrid*. *Clínica y salud* (2004). Vol. 15. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Martín, J. C. (2012). *Intervención psicológica en salud mental tras un seísmo: la experiencia de Lorca*. In Libro de resúmenes de los trabajos aceptados en el V congreso internacional y X nacional de psicología clínica (Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), pp. 136– 140). Granada.
- Martín, J. C., Garriga, A., Egea, C., y Sainz, C. (2012). *Psychological intervention for survivors of the Lorca earthquakes: an experience of integration in primary care*. In WPA Thematic Conference “Mental health and Family Medicine working together. February 8-11, 2012 Granada Spain (pp. 37–42). Pianoro (Bologna): Medimond.
- Martín, J. C., Valera, J., Albacete, A., Sánchez, A., y Egea, C. (2013). *Características del TEPT y otros trastornos demorados o cronificados tras los seísmos de Lorca*. In *Avances en psicología clínica: 2013*. Libro de capítulos del VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica (Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), pp. 455–463). Granada.
- Martín García-Sancho, JC. , Valera Bernal, J., Albacete Belmont MA., Oliván Roldán, C., y Egea Durán, C. (2018). *Tratamiento de TEPT y otros trastornos demorados o cronificados tras los seísmos de Lorca*. *Psicología.com*.
- Osorio, C. y Díaz, V. (2012). *Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural*. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 4 (2), 65-84.
- Parada Torres, E. (2009). *Psicología y Emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Pérez Sales, P. (2003). *Programa de autoformación: Psicoterapia de Respuestas traumáticas. Trauma y Resiliencia*. Madrid: Esco-sura Producciones.
- Protocolo de intervención psicológica en crisis ante situaciones de emergencias y desastres. Servicios sociales Diputación de Córdoba.
- Robles, J. I. y Medina, J. L. (2003) *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Sánchez López, A., Albacete Belmont MA., Valera Bernal, J. y Martín García-Sancho, JC. (2013). *Actuación inmediata tras seísmos de Lorca 2011. En el programa de adultos del centro de salud mental de Lorca*. In *Avances en psicología clínica:2013*. Libro de capítulos del VI Congreso Internacional y XI Nacional de Psicología Clínica (Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), Granada.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). *Manual of State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press (versión española, TEA, 1982).
- Stewart, R. W., Tuerk, P. W., Metzger, I. W., Davidson, T. M., y Young, J. (2016). A decision-tree approach to the assessment of posttraumatic stress disorder: Engineering empirically rigorous and ecologically valid assessment measures. *Psychological Services*, 13(1), 1-9.
- Taylor, A. J. W.; Frazer, A.G. (1982). *The stress of post-disaster body handling and victim identification work*. *J. Hum Stress*. Dec: 6-12.
- Valera, J., Albacete, A., Sánchez, A., y Martín, J. C. (2013). *Actuación inmediata tras inundaciones en Puerto lumbreras y Lorca 2012. Experiencia grupal en el centro de salud mental*. *Psicología.com*.
- Wagnild, G. M., y Young, H. M. (1993). *Development and psychometric evaluation of resilience scale*. *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 165-178.
- Wagnild, G. (2009). *A review of the Resilience Scale*. *Journal of Nursing Measurement*, 17 (2), 105-113.
- Zapardiel, A., y Balanzat, S. (2009). *Manual de intervención psicológica y social en víctimas de terrorismo: 11-M*. Madrid: Asociación de ayuda a las víctimas del 11-M.

