



PROTOCOLO

POS
CATÁS
TROFES

COLEXIO OFICIAL DE PSICOLOXÍA DE GALICIA



POS CATÁS TROPES

GRUPO DE TRABALLO

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]	XUSTIFICACIÓN	07
	2.1 – Conceptos básicos	
	2.2 – Tipos de consecuencias psicológicas	
[3]	OBXECTIVOS DO PROTOCOLO	10
[4]	INTERVENCIÓN POSCATÁSTROFE	12
	4.1 – Inicio de intervención	
	4.1.1 – Derivación de persoas afectadas	
	4.1.2 – Equipo de intervención	
	4.1.3 – Usuarios/as	
	4.1.4 – Sesións	
	4.2 – Avaliación das persoas afectadas	
	4.3 – Modalidade de intervención (individual/grupal)	
	4.4 – Finalización da intervención	
[5]	COORDINACIÓN CON OUTROS DISPOSITIVOS	19
[6]	CONCLUSIÓNS	21
[7]	BIBLIOGRAFÍA	23

[1]

INTRODUCCIÓN

A intervención en crise, entendida como a que se realiza en situacións de emerxencia, desastre e catástrofe, foi cobrando nos últimos tempos especial atención no campo da Psicoloxía.

Este tipo de intervención psicolóxica ten un papel relevante en situacións onde os sucesos vitais atentan contra a integridade física das persoas, causan danos materiais ou cuantiosas perdas económicas, así como tamén naqueles sucesos que xeran un profundo impacto emocional nas persoas afectadas, nos equipos de intervención e na comunidade en xeral.

Está probado, por outra banda, que estes sucesos poden xerar repercusións a curto e longo prazo na saúde mental das persoas, polo que se recoñeceu a importancia que unha **intervención temperá** ten na recuperación psíquica/psicolóxica dos afectados.

A pesar de que o inicio da intervención en crise se pode situar nos anos 50, como consecuencia da Segunda Guerra Mundial, en España comeza a adquirir maior relevancia tras a inundación ocorrida no Cámping “Las Nieves” de Biescas en 1996, onde se conta por primeira vez coa participación de psicólogos/as e psiquiatras na asistencia ás vítimas. Tras valorar a importancia destas intervencións,

procédese á creación en 1997 dos Grupos de Intervención Psicolóxica en Catástrofes e Emerxencias (GIPCE) na maioría dos colexios oficiais de psicoloxía de España.

En Galicia, o ámbito de actuación e intervención do GIPCE está ben definido e ten convenio de colaboración coa Xunta de Galicia desde o ano 1997. Neste sentido, cando a nivel autonómico ten lugar algún destes sucesos polos que se precisa intervención psicolóxica, está adecuadamente establecida e protocolizada a súa actuación, que se realiza “in situ” no lugar do suceso e finaliza ás 72 horas tras o evento crítico.

Nos últimos 50 anos asistimos en Galicia a varias situacións de emerxencia que comprometeron a saúde mental da poboación. En 1987, o accidente do cargueiro Cason fronte ás costas galegas, ademais da morte de 23 dos seus 31 tripulantes, provocou na poboación costeira unha grande alarma social e reaccións de pánico diante da ameaza dunha “nube tóxica” que se dirixía á terra, segundo as declaracións do presidente naquel momento, do Goberno galego Fernando González Laxe.

En 2013, o accidente do tren Alvia en Santiago de Compostela causou 80 falecidos e 144 feridos de diversa consideración. Tanto sobreviventes á traxedia como familiares de falecidos continúan padecendo síntomas como pesadelos, flashbacks, ansiedade e/ou medos intensos, entre outros, que afectan notablemente as actividades da súa vida diaria. Ademais, algúns profesionais de emerxencias, xornalistas e veciños de Angrois necesitaron atención psicolóxica nas seguintes semanas ao suceso por sufriren síntomas que lles impedían recuperar as súas rutinas e a súa vida diaria.

O 23 de maio de 2018, a explosión dun almacén ilegal de material pirotécnico na localidade de Paramos, concello de Tui, causou 2 falecidos e decenas de feridos de diversa gravidade, ao mesmo tempo que destruíu 30 vivendas próximas ao devandito almacén. Aínda que este suceso non foi tan relevante polo número de falecidos, si o foi polas implicacións emocionais que supoñía a perda da vivenda (a meirande parte delas tiveron que ser demolidas), as pertenzas (nas súas casas estaba toda a documentación e efectos persoais) e con iso, unha ruptura nas rutinas diarias tanto de menores, adolescentes, persoas adultas e maiores.

Unha vez máis, a **necesidade de garantir unha resposta aos problemas de saúde mental da poboación tras a emerxencia** queda plasmada durante a pandemia por COVID-19 que provoca a declaración do estado de alarma en todo o territorio español o 14 de marzo de 2020. O confinamento domiciliario, a perda de seres queridos, o illamento, o medo ao contaxio, a perda de emprego real ou posible, a diminución ou perda de ingresos, as restricións da mobilidade, compatibilizar a vida privada co

teletraballo, a exposición ao contaxio do persoal sanitario e outras profesións esenciais, a incerteza, as informacións contraditorias etc., funcionan como estresores que afectan en maior ou menor medida a toda a poboación. Síntomas que nunha situación como a que estamos a vivir en que os factores estresores están a manterse durante meses necesitan dunha **atención psicolóxica especializada e adecuada para que non se cronifiquen nin deriven en trastornos máis graves.**

A realidade actual é que unha vez que o GIPCE finaliza a súa intervención nas situacións de emerxencia, as persoas afectadas atopan dificultades para manter esa continuidade na atención que necesitan, en ocasións porque non obteñen cita en saúde mental e outras porque esa cita ten unha lista de espera de meses. Diante disto xérase un sentimento de desamparo que actúa agravando a sintomatoloxía xa existente e, por tanto, xerando aínda maior malestar.

