



PROGRAMA DE FORMACIÓN ONLINE

## Gestión y asistencia a múltiples víctimas en situación NBQ

### Módulo V

### ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PSÍQUICA EN SUCESO NRBQ

T. Pacheco Tabuena  
*Psicóloga. SAMUR- Protección Civil. Madrid*

# ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PSÍQUICA EN SUCESO NRBQ

T. Pacheco Tabuena  
SAMUR - Protección Civil

## ■ INTRODUCCIÓN

Los efectos de accidentes de múltiples víctimas, desastres o catástrofes en la salud se manifiestan tanto en lo **físico, lo metal y lo social**. En los últimos años y después de los diferentes sucesos vividos a nivel mundial, se está poniendo énfasis en el modelo biopsicosocial, donde no sólo la parte puramente sanitaria es de suma importancia, sino que se ha comenzado a prestar atención al área psicosocial.

Es indudable que en situaciones de emergencias como puede ser un suceso NRBQ debe esperarse un **incremento de reacciones emocionales intensas**. Por tanto, en el presente módulo se expone la atención psicológica y psíquica tras un suceso de estas características como abordaje temprano de la salud mental, reduciendo el impacto emocional y facilitando la prevención de trastornos mentales que pueden aparecer a medio o largo plazo.

## ■ SUCESO NRBQ COMO CRISIS PSICOLÓGICA E INCIDENTE CRÍTICO

### Concepto de crisis psicológica

Everly y Mitchell (1999) definen “crisis psicológica” como una respuesta aguda ante un incidente crítico como pueden ser un desastre masivo, un evento traumático, o un ataque terrorista, en donde el equilibrio psicológico se rompe, los mecanismos normales para hacer frente a las situaciones estresantes fallan, se presenta un deterioro funcional significativo, existe clara evidencia de **sufrimiento y dolor**, y se produce un estado de confusión y/o agitación <sup>(1)</sup>.

Existen **dos tipos de crisis**: en primer lugar, tenemos **las del desarrollo**, que son predecibles y que se producen a través de las etapas evolutivas desde la niñez hasta la senectud y en segundo lugar, **las crisis circunstanciales**, que son inesperadas, accidentales y que producen una alteración psíquica y de la conducta ante la pérdida o amenaza de pérdida. Las crisis circunstanciales tienen como características que son repentinas, inesperadas, urgentes puesto que amenazan el bienestar físico o psicológico de la persona y masivas, cuando afecta a muchas personas al mismo tiempo. Un ejemplo de estas últimas puede ser una emergencia NRBQ, siendo una situación catastrófica o desastre que se puede producir por un accidente tecnológico o directamente provocado por el hombre, en el que se ve amenazada la vida de las personas o su integridad física y /o se producen muertes, lesiones, destrucción y pérdidas materiales, así como sufrimiento humano, pudiendo suponer para la persona o personas que lo viven de forma directa o indirectamente un incidente crítico marcado por un elevado impacto psicológico, desorganización y alteración psíquica y conductual.

### Principios de Intervención en crisis

Desde esta perspectiva, la atención psicológica o psíquica inmediata tras un suceso NRBQ ha de basarse en **el modelo de intervención en crisis**. Este es un procedimiento de evaluación y actuación, llevado a cabo por profesionales de la salud mental del ámbito de emergencia, así como por otros profesionales cualificados y entrenados para esta tarea, el cuál se pone **en marcha en el mismo lugar del suceso** y realizándose mediante técnicas breves.

Esta intervención se dirigirá a uno o varios individuos que ante un evento crítico y /o traumático, pueden iniciar un proceso donde el individuo desarrolla un esfuerzo adaptativo que puede tener como resultado la entrada en

una espiral de maladaptación dando lugar a largo plazo a diversos problemas psicológicos y físicos, o bien, a la resolución del problema y desarrollo personal del individuo. Por ello, la intervención en crisis tiene **su punto de partida después de un suceso traumático**, antes de que la resolución final sea positiva o negativa. **Su objetivo** es minimizar el impacto psicológico a corto plazo, facilitar un adecuado enfrentamiento a la situación crítica **evitando desorganización** y generando estrategias de afrontamiento ante situaciones potencialmente generadoras de estrés por su alto contenido emocional y **disminuir la probabilidad de aparición de un trastorno psicopatológico** en aquellas personas que han vivido de forma directa o indirecta el suceso <sup>(2)</sup> **(Figura 1)**. Slakieiu (1996) diferencia dos fases dentro de la Intervención en crisis <sup>(3)</sup>:

Figura 1.



