



Universidad de Oviedo

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PSICOLÓGICA ANTE INCIDENTES CON MÚLTIPLES VÍCTIMAS

Trabajo Fin de Máster en Análisis y Gestión de Emergencias y Desastres.

Autora: Silvia Fernández Mariño

Director: Rafael Castro Delgado

Codirector: Carlos Arango Pérez

Oviedo, 3 de Junio de 2014

Título: Protocolo de Actuación Psicológica ante Incidentes con Múltiples Víctimas

Autora: Silvia Fernández Mariño

Fecha: 3 de Junio de 2014

Resumen

Se ha realizado la propuesta de un protocolo de actuación psicológica ante un incidente con múltiples víctimas. Este protocolo está orientado a proporcionar una guía de intervención para los profesionales de la salud mental en el caso de que se produzca un IMV en Asturias. Para ello, se han estudiado los primeros auxilios psicológicos, considerados como una respuesta, cuyo objetivo es proporcionar ayuda y apoyo prácticos a los afectados. Están compuestos de seis actitudes y seis acciones fundamentales. Este protocolo es una propuesta para los servicios de Protección Civil del Principado de Asturias, para implementar la atención psicológica y psicosocial dentro del plan de emergencia ante IMV con el que ya cuentan.

Además, se han descrito las reacciones fisiológicas y psicológicas más comunes tras un desastre. Se ha visto que son respuestas normales de los individuos. Si bien hay ciertos grupos de personas que son más vulnerables y están en riesgo de padecer trastornos mentales más graves y que ya no son normales, sino que son patológicos. También se han descrito los trastornos mentales que los afectados, los familiares o los intervinientes más sufren tras un desastre.

Palabras clave

“Ayuda Psicológica Básica”, “Primeros Auxilios Psicológicos”, “Incidente Múltiples Víctimas”, “desastre”, “reacciones psicológicas”, “grupos vulnerables”, “factores de riesgo”, “trastornos mentales”.

Abstract

A proposal of a psychological intervention protocol to a mass casualty incident has been made. This protocol is orientated to provide an intervention guide for health mental professionals, in the case that a mass casualty incident will happen in Asturias. To that end, a psychological response was studied; whose objective is providing help and practical support to the survivors of the disaster. This response is called "Psychological First Aid", and it is formed of six attitudes and six actions, which are the core of the intervention. This protocol is a proposal for the services of "Protección Civil del Principado de Asturias", to be implemented as the psychological intervention within the emergency plan for mass casualty incidents that they already have.

Furthermore, we have studied the physiological and psychological reactions that occur after a disaster, which are usually common reactions of individuals in such situations. However, there are some groups of people that are more vulnerable and more at risk of having a mental disease, a pathological and uncommon disease. A description of those mental disease has been also made.

Key words

"Psychological First Aid", "Mass Casualty Incident", "disaster", "psychological reactions", "vulnerable groups", "risk factors", "mental disease".

Índice

1. [Introducción](#)
2. [Objetivos](#)
3. [Material y Método](#)
4. [Resultados](#)
 - 4.1. [La Ayuda Psicológica Básica](#)
 - 4.2. [Reacciones Fisiológicas y Psicológicas](#)
 - 4.3. [Grupos Vulnerables y Factores de Riesgo](#)
 - 4.4. [Trastornos Mentales](#)
 - 4.5. [Protocolo de Actuación Psicológica ante IMV](#)
 - 4.5.1. [¿Quién lo realiza?](#)
 - 4.5.2. [¿A quién va dirigido?](#)
 - 4.5.3. [¿Dónde realizar la ayuda?](#)
 - 4.5.4. [¿Cuándo debe hacerse?](#)
 - 4.5.5. [Objetivos principales](#)
 - 4.5.6. [Preparación antes del IMV](#)
 - 4.5.7. [¿Qué hacer tras el IMV?](#)
 - 4.5.8. [¿Qué no debe hacerse?](#)
5. [Discusión](#)
6. [Anexos](#)
7. [Bibliografía](#)

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los efectos que menos se ha tenido en cuenta en las emergencias y los desastres son los trastornos mentales. En los últimos años la salud mental, y más el apoyo psicosocial básico; se han convertido en uno de los temas importantes para las programaciones a nivel humanitario. La adopción de un Comité Permanente entre Organismos (Inter-Agency Standing Committee, IASC), que ha elaborado una Guía Sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, ha ayudado a establecer un marco de trabajo común para las agencias nacionales e internacionales.¹ La mayor parte de los desastres, pero sobre todo los conflictos armados y los desastres naturales, causan graves sufrimientos psicológicos y sociales a las poblaciones afectadas por ese desastre. La salud mental y el bienestar psicosocial de las personas pueden verse afectadas a corto e incluso a largo plazo, ya que los efectos psicológicos y sociales de las emergencias no son sólo agudos; sino que pueden deteriorar a muy largo plazo a las poblaciones afectadas. Debido a esto, una de las prioridades de las actuaciones y planificaciones debe ser proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas.²

En España, uno de los organismos que se encarga de afrontar los desastres que ocurren es la Protección Civil, un servicio público que pretende garantizar la protección física de las personas y de sus bienes, en situaciones de desastre. Se encargaría de la organización, el funcionamiento y la ejecución de los planes de emergencia. Está basado en un sistema de planificación y coordinación de medios y recursos públicos y privados del Estado, las Comunidades Autónomas, Provincias, Ayuntamientos y otras Administraciones.³ Estos planes se encuadran dentro de la primera fase de un desastre, durante el “antes”. Es decir, son planes que deben ser estructurados y probados antes de que suceda el evento catastrófico, para preparar a la comunidad y a la población para que sepan cómo responder ante ese suceso de forma eficaz. Por ello, los Planes de Emergencia de Protección Civil, son protocolos de actuación en el caso de que un determinado tipo de desastre suceda en cada una de las Comunidades Autónomas, o que suceda un desastre a nivel estatal. Constituyen el mecanismo a través del cual se determina la estructura organizativa y funcional de las autoridades y organismos llamados a intervenir en un desastre. Permiten establecer los mecanismos de coordinación y de manejo de recursos.⁴

Como se ha visto, el efecto de la salud mental y el apoyo psicosocial tras un desastre es un tema poco estudiado y trabajado; aunque ha ido tomado relevancia con el paso del tiempo. Por esta razón, se ha hecho evidente la necesidad de establecer un protocolo de actuación psicológica ante un desastre, concretamente ante un Incidente con Múltiples Víctimas, para poder estandarizar y preparar un documento que sirva como punto de partida para todas las intervenciones psicosociales tras un desastre de este tipo.

2. OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es la propuesta de un protocolo de actuación psicológica en un accidente con múltiples víctimas. Se establecerá el protocolo que deberán seguir los intervinientes en el desastre para que su actuación no conlleve más riesgos para los afectados por el mismo.

Los objetivos secundarios serían por un lado describir las intervenciones psicológicas básicas tras un desastre, es decir, la Ayuda Psicológica Básica; y por otro sería el describir signos y síntomas psicológicos que van a observarse tanto en afectados como en intervinientes o familiares tras el desastre, es decir, las reacciones fisiológicas y psicológicas comunes tras una situación catastrófica. Otro objetivo secundario es describir los grupos más vulnerables y los factores de riesgo ante un desastre. El último objetivo secundario es establecer aquellos trastornos mentales más comunes producidos tras un IMV.

Además, este protocolo es una propuesta para los servicios de Protección Civil del Principado de Asturias, para su posterior revisión e implementación en los planes de emergencia ya existentes.

3. MATERIAL Y MÉTODO

Para llevar a cabo este protocolo, se ha realizado una exhaustiva revisión bibliográfica de artículos relacionados con la atención psicológica básica y los incidentes con múltiples víctimas, de forma retrospectiva, publicados en diversas revistas científicas y libros en los últimos años. Se ha utilizado como palabras clave la ayuda psicológica básica, la salud mental, los desastres y los incidentes con múltiples víctimas.

4. RESULTADOS

Hay pocos artículos publicados sobre los protocolos de actuación psicológica en un accidente con múltiples víctimas. En cambio, predominan los artículos que hacen referencia a los primeros auxilios psicológicos. Sobre todo, los temas sobre los que más referencias se han encontrado son las reacciones comunes tras un desastre y los grupos y factores de riesgo, ambos objetivos secundarios del trabajo.