Este **Protocolo Poscatástrofes** pretende ser unha guía de actuación e intervención que dea continuidade aos primeiros auxilios psicolóxicos tras un suceso crítico, coa finalidade de que as intervencións non se demoren no tempo previndo, por tanto, trastornos psicopatolóxicos que poidan agravarse ou cronificarse por non realizar unha intervención a curto prazo tras o evento.

[2]

XUSTIFICACIÓN

O benestar biopsicosocial das vítimas é un dos eixos prioritarios a respecto das intervencións en saúde mental en contexto de emerxencias e desastres, polo que resulta imprescindible outorgar un apoio adecuado nos devanditos ámbitos co fin de protexer e previr a aparición de trastornos mentais secundarios á vivencia dalgunha destas situacións, e este obxectivo só pode ser posible se se lle dá continuidade á intervención psicolóxica tras o evento crítico.

2.1 – CONCEPTOS BÁSICOS

Parécenos oportuno aclarar de forma breve algúns termos que en ocasións se empregan de forma semellante pero que teñen significados diferentes tamén á hora da intervención, como son os termos de “crises”, “accidentes”, “emerxencias”, “catástrofes” ou “desastres”.

O termo crise utilízase para facer referencia a un estado delicado e conflictivo no cal, por circunstancias de orixe interna ou externa, rompe o equilibrio e a normalidade dun

sistema e favorécese a súa desorganización. Tamén falamos de **crise** cando nos referimos á resposta que dá o organismo diante dun suceso de alto impacto emocional que excede os seus recursos de afrontamento.

Cando atendemos ao tipo de suceso, falamos de **accidente, emerxencia, desastre ou catástrofe**, dependendo do número de afectados e da capacidade de resposta do sistema. Repasando na literatura as definicións destes termos podemos chegar á conclusión de que:

- Un **accidente** é un suceso imprevisto e non desexado que implica danos a un menor número de persoas, causando, por tanto, unha menor tensión na colectividade. Neste caso a poboación queda fóra dos efectos do fenómeno ou sinistro, a vida cotiá da comunidade non se ve alterada e os sistemas de resposta e axuda aos afectados non están danados e poden actuar. Exemplos serían os ocupantes dun automóbil nun accidente, público asistente a un espectáculo, inquilinos dun piso....
- Unha **emerxencia** é unha situación que aparece cando xorde un fenómeno ou suceso eventual, inesperado e desagradable polo seu poder para causar danos ou alteracións nas persoas, os bens, os servizos ou o medio ambiente. A emerxencia supón unha ruptura da normalidade dun sistema, pero non excede a capacidade de resposta da comunidade afectada. Como exemplo de emerxencia poderíase apuntar os incendios forestais en outubro de 2017 na zona de Baiona e arredores.
- Un **desastre** é unha situación en que toda a poboación de forma indiscriminada se ve afectada polos feitos: altera o funcionamento vital da sociedade (biolóxico, orde do sistema, sistema moral e motivación dos individuos). Nos desastres prodúcese alarma en toda a sociedade, pero os sistemas de resposta institucionais, públicos e privados quedan indemnes podendo axudar a colectividade afectada. Un exemplo de desastre foi o 11-M (España, 2004). Tamén nos serviría o terremoto de Lorca (España, 2011).
- Unha **catástrofe** é unha situación resultante de acontecementos imprevistos, brutais e repentinos que alteran ou interrompen substancialmente o funcionamento dunha comunidade ou sociedade por ocasionaren unha gran cantidade de afectados, danos e impactos materiais, e para os que a atención supera os medios dispoñibles da propia comunidade. Prodúcese unha importante desorganización so-

cial e precísase axuda do exterior. Na catástrofe, os individuos afectados non poderán contar con axuda institucional, polo menos nos primeiros momentos, e terán que facer fronte ás consecuencias do fenómeno cos seus propios medios. Un exemplo de catástrofe constituíuno o tsunami de Indonesia de 2004.

Cando as consecuencias do fenómeno se alongan no tempo falamos de **calamidade**. Este é o caso de secas continuadas, a desertización ou as pandemias por virus resistentes.

Desde o punto de vista da **intervención** atopamos características comúns que comparten tanto as catástrofes como os desastres, emerxencias e accidentes.

Estas son as seguintes:

- Son imprevistos e accidentais.
- Causan sorpresa, indefensión e desestabilización.
- Implican a perda ou a ameaza da vida ou da propiedade, perturban o sentido da comunidade e provocan consecuencias adversas para os sobreviventes.
- Precisan intervención non demorable. Son situacións de urxencia.
- Aparecen reaccións psicolóxicas similares.
- Son sucesos ou eventos críticos, é dicir, potencialmente traumáticos. A capacidade para causar trauma dependerá das características persoais do afectado (idade, estado vital, experiencias previas, capacidade de afrontamento, recursos dispoñibles...) e das características do suceso en si. A este respecto cómpre sinalar que os sucesos de orixe humana de carácter intencionado (por exemplo, un acto de agresión sexual, un acto terrorista...) teñen maior potencial traumático que un suceso de orixe humana accidental (por exemplo, un accidente laboral ou un accidente de tráfico) ou que un suceso de orixe natural (por exemplo, unha inundación, un incendio).