- a) **Intervención de primera instancia o Primeros Auxilios Psicológicos**, que duran minutos u horas. El objetivo es restablecer el enfrentamiento inmediato al evento con los objetivos de facilitar apoyo, reducir el peligro de muerte y facilitar el enlace con los recursos de ayuda necesarios. Todo ello normalizando las reacciones inmediatas ante un suceso inesperado y buscando las habilidades y/o fortalezas propias de cada sujeto.
- b) **Intervención en segunda instancia o Terapia para Crisis**, puede durar semanas o meses, y su objetivo es la resolución de la crisis mediante la elaboración e integración del incidente vivido. Esta intervención ha de ir dirigida a fomentar la normalización de la vida diaria, regulando los ciclos de descanso, sueño, trabajo y alimentación, limitando la exposición a los medios de comunicación para evitar la retraumatización y en definitiva, volver a la vida facilitando la adaptación a la situación vivida.

## REACCIONES PSÍQUICAS INMEDIATAS TRAS INCIDENTE

El causante de un suceso (el hombre o la naturaleza) determinará reacciones y consecuencias psicológicas diferentes, siendo la clave de estas diferencias la **previsibilidad o imprevisibilidad del suceso**, la falta de control sobre la naturaleza y el asumir que “otro como yo ha podido hacer a otros seres humanos lo que ha hecho”: Sin embargo, comparando víctimas de catástrofes sociopolíticas con víctimas de catástrofes se han detectado

ciertas similitudes en cuanto a la experiencia de los sobrevivientes caracterizada principalmente por la conmoción provocada por la desorganización rápida y violenta de la vida cotidiana, el proceso de duelo por las pérdidas sufridas y los sentimientos de culpabilidad por no haber podido hacer más<sup>(4)</sup>.

Taylor (1983) establece que el ajuste vivido por las personas después de un desastre dependerá de la búsqueda de significado a la experiencia vivida, los intentos dirigidos al reestablecimiento del control personal y los esfuerzos por **restaurar la autoestima**<sup>(5)</sup>.

Un **suceso traumático** puede ocasionar reacciones de estrés de moderadas a graves, acompañados de sensación de horror, miedo intenso, desamparo, lesión seria o amenaza de lesiones o muerte. Estos sucesos **afectan tanto a víctimas directas como indirectas** (familiares o allegados de las víctimas, testigos o intervinientes).

Tenemos que saber que *las reacciones de estrés inmediatas son normales ante incidentes que están fuera de la normalidad y la cotidianidad*. Sin embargo, las investigaciones epidemiológicas confirman que la participación en masacres o guerras, ser víctima de catástrofes o desastres provocan **cuadros sintomáticos** en alrededor de **un 25 – 40% de las víctimas**.

Las reacciones y conductas desencadenadas tras sucesos de elevado impacto emocional como son los desastres o actos terroristas de gran magnitud han sido estudiados y se han encontrado que pueden aparecer reacciones como:

- ▶ **Reacciones cognitivas:** falta de concentración, confusión, desorientación, dificultad para la toma de decisiones, pérdida de memoria, déficit atencional, recuerdos indeseados, culpabilización, alteraciones de la alerta, sensación de irrealidad, ideación autolítica y negación.
- ▶ **Reacciones emocionales:** incapacidad para sentir, sensación de abandono, shock emocional, sentimientos confusos, miedo, enfado, rabia, hostilidad, tristeza, desesperación o aflicción.
- ▶ **Reacciones físicas:** aumento frecuencia cardíaca y respiratoria, problemas gastrointestinales, dolor de cabeza, mareos, trastorno del sueño, tensión muscular, hipersudoración, entre otras.
- ▶ **Reacciones conductuales:** aumento de consumo de tóxicos, hiperactividad, alteración del apetito, trastornos del habla, gritar, conductas agresivas, entre otras.