4.1. Los Primeros Auxilios Psicológicos

Los Primeros Auxilios Psicológicos, también llamada Ayuda Psicológica Básica, son una intervención útil en los primeros momentos posteriores al desastre, aunque pueden ser utilizados durante toda la respuesta ante un desastre si es necesario. Suele ser erróneamente considerada una práctica clínica, cuando lo que trata es de dar una respuesta humana para reconfortar a otro ser humano que sufre y puede necesitar apoyo.⁵ Esta primera ayuda psicológica consiste en brindar ayuda y apoyo prácticos, de manera no invasiva; evaluar las necesidades y preocupaciones; ayudar a las personas a atender sus necesidades básicas (por ejemplo, comida y agua); escuchar a las personas, pero sin presionarlas para que hablen; reconfortar a las personas y ayudarlas a sentirse en calma; ayudar a las personas a acceder a información, servicios y apoyos sociales; y por último proteger a las personas de otros posibles peligros. Es importante entender que esta ayuda no es un “debriefing psicológico”, ya que no entra necesariamente en la discusión de los detalles del acontecimiento. Tampoco se trata de pedir a la persona que analice lo que le ha sucedido o que ordene los acontecimientos. No es un asesoramiento profesional, por lo que pueden hacerlo tanto profesionales de la salud mental como otros profesionales, siempre y cuando hayan sido entrenados en las premisas de la ayuda psicológica básica.⁶ Por ejemplo, la Cruz Roja Americana (American Red Cross, ARC) introdujo en el 2006 el curso “Ayuda Psicológica Básica: Ayudando a otros en tiempos de estrés”, donde se enseña PFA a todos sus intervinientes, y espera que todo su personal y sus voluntarios puedan proveer una asistencia básica psicológica, comodidad y apoyo a personas que estén experimentando un estrés relacionado con un desastre. Además, cuando esta ayuda básica no es suficiente, la Cruz Roja Americana suele desplegar profesionales de la salud mental.⁷

Es una alternativa que incluye unos factores que parecen ser de gran ayuda para la recuperación de las personas a largo plazo, como serían: sentirse seguro, conectado con otros, en calma y con esperanza; tener acceso a apoyo social, físico y emocional; y sentirse capaz de ayudarse a sí mismos como individuos y comunidades.⁸

Estos Primeros Auxilios Psicológicos tienen seis actitudes fundamentales que deben ser cumplidas por todos los intervinientes cuando estén ofreciendo su ayuda a las personas afectadas por un desastre.⁹ La primera de ellas es básica para cualquier interviniente, es el **“estar tranquilo”**, mantener una presencia calmante, pero sin ser considerada como emocionalmente distante. La segunda consiste en mostrar compasión y cercanía a los supervivientes, es decir, **“proporcionar calor”**. Por ejemplo, a través de un apretón de manos o un abrazo, siempre respetuosamente y manteniendo un contacto de una manera apropiada.¹⁰ La siguiente consiste en **“proporcionar reconocimiento a los afectados de que han sufrido un trauma”**, de que han sido testigos de un suceso traumático. Además, este reconocimiento también debe ser proporcionado por los sistemas de apoyo del afectado, así como por familiares y/o amigos. **“Expresar empatía”** es la cuarta actitud y también es fundamental. Implica que los intervinientes tienen que estar dispuestos a escuchar lo que les dice el superviviente. Consiste en escuchar activamente lo que expresan los afectados que han vivido, y ver esas situaciones desde el punto de vista de esa persona. El afectado tiene que saber que estás siendo empático, lo que se puede conseguir a través de frases como “escucho lo que estás diciendo...”, “pareces...”, “le das un gran valor a...”, “dime si estoy entendiendo esto correctamente, parece que sientes que...”. Todas estas frases le ayudarán a que cuente su historia más fácilmente. La quinta actitud es **“mostrar autenticidad”**, es decir, el interviniente debe mostrar auténtica empatía, ya que en muchas ocasiones los afectados pueden sentir cuándo se está fingiendo, lo que empeora la situación, en vez de ayudarlos. Por último, la última actitud trata de **“fortalecer al superviviente”**, ofreciendo respeto y admiración y no convirtiéndole en un niño; enseñándoles que son fuertes, competentes, seguros e independientes.

Además de seis actitudes básicas, la ayuda psicológica básica cuenta también con seis acciones que son consideradas fundamentales por varios autores.¹¹ La primera de ellas es la **atención a las necesidades fisiológicas básicas**. Es una de las primeras intervenciones que deben realizarse, e incluye asegurarse de que el afectado dispone de aire, agua, comida, un lugar donde dormir, o posee una temperatura corporal adecuada. Cuando estas necesidades no están cubiertas, los supervivientes pueden

sentirse enfermos, irritados y con dolor y sensaciones que no son placenteras. Una vez cubiertas estas necesidades, las personas pueden empezar a pensar en otras cosas más importantes. Los intervinientes pueden utilizar diferentes preguntas para determinar si las necesidades básicas están cubiertas, por ejemplo “¿Necesita algo para comer o beber?”, “¿Puedo ayudarle a recoger sus pertenencias?”, “¿Necesita ayuda para encontrar un lugar donde dormir?”.

La segunda acción es **atender las necesidades de seguridad**. Un componente fundamental de la ayuda psicológica básica es proporcionar seguridad y protección a los supervivientes, además de protegerles de más peligros y daños.¹² Brewin sugiere que cualquier intervención psicológica que se centre en el evento traumático será inefectiva si la persona afectada se siente amenazada.¹³ Las necesidades de seguridad pueden ser tanto físicas como psicológicas, además, debe centrarse la acción en establecer estabilidad y consistencia, debido al caos que se produce tras un desastre. El interviniente tiene que demostrarle activamente al superviviente que el peligro ha pasado, ya que éstos pueden seguir sintiendo miedo e inseguridad, a pesar de que la amenaza ya haya terminado.

La tercera y cuarta acción consisten en **proveer información y orientación hacia los servicios** que el afectado pueda necesitar. Es decir, proporcionar información sobre la situación tras el desastre y sobre lo que el afectado pueda experimentar en el futuro. Algunos estudios han indicado que lo mejor es utilizar un lenguaje sencillo. Además, el interviniente tiene que estar seguro de que el afectado está prestando atención y entendiendo lo que se le está diciendo. En muchas ocasiones, los supervivientes se encuentran en shock tras el desastre, y pueden no atender a lo que se les está diciendo. Los afectados van a necesitar información sobre distintos ámbitos. Por ejemplo, información acerca de sus seres queridos; ayudarles a averiguar si sus familiares están seguros y no han sufrido ningún daño, ayudándoles a buscarlos o dándoles información sobre dónde buscar o a quién llamar. Otro ejemplo sería la información sobre los recursos disponibles, como podrían ser los hoteles cercanos, dónde conseguir comida o agua, dónde conseguir ropa o incluso dónde poder lavarse. También es importante ofrecerles información sobre el futuro, ya que los afectados pueden tener dudas sobre el riesgo que corren en el lugar del desastre, si es posible que vuelva a pasar.

La siguiente acción es **ayudar a los supervivientes a acceder a los sistemas sociales de apoyo**. Esto significa ayudar a los afectados a contactar con aquellos familiares o amigos que les pueden apoyar en esos momentos de estrés, intentando que este apoyo sea útil, ya que en ocasiones hay personas que no son convenientes para este tipo de situaciones. A través de frases como “es importante que contacte con aquellas personas que se preocupan con usted en momentos como este. O ¿Quién podría proporcionarle el apoyo que necesita?”, se intenta discernir quién es el candidato ideal para que sea el apoyo social del afectado. La última de las acciones es la **asistencia a las víctimas con el dolor traumático**. Cuando un desastre produce pérdida de vidas y dolor traumático, la calidad y tipo de ayuda necesaria puede que sea menos pragmática y más psicológica. El rol del interviniente en esta situación es proporcionar una presencia de apoyo visible. Intenta estar presente para alguien en shock y en duelo. La ayuda psicológica básica puede suponer acompañar a esa persona al hospital, proporcionarle apoyo emocional mientras se está identificando una persona muerta, o por ejemplo, ayudar a alguien a enterrar a una mascota muerta. En el caso de una muerte, o de la asistencia a un funeral, hay ciertas intervenciones que son consideradas como apropiadas, por ejemplo el estar allí, decir “siento mucho su pérdida” o cuando una persona esté llorando, ofrecerle un pañuelo; además, en estos casos hay que pasar desapercibido, estar presente pero sin molestar. En muchas ocasiones, los voluntarios sobre todo, siguen la norma de “no te quedes ahí parado, haz algo”. Sin embargo, hay un gran valor en realizar esta presencia de apoyo, así, la norma se convierte en “no hagas algo, simplemente es estar presente”; como hemos visto, apoyar al afectado, hacerle ver que nos preocupamos por su pérdida y que le estamos ofreciendo nuestro apoyo y consuelo.

4.2. Reacciones Fisiológicas y Psicológicas

En un desastre todo el mundo resulta afectado de una manera y otra, pero como hemos visto hay una amplia gama de reacciones y sentimientos que cada persona puede tener. Mucha gente puede sentirse abrumada, confundida o muy insegura acerca de lo que está sucediendo. Puede tener mucho miedo o encontrarse muy ansiosa, o insensible e indiferente. Algunas personas experimentan reacciones leves, mientras que otras pueden reaccionar de forma más grave. Todo esto depende de muchos factores, por ejemplo la naturaleza y gravedad del acontecimiento; su propia

experiencia con acontecimientos traumáticos anteriores; el apoyo de otras personas en su vida; su salud física; su historia personal y familiar; su cultura y tradiciones; o su edad.¹⁴ A continuación se explican las reacciones fisiológicas y psicológicas más comunes tras un desastre.