Inicialmente, eran consideradas **vítimas** só aquelas persoas que sufriran lesións, enfermidade, perda de seres queridos e/ou perdas materiais como consecuencia da situación crítica vivida. Con todo, viuse que o impacto do desastre pode chegar a afectar un amplo número de persoas que Taylor (1982) clasifica en seis niveis:

- **NIVEL 1:** Persoas que experimentan directamente o desastre.
- **NIVEL 2:** Familiares e achegados dos afectados.
- **NIVEL 3:** Persoal de servizo asistencial (membros de rescate, bombeiros, sanitarios, policía, equipos de apoio psicosocial etc.).
- **NIVEL 4:** Persoas vinculadas á organización/comunidade afectada.
- **NIVEL 5:** Persoas que son emocionalmente vulnerables que estiveron nas proximidades do impacto e mostran patoloxía subxacente.
- **NIVEL 6:** Inclúe familiares de persoas do nivel 3; profesionais que poden ver afectada a súa competencia ao vivir unha demanda elevada e prolongada do seu traballo, identificarse emocionalmente coas vítimas do nivel 1 ou 2, ou desexar facer algo útil na situación.
- **A nivel cognitivo/emocional:** Sentimentos de culpa (en especial se hai un familiar falecido), confusión, negación, perda de control, desorientación, amnesia, despersonalización/desrealización, disociación, ideación suicida... Medo irracional, episodios de pánico, estado de shock, ansiedade anticipatoria, ansiedade xeneralizada e tensión postraumática, entre outras.
- **A nivel fisiolóxico:** Tremores, taquicardia, sensación de afogo, opresión no peito, tensión muscular, cefalea, calafríos, relaxación de esfínteres etc.

Este tipo de respostas pódense instaurar e permanecer, ou, pola contra, desaparecer tras a resolución do incidente crítico. En xeral, son respostas “normais” diante dunha situación anormal e poden estar moduladas pola intensidade e duración do evento crítico e polo factor incerteza tras a situación.

Calquera destas respostas pode indicar un desaxuste momentáneo na conduta, ou ben, constituírse nun elemento discriminativo que anticipa un desaxuste adaptativo máis consistente ou xeneralizado que debe ser avaliado por un profesional de saúde mental. Neste sentido, se despois da situación crítica a persoa consegue integrar e redefinir a nova situación cara a un cambio positivo, terá maiores posibilidades de restaurar o equilibrio emocional.

Se pola contra, **estas condutas permanecen no tempo**, pódense condicionar e xeneralizar a situacións posteriores, dando lugar a **trastornos emocionais**.

O trastorno por estrés postraumático (TEPT) é, sen dúbida, o trastorno mental máis frecuente entre as vítimas directas ou indirectas das situacións de emerxencias ou catástrofes, e, por tanto, o que máis atención acaparou por parte a comunidade científica. Con todo, é importante subliñar que, tras unha situación traumática, poden aparecer unha gran variedade de síntomas psicopatolóxicos e trastornos mentais diagnosticables distintos do TEPT. Entre estes últimos, quizais os máis frecuentes son os trastornos adaptativos con estado de ánimo ansioso, depresivo ou mixto, o trastorno depresivo maior, a agorafobia, o trastorno por pánico (ou trastorno de angustia) e o trastorno de ansiedade xeneralizada.

A prevención do risco psicolóxico respecto a este tipo de problemas emocionais supón sen dúbida, a atención inmediata dos afectados

2.2 – TIPOS DE CONSECUENCIAS PSICOLÓXICAS

En xeral, unha situación de crise ou emerxencia polas súas propias características de imprevisibilidade, pode poñer a proba os propios recursos e os diferentes medios de toda a comunidade a respecto da capacidade de reacción do ser humano.

Cada persoa afronta a situación de diferente forma en función das propias características, o seu estado emocional, os propios recursos, as súas experiencias previas, o grao de intensidade e duración da situación e as súas expectativas de resolución a respecto da mesma, polo que se poden dar unha serie de respostas comúns na maioría de afectados durante e despois da mesma.

Algunhas das **respostas máis frecuentes** durante e despois dunha emerxencia poden ser, atendendo ao triplo sistema de resposta::

- **A nivel motor:** conduta desorganizada, trastornos da fala, desconfianza, abuso de substancias tóxicas, fatiga xeneralizada, pranto, tristeza, inhibición, agresividade, autolesións e condutas autolíticas, entre outras.

[3]

OBXECTIVOS DO PROTOCOLO

OBXETIVOS XERAIS

- Crear un **documento que defina e encadre a actuación desde a psicoloxía en situacións de crise orixinadas tras accidentes, desastres, emerxencias e catástrofes** unha vez finalizados os primeiros auxilios psicolóxicos.
- **Protocolizar a intervención psicolóxica nas devanditas situacións a todas as persoas afectadas coa maior inmediatez e proximidade posible.**

OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

- Describir aspectos xerais da metodoloxía de intervención psicolóxica cos afectados para diminuír o impacto emocional e social, e así facilitar o proceso de recuperación e o retorno á normalidade con moita brevidade.
- Determinar os distintos escenarios e momentos da intervención, así como establecer a metodoloxía de actuación e recursos necesarios en cada un deles.
- Delimitar grupos de afectados de alto risco e canalizar os recursos necesarios para o seu futuro axuste psicolóxico e social.
- Deseñar e organizar a posta en marcha dos servizos de atención orientados á crise posterior a unha catástrofe ou emerxencia.
- Establecer un sistema de atención integral que actúe como vía de comunicación entre os organismos de saúde mental e outros dispositivos de intervención en emerxencias.

[4]

INTERVENCIÓN POSCATÁSTROFE

A **intervención psicolóxica** tras unha catástrofe é **fundamental para previr a aparición ou cronificación de trastornos psicolóxicos** (trastorno de estrés postraumático ou outros cadros clínicos como a depresión, a ansiedade...), pois, malia que non se presenten inmediatamente, existe a posibilidade de que o evento traumático sirva como causante a longo prazo dunha psicopatoloxía.