A esto debemos añadir y hacer especial mención a las reacciones o manifestaciones específicas que pueden aparecer tras un ataque bioterrorista, marcadas por el temor generalizado y la incertidumbre por **la naturaleza invisible de la amenaza** y el desconocimiento inicial de los efectos que puede producir. El mito del **pánico**, como creencia popular de ser la conducta más esperada en toda la población, **es en realidad poco común** en el caso de ataques NRBQ y este solo se presentaría como en todo evento adverso si hay gran concentración de personas en espacios reducidos sin vías de evacuación o si estas son insuficientes, si se encuentran cerradas, si la persona percibe que no hay recursos de ayuda o que estos son insuficientes, desorganizados y sin actuaciones coordinadas. Por tanto, **una forma de reducir la probabilidad de aparición del pánico es dando información exacta, breve y coherente**, preferiblemente a través de una autoridad científica con credibilidad y facilitando tareas grupales que proporcionen sensación de control de la situación. Por tanto, **al contrario de la conducta de pánico (individualista y egoísta), se confirma que prevalece la resiliencia comunitaria y los sentimientos de unidad, ayuda y altruismo**.

Cuando hablamos de un suceso NRBQ sea cuál sea su causa, hay que tener en cuenta que incluso si no hubo una exposición real, el riesgo percibido puede causar reacciones de estrés, es decir, la percepción de peligro real o no de los individuos, puede provocar por sí sola una reacción de estrés. La experiencia ha demostrado que cuando existe una amenaza ambiental importante, puede darse un incremento importante en los síntomas psiquiátricos y psicosomáticos relacionados con el estrés.

Algunas de estas reacciones de estrés se pueden manifestar de muy distintas formas, desde cuadros más leves a más abigarrados.

## ■ PRINCIPIOS Y PROCESO DE INTERVENCIÓN EN LAS FASES DE PRE-IMPACTO, IMPACTO Y POST-IMPACTO

### Medidas preventivas pre-impacto

Una preparación y planificación adecuada de la respuesta minimiza los efectos adversos sobre la comunidad, y es la herramienta básica para poder controlar en el menor tiempo posible y de forma eficiente los incidentes<sup>(6)</sup>.

En primer lugar, podemos distinguir una **fase previa de intervención** (antes del suceso), en donde nuestro principal objetivo de trabajo desde el área de emergencias tiene como población diana a los intervinientes.

La formación y entrenamiento técnico especializado en situaciones NRBQ se considera necesario, para así evitar sucesos como el ocurrido en la Guerra del Golfo (1991) donde militares americanos sufrieron episodios de hiperventilación, pánico e imposibilidad para ponerse las máscaras al saltar las alarmas de sus equipos por falsos positivos (**Figura 2**).

Figura 2.



Esta actuación preventiva ha de centrarse principalmente en dotar a los sujetos de estrategias de afrontamiento ante situaciones generadoras de niveles extremos de ansiedad, ya que el **simple hecho de ponerse el material de protección** en sucesos de estas características **es** ya un **posible detonador de ansiedad**. En un estudio realizado con personal sanitario en fase de entrenamiento con equipos y producto tóxico real los resultados que se obtuvieron fueron que los sujetos manifiestan respuestas de estrés principalmente en las siguientes variables: 80% inquietud y nerviosismo; 50% hiperventilación o ahogo; 54% sudoración excesiva; 42% dolor de cabeza; 46% sequedad bucal; 40% palpitaciones; 30% tensión muscular, 10% miedo a perder el control, dificultad para pensar o náuseas<sup>(7)</sup>.



Por otro lado, habrá que entrenar a los intervinientes en **habilidades de comunicación** específicas y **trabajo en equipo**, así como dotar a éstos de las habilidades básicas para proporcionar a las víctimas los primeros auxilios psicológicos basados principalmente en **romper cadena de contagio emocional**, reducir **dolor de estar sólo** ante la crisis, reducir la **incertidumbre por no disponer de información**, favorecer expresión emocional y verbal, controlar la activación psicofisiológica, conductas de agitación o escape, facilitar información veraz y reducir estimulación externa negativa.