Cuando el cuerpo humano se enfrenta a estresores externos, ya sean de origen físico o psicológico, produce unas reacciones fisiológicas que son compartidas por la mayor parte de los seres humanos. Esta respuesta fisiológica al estrés agudo está controlada por el cerebro y la médula espinal, es decir, el sistema nervioso central y el periférico van a reaccionar ante una situación de estrés de una forma “normalizada”. Recibe el nombre de “lucha o huye” debido a que, cuando percibimos una amenaza, los humanos nos preparamos automáticamente para poder enfrentarla, aportando una gran cantidad de energía al organismo para poder llevar a cabo las respuestas necesarias para sobrevivir a esa situación. No es un todo o nada, sino que aumenta o disminuye gradualmente dependiendo de la situación. De hecho, algunos de los procesos de esta respuesta están en muchas ocasiones activados, ya que necesitamos cierto nivel de estrés para realizar nuestro trabajo diario. Estos procesos son adaptativos hasta cierto punto. Una vez que la amenaza ha pasado, nuestro sistema tiende a volver a la situación de reposo anterior. Sin embargo, si no lo hace, nuestro cuerpo empezará a tener problemas físicos debido a toda la energía que está produciendo. Enseñar a los afectados qué les está pasando físicamente es muy importante. Sobre todo porque en muchas ocasiones estas respuestas seguirán activadas a pesar de que la amenaza haya terminado, con lo que es fundamental conocer por qué están sus cuerpos reaccionando así. Estas respuestas físicas son las palpitaciones; la falta de aliento; el nerviosismo; la respiración rápida y superficial; la indigestión, las náuseas, la diarrea, el estreñimiento; la tensión muscular o dolor; fatiga; dolores de cabeza; interrupciones del sueño; o incluso cambios en la temperatura corporal.¹⁵

Hay otra serie de respuestas que pueden considerarse como “normales” tras un desastre, pero que no son esas respuestas fisiológicas de “lucha o huye”. Son también respuestas normales que no tienen por qué indicar que la persona que las está teniendo vaya a padecer un trastorno mental en el futuro. Normalmente son agrupadas en tres grandes áreas, siendo la cuarta la física que ya hemos visto. La primera gran área es la correspondiente a las respuestas conductuales, como por ejemplo cambios en la dieta, comer más o menos, o comer alimentos menos saludables, ya que van a perpetuar la respuesta fisiológica de estrés que vimos con anterioridad.

El aislamiento social, cambios en la conducta sexual, o un incremento en los sentimientos de dependencia en los demás son claros ejemplos de respuestas conductuales. Así como un incremento del abuso de sustancias psicoactivas o de alcohol. La segunda área es la que se corresponde con las reacciones emocionales, que incluyen ansiedad, angustia, llanto, depresión, impaciencia, irritabilidad, hostilidad, vulnerabilidad o pánico. Por último, el área cognitiva, que incluye una repetición excesiva de pensamientos; la preocupación; dificultades en la concentración o incluso el olvido.¹⁶ En muchas ocasiones, es difícil distinguir si estas reacciones que están teniendo los afectados son normales o en cambio pueden convertirse en un trastorno mental. Esto es debido a que estas respuestas tienen muchos síntomas y signos comunes con muchos de los trastornos mentales derivados por un desastre. Es fundamental que los intervinientes conozcan estas respuestas para evitar más trastornos.

Todas estas respuestas individuales, variables de un individuo a otro, pueden darse en alguna o en todas las fases de un desastre, ya que la delimitación entre las etapas no está bien establecida. Muchos autores consideran que hay cuatro etapas en el ciclo de un desastre, que serían el antes, el durante, el después y la readaptación.¹⁷

Durante la primera fase de un desastre, el “**antes**”, se produce la amenaza, dando lugar a un miedo y tensión emocional colectiva, que ayuda a preparar a las personas de esa comunidad para poder enfrentar esa amenaza. Las reacciones individuales dependerán de varios factores, como por ejemplo la experiencia previa. Pueden surgir actitudes de negación del peligro en las que la persona continúa con sus actividades cotidianas y no toma precauciones. En otros casos, aparecen actitudes desafiantes, de gran desorganización, o comportamientos pasivos o agitados que resultan poco adaptativos. En el caso de los incidentes con múltiples víctimas, esta fase consistirá más bien en prevención y preparación ante un posible incidente, ya que los incidentes con múltiples víctimas suceden de improviso, por lo que no hay tiempo para que las personas se preparen para la amenaza.

La segunda fase es el “**durante**”, cuando la situación pasa de ser una amenaza y se convierte en realidad. Es decir, sucede un incidente con múltiples víctimas y los afectados deben enfrentarse de manera abrupta a hechos que pueden ser aterradores; además, se generan grandes cambios neuroquímicos en el sistema nervioso central, lo que denominamos anteriormente como las reacciones fisiológicas; y pueden verse afectadas las respuestas inmunológicas. Las reacciones emocionales van a ser muy intensas, ya que el individuo va a sentir interrumpida su vida y presentar

reacciones muy variadas. Estas reacciones van desde el miedo paralizante a la agitación desordenada, o por ejemplo, desde la anestesia sensorial al dolor extremo. Puede haber un estado de hiperalerta pero, lo más frecuente, es que presenten moderados grados de confusión en la conciencia; que se van a manifestar como aturdimiento, desorientación o dificultad para pensar y tomar decisiones. Además, se pueden presentar diversos grados de disociación en los que el individuo vive la realidad pasivamente, como si estuviera viviendo una película ajena.

La tercera fase es una vez pasado el evento agudo, y se denomina como el “**después**”. Esta etapa puede prolongarse por horas, días o meses, aunque en el caso de un incidente con múltiples víctimas lo más normal es que dure horas y no llegue a muchos días. Las personas afectadas continúan experimentando oleadas de temor y ansiedad al recordar el suceso traumático, o al comenzar a elaborar las consecuencias del mismo. A este miedo y ansiedad, se va a sumar una inestabilidad emocional, sustentada por la tristeza y la ira. Esta alteración emocional va a incidir en el resto del funcionamiento psicosocial. Durante esta fase pueden aparecer ideas o conductas inapropiadas, el sueño se puede hacer irregular y poco reparador, disminuye el apetito, surge la irritabilidad y los conflictos en las relaciones interpersonales, y además se dificulta el cumplimiento de las tareas habituales. También pueden aparecer o acentuarse las quejas somáticas (dolores o molestias) y pueden surgir o agravarse las enfermedades preexistentes, ya que las defensas pueden disminuir o las medidas de control se vuelven insuficientes.

Si el impacto es grave y colectivo, se comienzan a notar daños en la cohesión familiar y social, lo que dificulta enormemente la superación del trauma por parte de los individuos. Si además se le añade la persistencia de la amenaza, o la necesidad de desplazamiento, se postergan los procesos de readaptación, con lo que las manifestaciones psicológicas pueden agravarse y convertirse en permanentes. Para los afectados, la necesidad de manejar simultáneamente las emociones personales y las relaciones y compromisos interpersonales, además de cumplir con las tareas de la vida diaria, puede resultar abrumadora para los afectados por el suceso, que se encuentran continuamente con la necesidad de adaptarse a la pérdida y a lo nuevo.

Por último, durante la fase de “**readaptación**”, las circunstancias ambientales y contextuales favorables facilitan que el individuo recupere la capacidad de asumir su cotidianidad y supere exitosamente las pérdidas. Sin embargo, no siempre sucede así y es frecuente que las reacciones fisiológicas y psicológicas persistan y se conviertan en crónicas. A pesar de que el temor y la ansiedad se van atenuando con el tiempo, la

tristeza y la rabia van a persistir durante mucho más tiempo; e incluso pueden empezar a aparecer sentimientos de culpa por haber sobrevivido o por no haber impedido la pérdida. El ritmo de normalización emocional es muy variable; obviamente, los más frágiles tardarán mucho más en recuperarse de un suceso, es decir, las personas más vulnerables pueden tardar mucho más en superar un incidente con múltiples víctimas.

4.3. Grupos Vulnerables y Factores de Riesgo

Durante una situación traumática, no todas las personas afectadas van a desarrollar un problema psicológico. De hecho, hay algunas personas que poseen mecanismos y herramientas para sobrellevar una situación adversa, como puede ser la resiliencia; además de numerosos factores sociales, psicológicos y biológicos que pueden ayudar a hacer frente a la adversidad e impedir que se desarrollen problemas psicológicos.¹⁸

La resiliencia se ha convertido en los últimos veinte años en la “palabra” para describir la capacidad de sobrevivir, adaptarse y recuperarse tras un evento adverso. Además, puede aplicarse tanto a ecosistemas como a los negocios, a nivel individual o de una comunidad. Esta capacidad es la que permite a los afectados por un desastre a sobrellevar las dificultades y sobrevivir al trauma. Esta capacidad, la resiliencia, se considera un concepto muy importante, sobre todo en el ámbito de la salud mental en los desastres. Como hemos visto, no es un concepto nuevo, y cuando suceden grandes catástrofes puede verse cómo los afectados la poseen. Por ejemplo, en el 11-M en España, los supervivientes, los familiares, los vecinos de la zona o los transeúntes intentaron, con todos los medios de los que disponían, ayudar y apoyar a las víctimas del suceso, salvándoles la vida en muchas ocasiones y ofreciéndoles palabras de apoyo. La capacidad de las personas afectadas para recomponerse y no rendirse cuando todo parece perdido es impresionante y una de las capacidades más importantes que se debe fomentar y enseñar a la población. Esta capacidad se compone de factores que permiten a las personas sobrellevar las dificultades y sobrevivir a un trauma. Es una característica común a todos los humanos, aunque hay una gran variabilidad en lo que es considerado como una dificultad donde las capacidades de resiliencia son necesarias.¹⁹

Hay ciertos grupos de personas que con frecuencia tienen un mayor riesgo de padecer un trastorno mental tras un desastre. Uno de los primeros grupos a mencionar son las mujeres, como por ejemplo mujeres embarazadas o madres solteras. Otro grupo muy vulnerable tras un desastre son los niños, desde los recién nacidos hasta los jóvenes de 18 años. Sobre todo, corren riesgo los niños separados o no acompañados, niños objeto de trata o niños que viven o trabajan en las calles. Otro grupo de riesgo importante son los ancianos, sobre todo cuando han perdido a aquellos familiares que los atendían. Las personas extremadamente pobres también están en riesgo, así como los refugiados, las personas internamente desplazadas o los inmigrantes en situación irregular. Otro grupo de riesgo importante son aquellas personas que padecían discapacidades o trastornos severos preexistentes de índole física, neurológica o mental.²⁰ Estas personas que son particularmente vulnerables en situaciones críticas, van a necesitar de ayuda adicional por parte de los intervinientes para poder sobrellevar las consecuencias de un desastre.