A continuación, preséntase a seguinte figura onde se representa de forma esquemática a idea fundamental do protocolo:

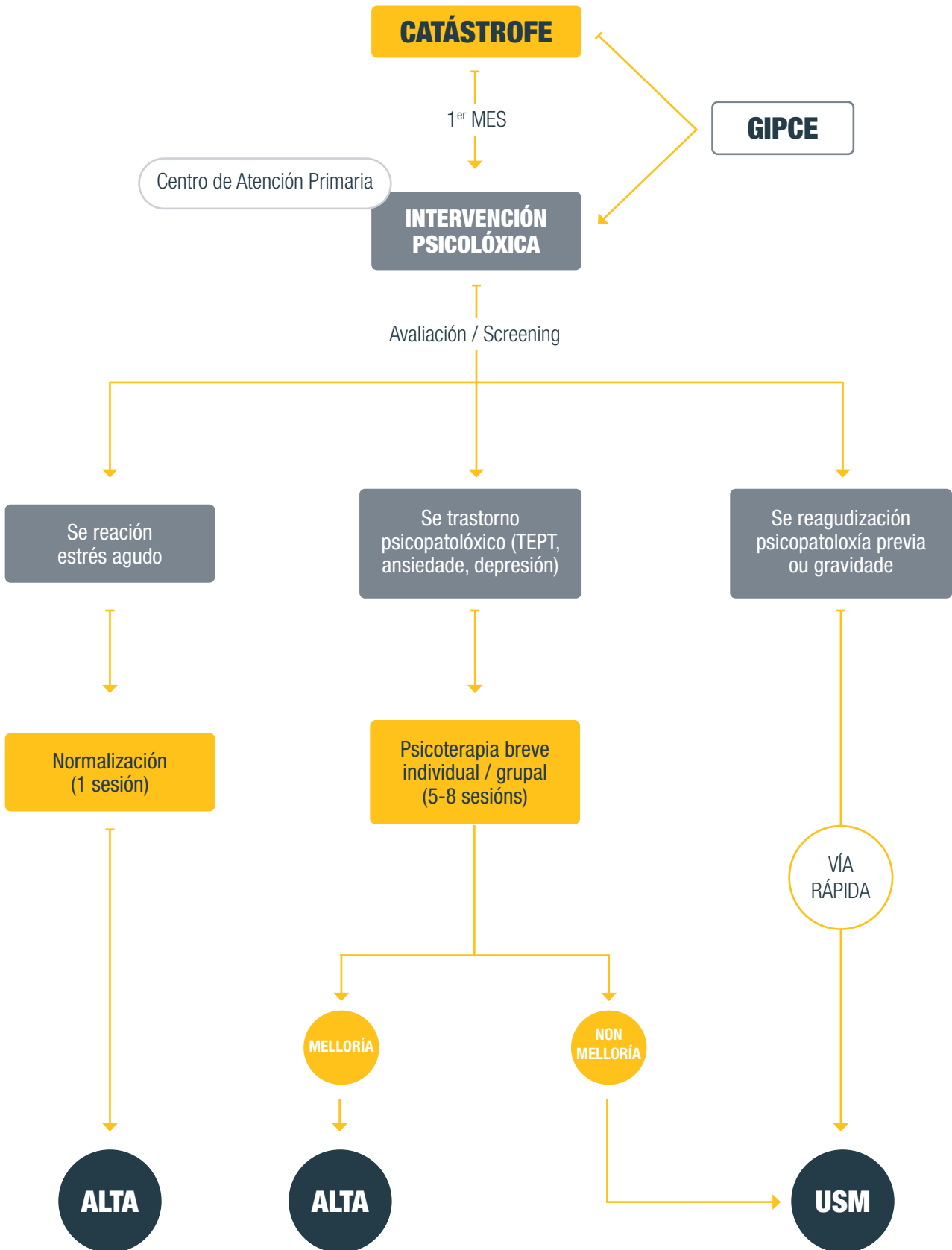


FIGURA 1. Esquema xeral do protocolo poscatástrofes

4.1 – INICIO DE INTERVENCIÓN

O presente **protocolo** ten como **obxectivo dar atención ás vítimas e afectados por unha catástrofe unha vez que se resolve o primeiro momento crítico**. Normalmente, durante a devandita catástrofe e ata 72 horas despois, é o equipo de intervención en catástrofes e emerxencias do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia (GIPCE) quen se encarga de realizar a intervención en crise. Por iso, esta guía trata de dar saída ás necesidades que poden xurdir na poboación tras o devandito período, para continuar coa asistencia psicolóxica. Deste xeito, tras os primeiros auxilios psicolóxicos, poñeríase en marcha este protocolo.

A atención psicolóxica temperará tras un suceso traumático debe respectar os principios reitores de:

- Proximidade, ao lugar do suceso e da forma máis accesible ás persoas afectadas.
- Inmediatez. O tratamento debe comezar de forma o máis inmediata posible nos casos necesitados de terapia, un tratamento temperán impide a cronificación dos síntomas e permite á vítima o restablecemento da vida cotiá.
- Ter continuidade no tempo e realizada por un mesmo terapeuta. O tratamento estruturado ten que ser levado a cabo polo mesmo terapeuta e estar suxeito a unha periodicidade determinada, por exemplo, cun réxime de visitas semanal.
- Contar cunha limitación temporal. O tratamento debe ter un comezo e un final, conforme uns obxectivos terapéuticos e tras a aplicación dunhas técnicas terapéuticas derivadas da psicoloxía clínica baseada na evidencia.

4.1.1 – DERIVACIÓN DAS PERSOAS AFECTADAS

Para a detección de persoas que poidan requirir atención e intervención por parte dun especialista en psicoloxía clínica tras a catástrofe, unha vez realizada a primeira intervención en crise polo GIPCE e/ou unidades de emerxencia da zona do suceso, sería importante derivar os afectados ao

centro de atención primaria da zona, onde se integraría un ou varios **profesionais de saúde mental**, dependendo da magnitude do suceso crítico.