Por último, es necesario formar y entrenar a los intervinientes en **estrategias de autoprotección psicológica** centradas principalmente en la identificación y gestión del estrés, desahogo emocional, generar espacio libre estrés y hábitos saludables.

### Evaluación e intervención psicológica en la fase de impacto

En segundo lugar, la fase de intervención parte de la base de que las reacciones de estrés estarán determinadas sobre todo por las **características del accidente**; la **información** acerca del accidente y la **manera en que se difunde esta información**.

Por ello, la primera tarea del personal será la recogida de información sobre lo sucedido (número de personas implicadas, sustancia tóxica, efectos de esta, etc.). La intervención ha de primar la autoprotección de los equipos de primera respuesta y de toda aquella persona que se encuentre en las inmediaciones, por lo que los equipos de intervención psicológica estarán **situados siempre en la zona fría**.

El equipo de intervención psicosocial ha de **identificar aquellas personas** con las que ha de intervenir, estableciendo contacto con ellas y proporcionándoles un **lugar tranquilo**, en la medida en que sea posible, y **seguro**, para posteriormente establecer las prioridades de intervención (distinguiendo actuación psicológica y/o social)

Inmediatamente se realizará una **valoración mixta (sanitaria y psicológica)** de las personas implicadas, identificando principalmente signos de alteración cognitiva, emocional, fisiológica y conductual. Posteriormente, iniciaremos la fase de intervención psicológica de emergencias propiamente dicha en la que entre otras cosas y teniendo en cuenta el tipo de suceso, tendremos como **objetivo reducir niveles de activación elevados, disminuir confusión, desorganización cognitiva e ideas irracionales, normalizar sintomatología, posibilitar que asuma la realidad, ayudar a canalizar sentimientos de pérdida, maximizar estrategias de afrontamiento, evitar contagio emocional, apoyar en búsqueda de soluciones y toma de decisiones y propiciar la activación de recursos externos al sujeto (apoyo social)**. Es último objetivo habrá que cubrirlo lo antes posible en el caso de intervenir con menores, ancianos y /o discapacitados físicos o psíquicos.

Así mismo, en caso de víctimas mortales, se deberá llevar a cabo la comunicación de malas noticias y apoyo en el inicio del proceso de duelo a familiares y allegados, siguiendo pautas adecuadas que favorezcan el entendimiento y asimilación de lo ocurrido<sup>(8)</sup>.

El modelo de trabajo puede ser similar al de otro tipo de actuaciones en crisis, sin embargo, existe una especificidad en la intervención determinadas por las características del propio suceso como son la tendencia a considerar que todas las sustancias son sumamente peligrosas, de ahí la importancia de la intervención basada en el control de la incertidumbre, rumores o creencias irracionales sobre el agente tóxico. Por tanto, el manejo de la información disponible tanto por parte de los gestores, profesionales y medios de comunicación, puede determinar las reacciones psicológicas subsecuentes:

- ▶ la información disponible de antemano, puede producir una sensación de estar amenazado antes de que un accidente ocurra en realidad;
- ▶ puede aparecer un período de incertidumbre y confusión después de un accidente. A menudo el público sospecha que la información oficial está influenciada por intereses políticos y/o económicos;
- ▶ puede haber problemas para entender qué significan ciertos conceptos técnicos de las sustancias tóxicas como concentraciones medidas, niveles de umbral, etc.;
- ▶ así como puede haber diferentes percepciones de si la situación está bajo control.

Por tanto, habrá que difundir la información oficial de forma regular, evitando que la información informal fluya, ya que normalmente es información imprecisa que fomenta fuertes reacciones de estrés <sup>(9)</sup> **(Figura 3)**.

Figura 3.



Toda la intervención descrita en esta fase puede tener como población diana también a los intervinientes que pudieran verse afectados en el lugar del suceso, a los cuales habrá que separar de la tarea, facilitar la expresión de emociones y pensamientos en la tarea generadora de estrés y realizar la intervención en crisis que sea necesaria.