Los factores de riesgo son variables que pueden aumentar la probabilidad de padecer un trastorno mental tras un desastre. Estos factores pueden ser tanto de carácter demográfico como abarcar los antecedentes personales. El ámbito demográfico incluye variables como el género, la edad, la inteligencia, el estatus socioeconómico o la cultura, entre otros. Los antecedentes personales incluyen variables como la previa experiencia de eventos parecidos, muy importante sobre todo en los intervinientes, ya que les va a ayudar a sobrellevar el evento traumático. Además, los supervivientes de otros desastres ven reducidos sus niveles de ansiedad y aumentados los niveles de preparación ante la posibilidad de otro desastre. Otro factor de riesgo es el nivel de exposición, ya que a mayor severidad del desastre, más negativas son las respuestas. El desplazamiento de poblaciones como consecuencia de un desastre es otro factor de riesgo; así como los factores familiares; la forma de sobrellevar el duelo; las heridas que los afectados sufran; la separación de la familia o el apoyo social, son todos factores de riesgo.²¹ Todas estas variables pueden favorecer la aparición de trastornos mentales. No obstante, algunas de esas variables, bajo determinadas circunstancias, pueden ser consideradas variables que ayudan al afectado a sobrellevar la situación adversa, como la resiliencia comentada anteriormente. Cuando se habla de predecir qué le va a suceder a una persona afectada por el desastre, suelen aparecer dos cuestiones: su capacidad de afrontamiento y los recursos disponibles, incluyendo las propias creencias y los sistemas de apoyo externos que existan.²²

4.4. Trastornos Mentales^{23,24,25}

Los problemas de salud mental y psicosociales se producen en todas las situaciones humanas. Los horrores, las pérdidas y la incertidumbre entre otros muchos factores de estrés vinculados a los conflictos armados y otros desastres aumentan el riesgo de diversos problemas sociales, comportamentales, psicológicos y psiquiátricos.²⁶ Además, los problemas de salud mental y psicosociales están estrechamente interconectados, sobre todo durante una emergencia. Sin embargo, pueden ser predominantemente de índole social o psicológica. En ambos casos se puede distinguir entre problemas pre-existentes (anteriores al desastre), problemas inducidos por el propio desastre y problemas que van a ser consecuencia de la acción humanitaria. Dentro de los problemas sociales, un ejemplo de aquellos previos al desastre serían la extrema pobreza o la opresión política. Los problemas sociales propiamente inducidos por la emergencia serían por ejemplo la separación de los miembros de la familia o la desintegración de las redes sociales. Por último, la asistencia humanitaria puede provocar un debilitamiento de las estructuras comunitarias o de los mecanismos de apoyo tradicionales. En el caso de los problemas psicológicos, también nos encontramos con que puede haber personas que ya padecieran algún trastorno mental grave previo al suceso, lo que agravaría las consecuencias del mismo. Por otro lado, la catástrofe puede provocar diversos problemas, como duelo; depresión o ansiedad; o trastorno por estrés postraumático (TEPT). Por último, la falta de información sobre los alimentos por parte de los agentes humanitarios puede provocar ansiedad en los afectados, un ejemplo de los problemas sociales que se pueden derivar de la acción humanitaria.²⁷ Por ello, no debemos considerar los problemas de salud mental y psicosociales meramente como la experiencia de estrés postraumático o de duelo, ya que abarcan muchos más ámbitos en la vida de los individuos y de las comunidades.

Tras una situación traumática, se ha visto que hay una serie de trastornos mentales que suelen aparecer con mayor frecuencia. Estos trastornos serían el trastorno por estrés postraumático; los trastornos de ansiedad; las crisis de pánico; la depresión; el consumo excesivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas; los trastornos disociativos, destacando la amnesia disociativa; y por último, la elaboración del duelo. A continuación se detallan estos trastornos más comunes.

El primero de ellos, y quizás el más “famoso”, es el **Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)**. Se origina cuando 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. Se caracteriza porque los recuerdos y las imágenes de la situación traumática, vuelven a reexperimentarse una y otra vez, en contra de la propia voluntad, a pesar del paso del tiempo, imaginándolo con muchos detalles; en especial, todo lo que fue percibido por los sentidos, los colores y los olores asociados a la situación traumática; todo ello acompañado de intensas reacciones de ansiedad, como preocupación, miedo intenso, falta de control, alta activación fisiológica, o evitación de situaciones relacionadas, entre otras. Todo esto genera un fuerte estrés, emociones intensas, evitaciones de situaciones que recuerden al atentado y pensamientos irracionales que aumentan la intensidad de las emociones, llegando a crearse un círculo vicioso del que resulta para las víctimas muy difícil de salir. Además, suelen percibir el mundo como altamente peligroso, perdiendo la sensación de control sobre la seguridad propia y la de los demás.

Estos eventos traumáticos producen cambios en los pensamientos y las creencias. Se va a enfatizar la importancia de cuatro núcleos de creencias, que son la creencia de que el mundo es maligno, de que no tiene sentido, de que uno mismo no tiene dignidad y por último que la gente no es honrada. Las imágenes y las sensaciones pueden volverse intrusivas (es decir, acuden una y otra vez a la mente, produciendo malestar), especialmente si se pretende evitarlas, también aumenta la frecuencia de los pensamientos no deseados y por lo tanto cada vez están más estresados.

El **trastorno de ansiedad** se caracteriza por una sensación de temor inmotivado, que habitualmente se describe como “nervios”. Está compuesto por una serie de grupos de síntomas; experimentados diariamente, al menos durante un mes.

- Ansiedad: miedo injustificado permanente, preocupaciones excesivas ante cosas sin importancia y pesimismo.
- Intranquilidad.
- Irritabilidad e impaciencia.
- Síntomas físicos: sudor, palpitaciones, manos frías y húmedas, oleadas de calor y frío, micción frecuente, respiración agitada, tensión muscular y dificultad para relajarse, entre otros.

Las **crisis de pánico** no son frecuentes en situaciones de desastres, a pesar de lo que normalmente se piensa. Aparecen en situaciones específicas como ataques terroristas de gran magnitud. En las crisis de pánico, la angustia se manifiesta de forma aguda como un temor aplastante o desesperante y se acompaña de una sensación de muerte inminente. Suelen acompañarse de síntomas como palpitaciones o taquicardia; sudoración, escalofrío u oleada de calor; temblor; sensación de ahogo o falta de aire; mareo, vértigo o sensación de inestabilidad; náuseas; miedo a perder el control; miedo a morir repentinamente; o sensaciones de hormigueo o adormecimiento. Si estos ataques de pánico ante situaciones relacionadas con el evento traumático llegan a generalizarse a otras situaciones, como por ejemplo a lugares concurridos, a los autobuses o al metro; podrían ocasionar la aparición de otro trastorno, la agorafobia con ataques de pánico. Además, la anticipación del temor a que se vuelva a producir una crisis de pánico, y el cambio conductual asociado al mismo (es decir, la evitación de las situaciones), indicarían la presencia ya de un trastorno de pánico.

La **depresión** se compone de una reacción de tristeza, que, ante cualquier tipo de pérdida, es normal; pero debe ser proporcional a la misma e irse aliviando con el paso del tiempo. Esa tristeza se convierte en una enfermedad cuando se prolonga en el tiempo, se acompaña de ideas de culpa intensa e inmotivada, se acentúa en lugar de aliviarse o interfiere mucho en la vida cotidiana de las personas. La persona muestra un estado de ánimo muy triste que persiste, al menos, dos semanas, tiende a ponerse peor y se refleja en un aspecto melancólico y tendencia al llanto. Por la tristeza, generalmente no desea moverse y por ello disminuye su actividad, a veces, hasta el punto de no querer levantarse. También causa desinterés en las cosas, incluso las que lo podrían alegrar. Además, presentará, por lo menos, cuatro de los siguientes síntomas- pérdida o aumento de apetito; disminución o aumento del sueño; pérdida de energía; sentimientos de culpa; pérdida de autoestima; ideas de muerte, de que no lo quieren, de culpa, de suicidio; e incluso deseos de morir, conductas peligrosas, ideas o intentos de suicidio.

Los sucesos traumáticos pueden conducir al inicio o el aumento en la **ingestión de alcohol y de otras sustancias psicoactivas**; lo cual trae muchas consecuencias dañinas, no sólo en la salud de la persona afectada, sino también en su economía, en sus relaciones interpersonales y en el ámbito familiar. Es un problema que afecta tanto a hombres como a mujeres, si bien es más frecuente en los primeros. A menudo, condiciona situaciones de violencia y está vinculado a trastornos como la depresión.

Es frecuente que las personas que tienen problemas con el abuso de sustancias lo nieguen o minimicen. Se pueden observar alteraciones en el funcionamiento social, como peleas o conductas violentas con familiares y amigos; ausentismo laboral; o, incluso, problemas delictivos.