A importancia da integración de devanditos profesionais no funcionamento do centro de saúde de atención primaria radica en que estes, constitúen a primeira liña de atención do sistema sanitario e, por tanto, a porta principal de entrada das persoas usuarias. Ademais, a súa localización e integración na comunidade fai que a atención ás persoas afectadas sexa máis accesible e inmediata.

Antes do inicio das derivacións, cómpre realizar unha xuntanza de coordinación no centro de saúde, de forma que se expliciten os criterios de derivación dos pacientes e o modo, para así garantir que todo o equipo dispón de toda a información e traballa na mesma dirección.

Como se comentou previamente, o GIPCE realizará os primeiros auxilios psicolóxicos e poderán detectar casos de especial vulnerabilidade e risco, e son eles os que proporcionarán información sobre os dispositivos aos que poden acudir posteriormente devanditos pacientes e ofrecer información sobre a dispoñibilidade de asistencia psicolóxica.

Tras a devandita intervención, tres poden ser as **vías de solicitude de valoración psicolóxica**:

- Os propios usuarios e usuarias, tras ser informados da dispoñibilidade do servizo, poden solicitar consulta no seu centro de saúde, sendo recollida polo administrativo e comunicada ao seu médico ou médica de referencia, quen contactará co equipo de psicoloxía clínica.
- O propio profesional de referencia de atención primaria desa persoa pode detectar ou recibir a solicitude de axuda psicolóxica, realizando a derivación ao equipo.
- A detección e derivación pode facerse extensible ao resto do persoal do centro sanitario, posto que outros profesionais en contacto co paciente poden detectar dita necesidade, como traballo social, enfermaría...

Os centros educativos tamén son un lugar nos que se pode detectar alumnado que requira derivación para atención psicolóxica, polo que é importante unha correcta coordinación co profesorado dos centros educativos da zona e dotalos da información precisa para poder detectar devanditos casos.

4.1.2 – EQUIPO DE INTERVENCIÓN

Como se adiantaba anteriormente, sería necesario dotar ao centro de saúde dun/ha facultativo/a especialista en Psicoloxía Clínica, de modo que puidese desempeñar o seu labor no devandito centro.

Tal profesional necesitaría dun despacho equipado cun computador e un escritorio. Sería importante ademais contar cun espazo amplo no centro de saúde no que se puidesen realizar intervencións grupais. O material preciso neste espazo serían fundamentalmente cadeiras, colchóns e soporte audiovisual.

É fundamental crear un **equipo interdisciplinario** para poder abordar a intervención de maneira máis efectiva cos distintos profesionais do centro de saúde realizando un traballo de intervención coordinado cada un a través da súa especialidade: Psicoloxía Clínica, Médico/a de Atención Primaria, Pediatría, Enfermaría, Traballo Social...

En función da magnitude da catástrofe, é necesario dimensionar tanto as necesidades de recursos humanos como a localización. De forma aproximada establecerase un profesional de psicoloxía clínica por cada 100 afectados.

Cómpre lembrar que tamén no caso de traballar con menores é importante a coordinación co equipo educativo dos centros escolares da zona, podendo dar pautas ao profesorado e/ou realizar intervencións psicoeducativas nos colexios.

4.1.3 – PERSOAS USUARIAS

É imprescindible detectar cando e con quen é preciso intervir, de modo que dita intervención se realice sendo realmente necesaria. O obxectivo diso é evitar a iatroxenia que puidese derivarse da intervención xeneralizada ou sen criterio.

Os usuarios derivados deben, por tanto, ser **vítimas directas do suceso crítico ou ser achegados e/ou familiares das vítimas**.

Para iso, tras a derivación das persoas afectadas realizarase unha entrevista inicial ou proba de avaliación de cribado ou *screening* na que se valorará a inclusión (ou non) de cada persoa no programa, así como en que tipo de intervención.

Tamén é importante ofrecer a intervención psicolóxica e dar un espazo a todos aqueles **profesionais intervinientes** durante a situación de emerxencia especialmente se despois de dita actuación manifestan dificultades e requiren atención especializada.

4.1.4 – SESIÓNS

os casos de intervención tras unha crise, demostrouse a efectividade da **intervención psicolóxica breve** (5-10 sesións), sobre todo naqueles casos que se poden considerar de gravidade leve-moderada; esta intervención pode ser en formato individual ou grupal dependendo das características do caso.

En caso de detectar maior necesidade de intervención ou gravidade da sintomatoloxía ou mesmo en casos de antecedentes psicopatolóxicos previos que se agravaron polo suceso crítico, habería que habilitar unha vía rápida ou preferente para derivar esa persoa ao seu centro de saúde mental especializada de referencia.

4.2 – AVALIACIÓN DE AFECTADOS (ENTREVISTAS/PROBAS PSICOMÉTRICAS)

Previo ao comezo da intervención, é importante realizar unha **avaliación psicolóxica dos afectados para poder valorar o tipo e/ou modalidade de intervención máis adecuada** ás necesidades de cada persoa.

Para iso contamos con diferentes modalidades de avaliación a través de entrevista e probas psicométricas validadas para poboación española.

Entrevista

Unha parte importante da avaliación poderíase facer mediante entrevista clínica que se podería elaborar de forma semiestructurada para cada suceso en concreto ou adaptar algunhas das entrevistas validadas na literatura existente.

Unha escala que se podería administrar sería a **Escala de gravidade de síntomas do trastorno de estrés post-traumático-revisada (EGS-R)** (Versión clínica) (Echeburúa, Amor, Sarasua, Zubizarreta, Holgado-Tello e Muñoz, 2016). É unha entrevista estruturada que consta de 21 ítems, baseada nos criterios diagnósticos do DSM-5 e serve para avaliar a gravidade dos síntomas deste cadro clínico

Probas 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:

En función do suceso crítico pódense pasar algunhas escalas de avaliación que recollerían sobre todo datos sobre a **sintomatoloxía de ansiedade, depresión** e sintomatoloxía propia do **estrés agudo/postraumático** e que estean validadas para poboación española.