La violencia es una forma de respuesta humana frecuente ante situaciones de frustración, como las que generan los desastres. Las **conductas violentas** pueden volverse habituales e invadir el ámbito familiar, convirtiéndose en un problema social que influye negativamente en la familia y, especialmente, en los más vulnerables, como los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad. La violencia causa sufrimiento o daño en todos los ámbitos, desde físico, a psicológico y social. Además, el impacto que causa implica repercusiones inmediatas, pero también a medio y largo plazo. Las personas maltratadas experimentan sufrimiento, aflicción, tristeza, ansiedad, rabia y fatiga crónica. Las condiciones repetidas de violencia inesperada e injustificada, generan frustración, temor y ansiedad permanentes. A largo plazo generan sentimientos de desamparo y desesperanza, y pueden derivar en otros trastornos mentales más graves. Las consecuencias psicológicas de la violencia afectan tanto a los directamente maltratados como a quienes presencian los actos violentos. Cuando los niños se ven sometidos a presenciar repetidamente actos de violencia, tienen mayor probabilidad de aceptar la violencia como “parte normal de la vida”. Es común que la violencia se oculte; por ello es importante estar atento a los indicios que hacen sospechar maltrato intrafamiliar. Entre esos indicios se consideran que la víctima haya visitado la consulta en varias ocasiones alegando accidentes, pero presentando daños físicos que no concuerdan con la supuesta causa accidental que relata. La víctima se niega a hablar o muestra reservas o vergüenza al contar lo que ha ocurrido, o incluso existe una demora inexplicable en buscar la ayuda médica. La víctima es acompañada de algún miembro de la familia y amigo, que insiste en estar cerca de ella, de tal manera que impide que se pueda hablar en privado con la víctima. Ésta manifiesta deseos de no regresar a la casa, o temor por la seguridad de otros miembros de la familia. En situaciones de desastre, como un incidente con múltiples víctimas, las formas más frecuentes de violencia son: la violencia basada en género; el maltrato a menores; el desorden social por grupos más o menos organizados; y la alteración del orden en los albergues.

Otro trastorno común tras una situación traumática son los **trastornos disociativos**. La disociación es un mecanismo psicológico de defensa en el cual la identidad, memorias, ideas, sentimientos o percepciones propias se encuentran separadas del conocimiento consciente y no pueden ser recuperadas o experimentadas voluntariamente. Estos trastornos disociativos son con frecuencia precipitados por un estrés abrumador, que puede estar causado por la experiencia de un acontecimiento traumático, o en nuestro caso, de un incidente con múltiples víctimas. Este grupo de trastornos incluyen la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo y un conjunto de definición más difusa que los psiquiatras denominan trastorno disociativo sin otros datos específicos.

De entre los trastornos disociativos destaca la **amnesia disociativa**, que consiste en la incapacidad para recuperar información personal importante, que forma parte del conocimiento consciente habitual o memoria “autobiográfica” (quién es, qué ha hecho, adónde ha ido, qué dijo, etc.). Las personas con esta amnesia habitualmente tienen una o más lagunas de memoria que se extienden desde unos pocos minutos a unas pocas horas o días. En general, las personas son conscientes de que han “perdido algún tiempo”. Aunque en algunos casos las personas sólo serán conscientes cuando se les enfrenta con la evidencia de que han hecho cosas de las que no tienen recuerdo.

El **duelo** es un proceso natural de cambios emocionales tras el sufrimiento de una pérdida, que normalmente termina con la recuperación del equilibrio psicológico. Además de las pérdidas de familiares, amigos, objetos o propiedades; en una situación traumática, el duelo abarca también las consecuencias de estas pérdidas, como la soledad, el desamparo, la necesidad de adoptar nuevas formas de vida o de cambiar responsabilidades. Algunas manifestaciones del duelo son la tristeza; la ansiedad; la negación ante la magnitud de la pérdida, donde el afectado no acepta la situación, cree que no ha sucedido; la agresividad o la ira al advertir las consecuencias de sus pérdidas; o por ejemplo una sensación intensa de desprotección, con miedo al futuro o a que la situación se repita. Con el tiempo, aproximadamente entre 3 y 12 meses, aunque puede haber diferencias individuales; la persona afectada acepta la realidad y se dispone a continuar con su vida. Los síntomas se van atenuando y aliviando hasta lograr el equilibrio emocional. Se debe pensar en duelo patológico cuando los síntomas perduran excesivamente; tienen tendencia a empeorar, o provocan un sufrimiento exagerado de forma permanente; o, existe riesgo de suicidio o de consumo excesivo de sustancias.

4.5. *Protocolo de Actuación Psicológica ante Incidentes con Múltiples Víctimas*^{28,29,30,31}

El protocolo de Actuación Psicológica incluye las acciones que los intervinientes tienen que realizar y tener en cuenta para proveer asistencia psicológica ante un incidente con múltiples víctimas, con el objetivo de no causar más problemas psicosociales a las personas afectadas por el accidente. La mayor parte de las intervenciones siguen las prácticas de los primeros auxilios psicológicos, o ayuda psicológica básica, por lo que durante todo el protocolo se utilizarán las intervenciones básicas de esta práctica.

4.5.1. ¿Quién lo realiza?

No hay consenso acerca de qué profesional o no profesional es el más adecuado para ofrecer los primeros auxilios psicológicos. Algunos consideran que quizás es mejor que sean los profesionales de la salud mental los que lleven a cabo este tipo de intervenciones tras un desastre. El argumento es sencillo, estos profesionales pueden ofrecer también información y educación sobre el estrés y la recuperación. En muchas ocasiones, los afectados pueden no ser capaces de acceder a los sistemas de apoyo normales, como la familia o los amigos, quizás porque también estos han sido afectados por el incidente.³² En estas ocasiones se considera que los profesionales de la salud mental están más capacitados para saber qué debe hacerse, es decir, saben que no hay que ser intrusivos ni hay que pedir la auto-revelación. Las personas sin entrenamiento en salud mental pueden ser intrusivas y demandantes, lo que puede ser muy destructivo. Además, los profesionales de la salud mental están más acostumbrados a escuchar historias traumáticas, con lo que no reaccionarán de forma negativa si el afectado necesita describir la experiencia dolorosa.³³

Sin embargo, hay otro punto de vista que considera que otros profesionales pueden perfectamente ofrecer estos primeros auxilios, siempre y cuando hayan tenido algún tipo de entrenamiento en los mismos, o en otro tipo de intervención para ayudar a personas en crisis. Estos profesionales pueden ser psicólogos de diferentes grupos de intervención (como bomberos, policías, ejército...); miembros de Cruz Roja; y también voluntarios, como por ejemplo los miembros del Colegio Oficial de Psicólogos de la zona. Todos estos profesionales deben estar formados en intervención psicológica en desastres. Entrenar a las personas de una comunidad en la ayuda psicológica básica nos proporcionará más herramientas a utilizar cuando suceda un incidente con múltiples víctimas, para que sean capaces de manejarlo de una manera más eficiente.

Hay que tener en cuenta que la actuación psicológica por parte de los intervinientes se encuadra dentro de un plan de emergencia de Protección Civil. Por lo tanto, en el Puesto de Mando Avanzado debe haber un coordinador jefe de la atención psicológica, asignado de antemano. Además, debe establecerse un coordinador y portavoz para los medios de comunicación. Es importante tener en cuenta que la prensa se va a presentar en el lugar del accidente, por lo que es fundamental que haya una persona entrenada en primeros auxilios psicológicos que pueda explicar la intervención psicológica de una manera clara y concisa.

4.5.1.1. Formación:

Los intervinientes tienen que tener en cuenta que los afectados pueden mostrar reacciones emocionales exageradas, pero que en un principio son normales, por haber sufrido un suceso muy traumático. Las reacciones más comunes tras un desastre son muy variadas, y pueden ser de tipo físico, cognitivo, emocional o conductual. Entre otras, destacan los síntomas físicos como temblores, dolores de cabeza o sensación de agotamiento; el llanto, tristeza o pena; la ansiedad y el miedo; temer que algo terrible va a ocurrir; insomnio y pesadillas; irritabilidad, enfado; culpa o vergüenza; estar confuso; no responder cuando se le habla o no hablar en absoluto; desorientación; o por ejemplo no estar en condiciones de cuidarse a sí mismo o a sus hijos.

Es importante que sepan también cuáles son los grupos vulnerables, aquellas poblaciones que tienen más probabilidades de sufrir mayores consecuencias psicológicas tras un desastre. Estos grupos de riesgo son: los niños, las personas mayores, las mujeres embarazadas y las personas con discapacidad de cualquier tipo. Es fundamental prestar más atención a estos colectivos.

La mayoría de las personas se recuperan adecuadamente con el paso del tiempo, sobre todo si consiguen cubrir sus necesidades básicas y recibir el apoyo necesario, ya sea por parte de quienes le rodean y/o de los primeros auxilios psicológicos. No obstante, es posible que quienes sufran una angustia grave o de larga duración necesiten otros apoyos, sobre todo si no consiguen funcionar en su día a día o si son un peligro para sí mismos o para otros. Estas personas necesitarán la ayuda de profesionales de la salud mental cualificados, con lo que los intervinientes deben intentar que no se queden solas y conseguir la ayuda que necesitan.

4.5.2. ¿A quién va dirigido?