Algunhas destas escalas poderían ser, para poboación adulta:

- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (*Beck, Steer e Brown, 1996; versión española de Sanz, Navarro e Vázquez, 2003*): é un autoinforme de 21 ítems (rango: 0-63 puntos) que mide a intensidade dos síntomas depresivos e dá máis importancia aos compoñentes cognitivos da depresión que aos condutuais e somáticos. O punto de corte máis utilizado para discriminar entre poboación sa e afectada de sintomatoloxía depresiva é de 18.
- Inventario de Ansiedade Estado-Trazo (STAI) (*Spielberger, Gorsuch e Lushene, 1970*) (versión española de Spielberger et al., 1982): é un autoinforme que consta de 20 ítems relacionados coa ansiedade-trazo e doutros 20 relacionados coa ansiedade-estado. O rango de puntuacións oscila de 0 a 60 en cada

escala.

- Escala de Resiliencia (ER-14) de 14 ítems de Wagnild, (2009 c) baseada na Resilience Scale (RS-25)-Escala de Resiliencia (ER) de 25 ítems (Wagnild & Young, 1993). Mide o grao de resiliencia individual, considerado como unha característica da personalidade positiva que permite a adaptación do individuo a situacións adversas.

No caso dos nenos e nenas, poderíanse avaliar mediante as escalas adaptadas a poboación infantil que medisen este tipo de sintomatoloxía.

En todo caso, as escalas poderían adaptarse a cada suceso e/ou situación a criterio dos profesionais responsables da intervención..

4.2 – MODALIDADE DE INTERVENCIÓN (INDIVIDUAL/GRUPAL)

Unha vez realizada a avaliación inicial (entrevista/probas psicométricas) dos afectados, o obxectivo será iniciar a intervención psicolóxica o máis axiña posible, que debería ser **a partir da primeira semana e dentro do primeiro mes do evento traumático**.

O obxectivo fundamental da intervención psicolóxica será o de axudar a restablecer o equilibrio emocional, utilizando técnicas recomendadas nas guías de práctica clínica, que na súa maioría pertencen ao enfoque cognitivo-condutual (desensibilización sistemática, exposición gradual, adestramento en relaxación, exercicios de respiración etc.)

Se temos en conta as diferenzas individuais e as necesidades expostas, a modalidade da intervención pode ser a nivel individual ou grupal.

Con frecuencia a familia do afectado tamén sofre as consecuencias polo que sería positivo valorar e preguntar directamente aos familiares e, se houberse necesidade, realizaríanse sesións de familia.

A terapia enfocarase ao tratamento do trauma ou a outros síntomas que se consideren relevantes.

A terapia recomendada, seguindo as guías de práctica clínica, sería a terapia cognitiva condutual centrada no trauma, tanto para menores como persoas adultas con trastorno de estrés agudo, con TEPT ou con síntomas clinicamente importantes de TEPT transcrito un mes tras o acontecemento traumático.

Estas intervencións inclúen:

- Terapia de procesamento cognitivo.
- Terapia cognitiva para o TEPT.
- Terapia de exposición narrativa.
- Terapia de exposición prolongada.

Estas intervencións deben basearse nun manual validado, e deben incluír:

- Psicoeducación sobre as reaccións traumáticas.
- Estratexias para controlar a hiperactivación, os flash-backs e a planificación de ambientes seguros.
- Procesamento e elaboración dos recordos traumáticos.
- Procesamento de emocións relacionadas co trauma, incluída a vergoña, a ira, a culpa e o dó.
- Reestruturación dos significados relacionados co trauma vivido polo individuo.
- O adestramento en estratexias para superar as condutas de evitación.
- Adoptar un enfoque para restablecer o funcionamento adaptativo.
- Prevención e preparación para o final do tratamento.
- Sesións de reforzo en caso necesario, diante de datos significativas, por exemplo.

Outra terapia recomendada polas guías clínicas é o tratamento por desensibilización e reprocesamento a través dos movementos oculares (EMDR) para adultos con TEPT ou síntomas clinicamente significativos de EPT. Aínda que as intervencións con EMDR están moi protocolizadas, po-

den modificarse en cada caso segundo a opinión do clínico experto.

A maioría das guías clínicas destacan que os tratamentos psicolóxicos focalizados no trauma son os tratamentos de primeira elección, mentres que propoñen a medicación como tratamento coadxuvante ou de segunda liña.

Para planificar as intervencións psicolóxicas máis efectivas os profesionais deben traballar en equipo, priorizar o desenvolvemento dunha boa alianza terapéutica, proporcionar ao paciente un plan de tratamento racional e expectativas de evolución esperanzadoras, ter en conta a gravidade e as comorbilidades na súa avaliación, así como avaliar a presenza de síntomas residuais que requiran tempo extra de tratamento, nun medio asistencial seguro.

Un exemplo de racionalización de recursos e necesidade de intervención é o protocolo implementado tras os sismos de Lorca, no que estableceron catro grupos seguindo unha intervención graduada en función da gravidade do cadro que presentaban os afectados:

- Casos de reacción a estrés agudo: Normalización (1 sesión e seguimento ao mes) As condutas emitidas despois dun evento desta natureza adoitan ser desadaptadas, pero non síntomas de enfermidade mental.
- Se presenta un trastorno leve ou moderado: Intervención grupal (4 ou 5 sesións) con seguimento aos 3 meses.
- Se presenta un trastorno de ansiedade ou depresión moderado/grave: Intervención individual (máximo de 9 sesións).
- Se existe exacerbación de psicopatoloxía previa ou detección de gravidade: Derivación ao seu centro de saúde mental.