La ayuda psicológica básica está dirigida a personas angustiadas afectadas recientemente por un acontecimiento crítico grave. Se puede proporcionar tanto a niños como a adultos. Sin embargo, no todos necesitarán o querrán esta ayuda. No se debe forzar la ayuda en aquellos que no la quieren, sino estar disponible para aquellos que puedan desear apoyo. Además, hay situaciones en las que la persona afectada necesitará ayuda de otros expertos, por lo que los intervinientes tienen que conocer los límites de su trabajo y buscar la ayuda de esos expertos. Las situaciones pueden ser por ejemplo cuando una persona presente una lesión grave que ponga en riesgo su vida, por lo que será necesario contactar con un médico para que reciba atención médica urgente; o personas que puedan hacerse daño a sí mismas o a otras personas.

No obstante, no sólo los heridos y los familiares son las personas que necesitan asistencia psicológica tras un incidente de este tipo. También debe atenderse a otros colectivos, como los vecinos de la zona donde suceda o a los alumnos de colegios cercanos. Además, debe realizarse una intervención con aquellos profesionales que hayan intervenido en el incidente, como policías, bomberos, médicos, psicólogos, personal de enfermería, trabajadores sociales, voluntarios o periodistas, entre otros.

Para hacer más fácil la intervención y la organización, se establece a los afectados en diferentes niveles, según su grado de afectación. Así, en el primer nivel nos encontramos con sobrevivientes que experimentaron una exposición máxima al evento traumático. En el segundo nivel estarían los parientes cercanos de las víctimas del primer nivel. En el tercer nivel se encuentran el personal de rescate o recuperación, los bomberos, los policías y los profesionales de la salud; es decir, todos los intervinientes en el desastre. El cuarto nivel está compuesto por la comunidad afectada por el suceso (periodistas, funcionarios...). Por último, en el quinto nivel nos encontramos con individuos que experimentan estados de estrés y perturbación después de ver y oír informes periodísticos.³⁴

4.5.3. ¿Dónde realizar la ayuda?

Puede ofrecerse en cualquier lugar donde los afectados estén lo suficientemente seguros para poder hacerlo. Lo ideal es proporcionar la ayuda psicológica en un lugar donde exista cierta privacidad para hablar con la persona cuando se considere oportuno y que ofrezca intimidad a la persona. Debe ser un lugar tranquilo, donde se pueda hablar con facilidad y se minimicen al máximo las distracciones externas. Con frecuencia se utilizan lugares comunitarios, como centros de salud, escuelas o lugares de distribución de comida.

El lugar de actuación más adecuado serían los hospitales y lugares de evacuación de las víctimas, así como las áreas donde se congregan familiares y supervivientes. Además, debe habilitarse una zona en el punto de llegada donde los familiares puedan dirigirse para conseguir cualquier tipo de información. Esta zona debe estar bien indicada y contar con un lugar reservado.

4.5.4. ¿Cuándo debe hacerse?

Los primeros auxilios psicológicos están recomendados para los momentos posteriores al suceso, y pueden tener una duración de entre varias horas a varios días, dependiendo de la gravedad del suceso. Deben realizarse mientras se considere adecuado su uso. Cuando los intervinientes consideren que su aportación a las víctimas ya ha terminado, es decir, ya no necesitan su ayuda, el interviniente debe despedirse y retirarse de la intervención.

No obstante, los primeros auxilios psicológicos, pueden ser incluidos dentro de terapias a largo plazo, ya que pueden ser complementarios a éstas. Esto es así porque son considerados como unas directrices, unas pautas de buena actuación para no hacer más daño al afectado, por lo tanto pueden ser perfectamente integrados en terapias a largo plazo.

4.5.5. Objetivos Principales

Los objetivos principales de la actuación psicológica en un desastre serían:

- Limitar y minimizar la exposición al agente traumático.
- Reducir la morbilidad secundaria, disminuir la exposición a estresores secundarios (por ejemplo reducir la exposición a imágenes en la TV).

- Identificar sujetos de riesgo (familiares de los fallecidos, accidentados o desaparecidos).
- Detectar las necesidades de los familiares, valorar la disposición para recibir ayuda (no podrá ser impuesta).
- Asistir en la resolución de la sintomatología aguda. Favorecer la expresión de emociones y la elaboración del duelo. Reforzar la autoestima.
- Reducir el número de individuos con secuelas.
- Facilitar el proceso de recuperación natural y el retorno a la normalidad con la mayor brevedad posible.
- Intervención con casos clínicos y seguimiento.

4.5.6. Preparación antes del IMV

Para poder responder de una manera eficaz y eficiente ante un IMV, es necesario disponer de un análisis de la población que puede verse afectada. Disponer de un análisis de la situación de salud mental previo a un incidente, facilitará la evaluación que debe ser realizada después del suceso para que tenga una mayor precisión y calidad.

Lo primero que debe realizarse es una descripción de la población con un énfasis en lo sociocultural, centrándose tanto en aspectos cuantitativos como cualitativos. Esto significa poseer los datos demográficos de la población; la estructura social; las tradiciones más comunes, así como aspectos de espiritualidad y religión; la organización comunitaria existente y las estructuras de apoyo psicosocial; las estructuras comunitarias para emergencias y sus experiencias con desastres previos; la situación de los servicios educativos; entre muchas otras. Es conveniente también poseer datos de los aspectos generales de la economía social. Pero la preparación más importante es la relativa a los recursos, servicios y programas de salud mental existentes. Esto incluye conocer las instituciones que prestan servicios de salud mental en el área; el personal disponible capacitado en salud mental, con identificación de aquellos con formación previa en emergencia; los equipos móviles de salud mental con los que se podría contar y su lugar de procedencia; y la cobertura de la población por los servicios de salud mental.

Por último, es necesario tener realizado un análisis breve de la situación psicosocial existente previa al evento traumático. Esto incluye los datos de morbilidad y mortalidad relacionados con la salud mental; los conocimientos, actitudes y prácticas de la población ante los problemas de salud mental; las formas de mediación; y las fortalezas y debilidades psicosociales de la población.

4.5.7. ¿Qué hacer tras el IMV?

Lo primero que los intervinientes deben realizar cuando sucede un incidente de este tipo, es **prepararse** antes de acercarse al lugar del suceso. Esta preparación puede ayudarles a entender la situación en la que van a ofrecer su ayuda, y por ello prestar la ayuda de manera más eficaz y ser más conscientes de su seguridad. Hay tres acciones clave para prepararse, pero todas incluyen un elemento común, la información. La primera acción sería informarse acerca de lo ocurrido, es decir, saber qué ha ocurrido, cuándo y dónde ha sucedido, o el número probable de personas afectadas, así como quienes pueden ser esas personas afectadas. La segunda acción clave es informarse acerca de los servicios y apoyos disponibles. Averiguar quién proporciona servicios básicos como la atención a urgencias médicas o la provisión de alimentos o agua, e incluso quién ayuda en la búsqueda de familiares. También es importante conocer dónde y cómo pueden los afectados tener acceso a esos servicios. Así como quién más está prestando ayuda, por ejemplo si participan en la respuesta al incidente personas de la comunidad local u otros grupos de psicólogos. La última acción de preparación es informarse acerca de los posibles riesgos de seguridad, es decir, averiguar si la situación de crisis ya ha terminado, si puede haber peligros en el ambiente e informarse sobre aquellas zonas que deben ser evitadas por no ser seguras o por tener acceso restringido. En el momento de llegar al lugar del suceso, lo primero será presentarnos en el Puesto de Mando Avanzado para recibir la información que nos puedan proporcionar, aquella que no hayamos podido conseguir antes de llegar.

Es importante tener en cuenta que son los afectados los que necesitan la intervención psicológica, y son ellos los que deciden si la quieren recibir o no. Por lo tanto, es fundamental que los intervinientes comprueben si hay personas con evidentes necesidades básicas urgentes o si presentan reacciones graves de angustia; para poder ofrecer su ayuda primero a las personas que más lo necesiten.

Una vez establecidas las prioridades de intervención, el profesional de la salud mental debe realizar una presentación de quién es y de lo que los afectados pueden esperar de él. Hay que tener en cuenta que no todas las personas necesitarán la ayuda en el mismo momento. Los tiempos individuales pueden variar mucho, por lo que es necesario asegurarse de que la persona necesita y requiere nuestra ayuda.

Una vez hecho esto, hay una serie de acciones fundamentales en el trabajo de los intervinientes de la salud mental. No obstante, no deben considerarse como obligatorias, ni seguirlas en un orden concreto. Las personas afectadas se encontrarán en diferentes estados emocionales, con lo que cada una necesitará de una acción u otra, y es la función del interviniente saber qué necesita el afectado para recuperarse y cuándo lo necesita. Por ello, las acciones se han descrito por razones teóricas en el siguiente orden, pero no es necesario seguir el orden propuesto, aunque sí realizar la mayor parte de las acciones con los afectados.

Una de las prioridades es **establecer el orden y restaurar la sensación de seguridad**. Es decir, asegurarnos en la medida de lo posible de que las personas afectadas están a salvo, y protegerlos de daños físicos o psicológicos, no sólo de daños ambientales, sino que el interviniente tiene que intentar evitar que sus acciones provoquen daño a las personas afectadas. Es importante averiguar si las personas necesitan atención médica urgente, ya que entonces se deberá conseguir la ayuda de un sanitario para poder atender a esa persona. Los intervinientes tienen que conocer sus limitaciones, en este caso, no pueden ofrecer atención sanitaria, ya que su labor es la de proporcionar atención psicológica y social.

Una vez que hemos conseguido una cierta seguridad para el afectado, es necesario cubrir sus **necesidades básicas**. Proporcionar comida o bebida; facilitar el alojamiento, medios de transporte; ofrecerle información sobre la zona y los puntos de información y ayuda, así como de las organizaciones de socorro que puedan estar presentes. Otro ejemplo sería ofrecer una manta a una persona que tenga toda la ropa desgarrada, como consecuencia del incidente. Todas estas acciones son fundamentales para poder tranquilizar a la persona. Si un afectado se siente hambriento o sediento, o está preocupado por el alojamiento, es inútil intentar tranquilizarle, ya que lo único en lo que podrá pensar es en esas necesidades básicas. Además, el interviniente debe preguntar al afectado qué es lo que necesita y ayudarlo a que averigüe qué es lo más importante y sus prioridades.

Otro punto fundamental es **ofrecer información** sobre lo sucedido. La primera de las preocupaciones de los afectados suele ser saber qué les ha pasado a sus amigos o familiares. Es importante ofrecerles información sobre el accidente que han sufrido, y también darles toda la información que nos pidan sobre sus familiares. Si el interviniente no posee esta información, debe indicar al afectado los lugares establecidos para el caso e incluso acompañar al afectado y ayudarlo a que encuentre el paradero de sus familiares y amigos. La información que ofrezcamos a los afectados debe ser clara, coherente, oportuna y veraz; para evitar mayores malentendidos. Los intervinientes deben asegurarse también de que la persona está entendiendo lo que le estamos explicando. En estas situaciones, es común que los afectados se encuentren confusos, por lo que pueden no entender lo que les estamos diciendo. Es fundamental asegurarse de que entienden la información que les estamos proporcionando.

Mientras hemos cubierto sus necesidades de seguridad, básicas y de información; es fundamental crear un **clima de confianza y seguridad**, es decir, estar disponibles para los afectados en el momento en que lo necesiten; así como adoptar una actitud amable y cortés, evitando los extremos de frialdad, formalismo o paternalismo. Debe proporcionarse privacidad a las víctimas y a los familiares. Otro punto muy importante que los intervinientes tienen que tener en cuenta es las distancias con el afectado, deben situarse cerca de ellos, pero guardando la distancia apropiada según su edad y género. Mantener la calma y tener paciencia ayudarán a crear este clima de confianza.

Otra acción fundamental es establecer una **buena comunicación** con el afectado. El interviniente debe ser capaz de escuchar activamente y sin interrumpir, demostrando interés, por ejemplo utilizando algunos gestos de asentimiento o formulando algunas preguntas sobre lo que está expresando; esto le indicará al afectado que estamos escuchando activamente. Empatizar con el estado emocional del afectado es muy importante, ya que esto es imprescindible para que la acción posterior del afectado sea efectiva. Por lo tanto, hacerle saber que comprendemos cómo se sienten y que lamentamos sus pérdidas y lo que han pasado, es importante para que el afectado se sienta más tranquilo. Deben respetarse el silencio o las explosiones emocionales, esperando en silencio a que pueda controlarse es también importante. Además, hay que explicarles la “normalidad” de las emociones que están sintiendo y ofrecerse para intervenir o asesorar sobre los temas o dificultades que encuentren. Es importante identificar y adaptar, en la medida de lo posible, el trato y el lenguaje del interviniente a las características culturales y la edad del afectado, utilizando las formalidades que se consideren adecuadas en cada situación.

Es probable que en algunas situaciones sean los propios afectados los que nos indiquen cómo tenemos que dirigirnos a ellos. Para una buena comunicación también es fundamental adaptar el ritmo de la conversación a las características de las personas ancianas, ya que se cansan más rápido y pueden tener dificultades sensoriales.

Se considera importante en la intervención psicológica tras un desastre el ayudar a los afectados a **entender y aliviar los síntomas**. El interviniente debe ayudar a la persona a entender las reacciones que está teniendo y a afrontarlas. Se debe permitir, pero nunca forzar, la expresión de dichos sentimientos; explorando lo que los afectados piensan acerca de esa expresión, haciendo hincapié en que no implica una debilidad el expresar los sentimientos. La misión del interviniente es facilitar que las personas, cuando lo deseen, hablen del desastre, de sus reacciones emocionales y de su condición actual. El hablar no sólo alivia, sino que, también, puede ayudar a una mejor comprensión de las experiencias dolorosas y al descubrimiento de estrategias de solución. Por lo tanto, es muy importante señalar a los afectados la relación que los síntomas y sus reacciones tienen con la situación que han vivido y con las circunstancias en las que se encuentran. Hay que asegurar a la persona que esas reacciones se irán aliviando con el tiempo, aunque pueden aparecer de vez en cuando; por lo tanto, debe promoverse el reconocimiento de las evidencias del progreso de la persona.

Es importante también explicar y facilitar al afectado la relación entre sus cambios de conducta o los cambios físicos con lo que ha vivido. Por ejemplo, la agresividad o el consumo de alcohol o drogas; para que la persona adopte mejores medios de expresión de sus sentimientos. Por último, recalcar la importancia del seguimiento del afectado tras el paso del tiempo, para evaluar la naturaleza normal o patológica de su evolución. Durante todo este proceso, no debe negarse en ningún momento medicación si alguna persona la solicita. Sin embargo, los intervinientes deben primero explicar que es más aconsejable que se intente superar estos momentos con apoyo de otros y de otras terapias, aceptando los sentimientos en vez de anulándolos con fármacos.

Deben fomentarse las estrategias de respuesta positivas, como son el descansar lo suficiente; comer con regularidad y beber agua; hablar y pasar tiempo con la familia y los amigos; hablar de los problemas con alguien en quien confíe; realizar actividades que le ayuden a relajarse, como caminar o tejer; y hacer ejercicio físico.

El promover la realización de estas actividades en el afectado, puede generar culpa en él. Si tal es el caso, hay que insistir en que es indispensable que su vida se normalice lo más pronto posible y, además, que distraerse es importante para contrarrestar los síntomas. Por lo tanto, es necesario enfatizar y reforzar el hecho de que el afectado cuenta con apoyo familiar y social para esa recuperación.

También es importante desaconsejar las estrategias de respuesta negativas, como no consumir drogas, fumar o tomar bebidas alcohólicas; no dormir todo el día; no trabajar sin parar, sin ningún descanso o relajación; no aislarse de los amigos y seres queridos; no descuidar la higiene personal; y no tener comportamientos violentos. Todas estas estrategias negativas impedirían al afectado mejorar y recuperar su salud.

Un momento muy delicado en las horas o días posteriores a un desastre es el de **reconocimiento de cadáveres**. En este aspecto hay una serie de cuestiones que deben ser tenidas en cuenta. Por ejemplo, hay que evitar las colas; ayudar a la familia a que elija el encargado de realizar la identificación; organizar el espacio de forma que se evite el contagio de expresiones extremas, teniendo en cuenta que en ocasiones el reconocimiento de cadáveres por parte de los familiares es desaconsejable.

Otro momento delicado es el de la **ceremonia de enterramiento** y el duelo. Como ya se ha dicho, los intervinientes deben hacer ver a los afectados que esas manifestaciones emocionales que están teniendo son “normales”, e incluso aconsejables. La ceremonia va a servir para que el afectado empiece a aceptar el hecho traumático. Por lo tanto, es aconsejable permitir a la persona que llore sin ser molestada, ya que no debe reprimirse el llanto. La presencia de los intervinientes debe ser discreta, limitando en lo posible las señales externas que delaten su carácter de intervención.

4.5.8. ¿Qué no debe hacerse?

A continuación se presentan una serie de recomendaciones de lo que no se debe decir ni hacer cuando estemos interviniendo.

- No dañar.
- No presionar a la persona para que le cuente su historia.
- No interrumpir ni apurar a la persona mientras nos está contando su historia: por ejemplo, debe evitarse mirar la hora o hablar demasiado rápido.

- No tocar a la persona si no se está seguro de que sea apropiado.
- No juzgar lo que hayan hecho o dejado de hacer. Tampoco juzgar sus sentimientos. No se deben decir cosas como “debería sentirse afortunado de sobrevivir” o “no debería sentirse así”.
- No hacer falsas promesas o proveer información no contrastada. No inventar sobre lo que no se sabe.
- No utilizar expresiones demasiado técnicas.
- No ponerse de ejemplo, ni contar la historia de otra persona, y tampoco comparar situaciones.
- No quitar la fortaleza al afectado, ni su sensación de poder cuidarse de sí mismo.
- Nunca perder el control ni responder con agresividad.
- No exagerar las habilidades propias ni de otros intervinientes.

5. DISCUSIÓN

Uno de los problemas que he encontrado a la hora de realizar este trabajo fin de máster es la falta de protocolos específicos para los incidentes con múltiples víctimas. La poca investigación hecha sobre los primeros auxilios psicológicos, los describe para situaciones de desastre generales y no especifica en ningún momento para los tipos de desastres. Los manuales, las guías y los artículos se centran en la atención psicológica tras un desastre, sin tener en cuenta el tipo de desastre. Por ello, en algunas ocasiones se describen actuaciones que quizá no sean necesarias en el caso de un IMV, por la falta de investigación de las actuaciones psicológicas en estos casos.