Nas situacións tras un evento crítico que se prevexa unha alta demanda asistencial é importante valorar a introdución de intervencións grupais que mostran eficacia neste tipo de situacións segundo as guías clínicas.

No caso das intervencións grupais, os obxectivos das mesmas poderían ser de forma xenérica:

- Establecer unha relación adecuada entre paciente-terapeuta para traballar de forma máis eficiente.

- Atender de forma rápida, organizada e eficaz a toda persoa con evidencia de sintomatoloxía derivada polo trauma vivido.
- Atender de forma integral e adaptada as necesidades da persoa derivada ao programa.
- Ensinar a normalizar o máis axiña posible, reaccións físicas que poden presentarse diante de situacións de crises.
- Xerar estratexias de afrontamento adaptativas diante de situacións de tensións.
- Aplicar técnicas de redución de ansiedade dentro do programa de intervención grupal planificada.
- Previr a aparición de trastornos de estrés postraumático. (*American Psychiatric Association, APA, 2000*).

A intervención grupal tamén debería ser breve (4-8 sesións), cunha frecuencia semanal. As técnicas utilizadas neste tipo de intervención deben ser adaptacións a este formato de tratamentos eficaces segundo as guías clínicas, co obxectivo de estruturar a experiencia traumática tanto a nivel emocional como cognitivo e impedir a cronificación de síntomas de tensión aguda.

Nas intervencións grupais se é preciso pódese contar con persoal de enfermería como co-terapeuta nos grupos, para aplicar estratexias e técnicas de relaxación/respiración, así como técnicas de afrontamento á tensión, coa finalidade de dotar o paciente das estratexias necesarias para reducir, controlar e afrontar a ansiedade e os seus síntomas.

En resumo, a intervención iniciárase con entrevistas clínicas en que se obterían os datos sobre a psicopatoloxía e outras variables consideradas importantes a estudar. Se os síntomas das persoas afectadas derivadas desde Atención Primaria non chegasen a constituir un trastorno, ofreceríase unha única sesión de “normalización” da reacción ao trauma, e citaríase o paciente para seguimento un mes despois.

Se na avaliación se confirma a psicopatoloxía (estrés postraumático, ansiedade, depresión...), a intervención psicolóxica aplicaríase individualmente.

Crearíanse tamén grupos segundo as demandas ou as necesidades dos afectados, para aqueles pacientes con maior puntuación en ansiedade ou ben cando se prevea unha alta demanda asistencial.

4.3 – FINALIZACIÓN DA INTERVENCIÓN

Unha vez rematados os tratamentos aplicados en cada caso, é importante facer de novo unha avaliación coas mesmas escalas psicométricas empregadas previamente para valorar a eficacia da intervención e se os obxectivos da intervención se cumpriron con éxito.

Poderíase valorar facer algunha sesión de seguimento para avaliar que os cambios se manteñen no tempo.

En casos onde a psicopatoloxía se agravase, procederáse á derivación á Unidade de Saúde Mental de referencia para dar continuidade ao tratamento de forma especializada.

[5]

COORDINACIÓN CON OUTROS DISPOSITIVOS

Nunha situación de emerxencia e catástrofe é importante que todos os axentes implicados na intervención das persoas afectadas e as súas familias actúen de forma coordinada e en base á consecución dos mesmos obxectivos.

No caso da intervención psicolóxica en crise, neste tipo de situacións sería importante dar continuidade á atención que se poida levar a cabo no lugar do suceso, polo que é imprescindible a coordinación cos servizos de emerxencias e o GIPCE. Neste caso, debería haber unha liña de comunicación e coordinación directa con eles, quen facilitaría unha listaxe de persoas susceptibles de intervención.

No caso de que se mobilizaran axentes de servizos sociais da zona tamén sería importante a coordinación con eles.

Tendo en conta que a liña de intervención exposta sería desde atención primaria, posto que os centros de atención primaria son a porta de entrada aos servizos de saúde así como os centros máis accesibles á poboación, sería importante que a persoa designada a facer as intervencións se

coordinase cos médicos/as de atención primaria, o persoal de traballo social, así como cos/as pediatras que poderían recibir demanda dos centros escolares, de ser o caso.

Dita intervención sería importante que se iniciase da forma máis rápida posible, non demorando o inicio da intervención máis dun mes desde a finalización do evento crítico.

Xa desde a intervención psicolóxica en atención primaria, sería importante crear unha vía de atención rápida coas Unidades de Saúde Mental correspondentes para aqueles casos de maior gravidade que se puidesen detectar.

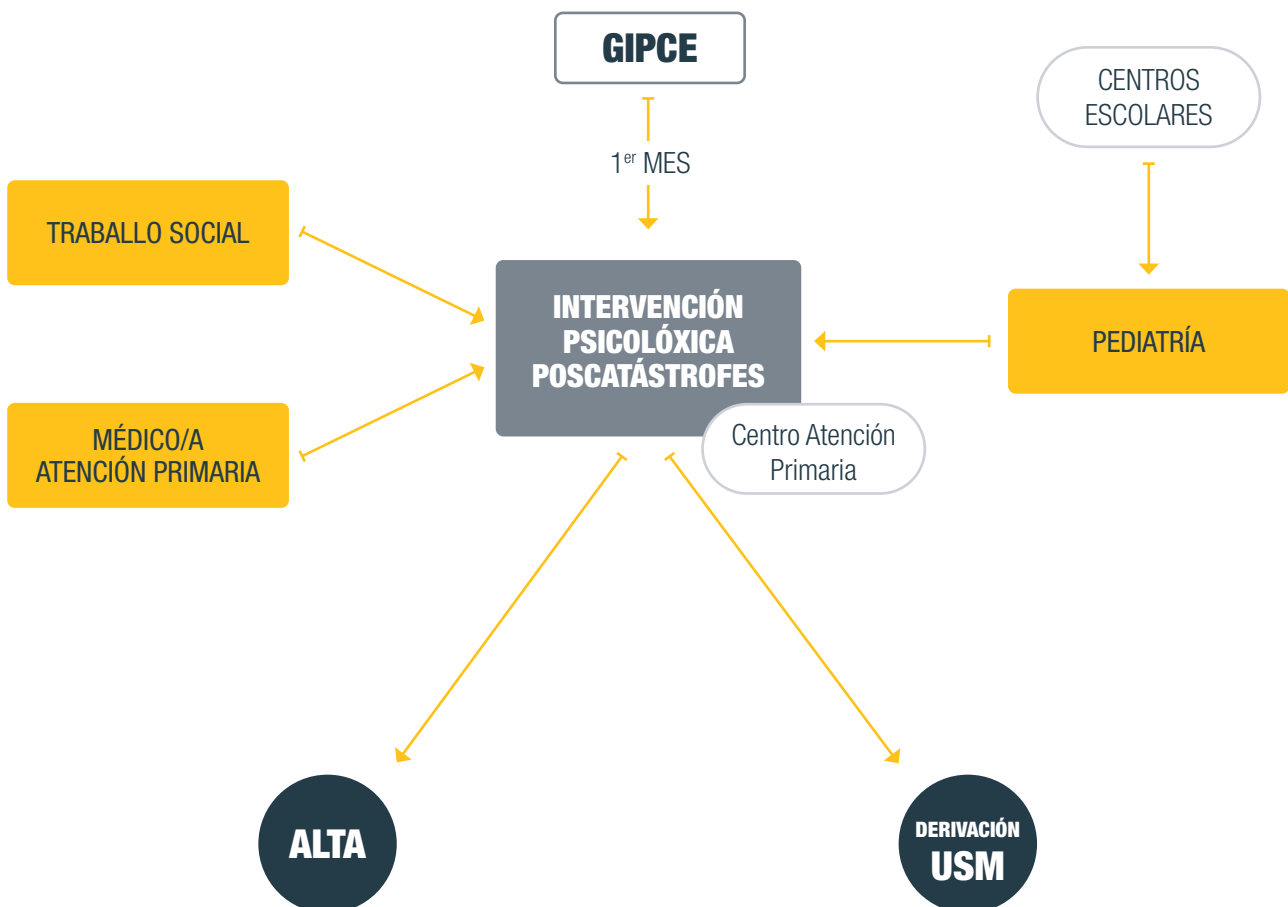


FIGURA 2. Coordinación con outros dispositivos no protocolo de intervención

[6]

CONCLUSIÓN

Co presente *Protocolo Poscatástrofes* preténdese elaborar un documento que sirva de guía de actuación e intervención tras situacións críticas que poidan ocorrer na nosa Comunidade e para as que ata o de agora non hai unha resposta organizada e protocolizada desde os servizos de saúde mental nas distintas áreas sanitarias, tras os primeiros auxilios psicolóxicos por parte do GIPCE.

Esta intervención temperá debe ser unha prioridade para previr trastornos psicopatolóxicos que poidan agravarse ou cronificarse e, por tanto, acaben engrosando, máis aínda, as listaxes de espera nas Unidades de Saúde Mental.

A modo de resumo, este Protocolo senta as súas bases nas seguintes premisas:

- A **intervención psicolóxica** para ser efectiva debe realizarse de forma **temperá**; isto é entre a primeira semana e sempre antes de cumprir un mes desde o suceso traumático.
- O lugar da intervención psicolóxica máis adecuado é o **centro de Atención Primaria** máis próximo á zona do suceso, xa que facilita o acceso da poboación afectada e está integrado na comunidade, por tanto, son máis accesibles para todas as persoas.

- Os **usuarios** deben ser **persoas afectadas** polo evento crítico así como os seus **familiares** ou achegados. Tamén é importante facilitar a intervención ás persoas **intervenientes** no suceso.
- As intervencións psicolóxicas deben ser realizadas por **facultativos/as especialistas en Psicoloxía Clínica**, quen será os responsables de realizar as avaliacións e intervencións axustándose ás recomendacións das guías clínicas.
- As intervencións psicolóxicas serán de carácter **breve** (5-10 sesións).
- En casos de reagudización de patoloxías previas, de non melloría tras intervención breve ou de detección de psicopatoloxía grave, derivaranse ás **unidades de saúde mental** para o que sería importante crear unha **vía de intervención rápida**.
- É imprescindible en situacións de crises actuar de forma coordinada cos diferentes **axentes sociais** implicados, así como traballar en **equipo interdisciplinario**.

[7]

BIBLIOGRAFÍA

-
- Alarcón, E., Alcaraz, M. B., Corpas, A., Montilla, A., Navarro, R. e 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. e 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. e Brown, G. K. (2011). *Manual. BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II* (adaptación española de J. Sanz e 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. e 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. e 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., e 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., e 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. e 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 e XI Nacional de Psicología Clínica (Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), pp. 455–463). Granada.
- Martín García-Sancho, J. C. , Valera Bernal, J., Albacete Belmont MA., Oliván Roldán, C. e Egea Durán, C. (2018). *Tratamiento de TEPT y otros trastornos demorados o cronificados tras los seísmos de Lorca*. *Psicología.com*.
- Osorio, C. e 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. e Medina, J. L. (2003) *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Sánchez López, A., Albacete Belmont MA., Valera Bernal, J. e 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 do VI Congreso Internacional e XI Nacional de Psicología Clínica (Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), Granada.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., e 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., e 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., e 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., e 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., e 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.