El problema es que las actuaciones psicológicas no se han estudiado exhaustivamente, ni siquiera las intervenciones a largo plazo que se han llevado a cabo con sobrevivientes de desastres, como los del 11-M o el camping de Biescas. Otro problema fundamental es que no se ha estandarizado la ayuda psicosocial en los desastres. Cada interviniente utiliza los mecanismos y terapias que considera adecuados, a pesar de que sí hay manuales y guías para seguir, como se ha visto en este trabajo.

La falta de formación específica en atención psicológica en España hace que sea difícil medir la eficacia de las intervenciones, ya que no se puede generalizar lo que haga la población que estudiemos, la variabilidad individual es demasiado grande como para hacerlo. Además, los profesionales de la salud mental, y sobre todo los psicólogos, no están reconocidos oficialmente y en muchos casos no son considerados necesarios. Sin embargo, se ha hecho patente en los últimos años la necesidad de formar y contar con psicólogos que puedan atender a los afectados por un desastre. Sin ir más lejos, en el accidente del Alvia en Santiago de Compostela, se podía escuchar a los medios la petición de ayuda de psicólogos, ya que los que estaban atendiendo en el lugar no podían ayudar a todos los afectados.

Por todo ello, considero que se debe realizar más investigación sobre estos temas. La atención psicológica puede beneficiar en muchos ámbitos la recuperación de los afectados e incluso de la comunidad afectada.

6. ANEXOS

Protocolo Actuación Psicológica ante un Incidente con Múltiples Víctimas- Resumen.

- **Quién lo realiza:**
 - Profesionales de la salud mental.
 - Profesionales con formación en Primeros Auxilios Psicológicos o en intervenciones similares.

- **A quién va dirigido:** a todas aquellas personas afectadas por el incidente que necesiten la ayuda y la demanden. También a los intervinientes que lo necesiten.

- **Dónde realizar la ayuda:** en los hospitales o lugares de evacuación de las víctimas. En las áreas donde se congregan familiares y supervivientes. Establecer zona de atención en el punto de llegada de familiares.

- **Cuándo ofrecer la ayuda:** en los momentos posteriores al desastre y hasta que se considere adecuado.

- **Objetivos principales:**
 - Limitar y minimizar la exposición al agente traumático.
 - Reducir la morbilidad secundaria, disminuir la exposición a estresores secundarios (por ejemplo reducir la exposición a imágenes en la TV).
 - Identificar sujetos de riesgo (familiares de los fallecidos, accidentados o desaparecidos).
 - Detectar las necesidades de los familiares, valorar la disposición para recibir ayuda (no podrá ser impuesta).
 - Asistir en la resolución de la sintomatología aguda. Favorecer la expresión de emociones y la elaboración del duelo. Reforzar la autoestima.
 - Reducir el número de individuos con secuelas.
 - Facilitar el proceso de recuperación natural y el retorno a la normalidad con la mayor brevedad posible.
 - Intervención con casos clínicos y seguimiento.

- **Preparación antes del IMV:** realizar un análisis de la población que puede verse afectada por un incidente con múltiples víctimas.

- **Qué hacer tras el suceso:**
 1. Prepararse antes de llegar al lugar del suceso: informarse de lo que ha sucedido.
 2. Establecer las prioridades de intervención- primero atender a los más urgentes.
 3. Establecer orden y restaurar la sensación de seguridad.
 4. Atender las necesidades básicas.
 5. Ofrecer información.
 6. Establecer un clima de confianza y seguridad.
 7. Buena comunicación.
 8. Entender y aliviar los síntomas.
 9. Reconocimiento de cadáveres.
 10. Ceremonia enterramiento

- **Qué no debe hacerse:**
 - No dañar
 - No presionar a la persona para que le cuente su historia.
 - No interrumpir ni apurar a la persona mientras nos está contando su historia: por ejemplo, debe evitarse mirar la hora o hablar demasiado rápido.
 - No tocar a la persona si no se está seguro de que sea apropiado.
 - No juzgar lo que hayan hecho o dejado de hacer. Tampoco juzgar sus sentimientos. No se deben decir cosas como “debería sentirse afortunado de sobrevivir” o “no debería sentirse así”.
 - No hacer falsas promesas o proveer información no contrastada. No inventar sobre lo que no se sabe.
 - No utilizar expresiones demasiado técnicas.
 - No ponerse de ejemplo, ni contar la historia de otra persona, y tampoco comparar situaciones.
 - No quitar la fortaleza al afectado, ni su sensación de poder cuidarse de sí mismo.
 - Nunca perder el control ni responder con agresividad.
 - No exagerar las habilidades propias ni de otros intervinientes.

7. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. World Disasters Report: Focus on Forced Migration and Displacement. Geneva; 2012; 3:96
- ² Grupo de Trabajo del Comité Permanente entre Organismos (IASC). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra: IASC 2007; 1:1
- ³ Sobre Protección Civil. Ley 2/1985 de 21 de enero. Boletín Oficial del Estado, nº22, (25-01-1985); 2092-2095.
- ⁴ Constanzo, J.C. coordinador. Guía de Prevención y Preparación para Desastres. Santo Domingo, D.N., República Dominicana: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; 2008; 15
- ⁵ El Proyecto Esfera. Carta Humanitaria y Normas Mínimas para la Respuesta Humanitaria. 3ª ed. Reino Unido: Practical Action Publishing; 2011.
- ⁶ Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional. Primera Ayuda Psicológica: Guía para Trabajadores de Campo. Ginebra: OMS; 2012; 1:3-4
- ⁷ American Red Cross of the National Capitol Region. Psychological First Aid: Helping People in Times of Stress. Fairfax, VA: American National Red Cross; 2006.
- ⁸ Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional. Primera Ayuda Psicológica: Guía para Trabajadores de Campo. Ginebra: OMS; 2012; 1:3-4
- ⁹ Halpern J, Tramontin M. Disaster Mental Health: Theory and Practice. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole; 2007.
- ¹⁰ Litz BT. Introduction. In B.T. Litz (Ed.). Early Intervention for Trauma and Traumatic Loss. New York: Guilford Press; 2004. p.1-12
- ¹¹ Halpern J, Tramontin M. Disaster Mental Health: Theory and Practice. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole; 2007.
- ¹² NIMH (National Institute of Mental Health). Mental Health and mass violence: Evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. A workshop to reach consensus on best practices. NIH Publication No. 02-5138. Washington DC: Government Printing Office; 2012.
- ¹³ Brewin CR. posttraumatic stress disorder: Malady or myth? New Haven, CT: Yale University Press; 2003
- ¹⁴ Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional. Primera Ayuda Psicológica: Guía para Trabajadores de Campo. Ginebra: OMS; 2012; 1:2

-
- ¹⁵ Halpern J, Tramontin M. Disaster Mental Health: Theory and Practice. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole; 2007.
- ¹⁶ Halpern J, Tramontin M. Disaster Mental Health: Theory and Practice. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole; 2007.
- ¹⁷ Organización Panamericana de la Salud. Guía Práctica de Salud Mental en situaciones de Desastres. Washington, DC: OPS; 2006; 1:5-7
- ¹⁸ Grupo de Trabajo del Comité Permanente entre Organismos (IASC). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra: IASC 2007; 1:3
- ¹⁹ International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. World Disasters Report: Focus on Community Resilience. Geneva; 2004; 1:11-12
- ²⁰ Grupo de Trabajo del Comité Permanente entre Organismos (IASC). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra: IASC 2007; 1:3-5
- ²¹ Halpern J, Tramontin M. Disaster Mental Health: Theory and Practice. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole; 2007.
- ²² Norris F, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne C, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: Part I. an empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*. 2002; 65(3): 207-243.
- ²³ Organización Panamericana de la Salud. Guía Práctica de Salud Mental en situaciones de Desastres. Washington, DC: OPS; 2006.
- ²⁴ Zapardiel Fernández A, Balanzat Alonso S. Manual de Intervención Psicológica y Social en Víctimas de Terrorismo: 11-M. Madrid: Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11-M; 2009.
- ²⁵ Cernuda Martínez JA, Arcos González P, Castro Delgado R. impacto de los desastres sobre la salud mental. *Rev ROL Enferm* 2013; 36(12): 842-848
- ²⁶ El Proyecto Esfera. Carta Humanitaria y Normas Mínimas para la Respuesta Humanitaria. 3ª ed. Reino Unido: Practical Action Publishing; 2011.
- ²⁷ Grupo de Trabajo del Comité Permanente entre Organismos (IASC). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra: IASC 2007; 1:1-3
- ²⁸ Halpern J, Tramontin M. Disaster Mental Health: Theory and Practice. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole; 2007.
- ²⁹ Zapardiel Fernández A, Balanzat Alonso S. Manual de Intervención Psicológica y Social en Víctimas de Terrorismo: 11-M. Madrid: Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11-M; 2009.

³⁰ Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional. Primera Ayuda Psicológica: Guía para Trabajadores de Campo. Ginebra: OMS; 2012.

³¹ Organización Panamericana de la Salud. Guía Práctica de Salud Mental en situaciones de Desastres. Washington, DC: OPS; 2006.

³² Litz BT, Gray MJ. Early intervention for trauma in adults: A framework for first aid and secondary prevention. In B.T. Litz (Ed.). Early intervention for trauma and traumatic loss. New York: Guilford Press; 2004. p. 87-111

³³ Litz BT. Introduction. In B.T. Litz (Ed.). Early Intervention for Trauma and Traumatic Loss. New York: Guilford Press; 2004. p.1-12

³⁴ Buscar Raquel cohen, 1989