### Evaluación e Intervención en la fase de Post- Impacto

En el ámbito de la prevención de las secuelas psíquicas a largo plazo tras una catástrofe, se puede realizar en primer lugar un **screening**, para detectar de forma temprana factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades psíquicas. Esta herramienta ha de explorar antecedentes clínicos, sucesos vitales estresantes previos al suceso, cambios tras la catástrofe (vida social, condiciones de vida, etc.), vivencia del suceso (nivel de estrés vivido, recuerdo, consciencia y realidad; visión muertes y heridas, pérdidas cercanas), habilidades de afrontamiento puestas en marcha, percepción sobre el manejo de la información, creencia de predicción o previsión de lo ocurrido, motivos o culpabilización de lo ocurrido, experiencias positivas tras el suceso y ayuda ofrecida o solicitada. Con todo ello, podremos concretar si son necesarias actuaciones especializadas y la derivación a servicios de salud mental, recursos de ayuda especializada o asociaciones.

En segundo lugar, la **prevención terciaria de emergencias ha de actuar sobre los intervinientes** a través de la valoración del estado psicológico de los equipos tras el suceso vivido para determinar la adecuación de incorporarse a su puesto de trabajo, puesto que los profesionales no somos inmunes a las secuelas psicológicas que las tragedias producen e otras personas, e identificar reacciones o sintomatología de trastornos relacionados con el estrés (estrés agudo y TEPT (Trastorno por Estrés Postraumático), ansiedad, depresión u otros trastornos psíquicos.

En esta fase, dependiendo de la magnitud del suceso se ofrecerá una atención psicológica voluntaria individual o grupal a través de grupos de defusing (inmediatamente posterior al suceso) o debriefing, atención encaminada a facilitar la ventilación emocional del personal que ha estado directamente implicado en la situación traumática. En el caso de que existan manifestaciones clínicas pasadas cuatro o seis semanas tras el suceso se derivará a atención especializada

Asimismo, tras un suceso NRBQ, habrá que trabajar otros aspectos importantes y a la vez específicos de este tipo de sucesos:

- ▶ **El rechazo social** hacia los considerados “contaminados”, ya que en la población general y en concreto en los familiares de los equipos de primera respuesta se pueden activar miedos y fobias a la infección o contagio por la exposición real, pudiendo aparecer aislamiento del núcleo familiar y la ruptura de apoyos familiares.
- ▶ **El proceso de duelo** cuando no ha sido posible realizar una despedida del cadáver, el reconocimiento del cadáver u objetos, o realizar los ritos funerarios debido al riesgo de contaminación dependiendo del producto tóxico implicado. Todo ello dificulta notablemente que los familiares o allegados puedan aceptar la pérdida y comiencen un proceso adecuado de duelo.

Para finalizar, la actuación en el ámbito psicológico debe propiciar lo antes posible la continuidad (mantener las rutinas diarias, comenzar con el funcionamiento de los colegios, los centros sanitarios, los medios de transporte, etc.) siguiendo los procedimientos de prevención de contaminación e infección que se hayan puesto en marcha<sup>(10)</sup> y en caso de ser necesario, se implementará un sistema de atención psicológica continuada y específica a las víctimas del suceso.



## ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Everly, G.S.; Mitchell, J.T. Critical Incident Stress Management (CISM): A new era and standard care in crisis intervention. Second Edition. Ellicott City, MD: Chevron Publishing 1999.
2. Pacheco, T. Un modello di procedura di intervento psicologico in casi di emergenza extraospedaliera: l'esempio di Madrid. PdE. Rivista di psicologia applicata all'emergenza, alla sicurezza e all'ambiente 2006; Anno 2, n.5; 2-5.
3. Slaikeu, K.A. Intervención en crisis: manual para la práctica y la investigación. Méjico. Manual Moderno 1999.
4. Loizos, P. A heart grown bitter. A chronicle of Cypriot war refugees. Cambridge: Cambridge University Press 1981.
5. Taylor, S.E. Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. American Psychologist 1983;38, 1161-1173.
6. Martín Rodríguez, F. "Crisis: concepto y clasificación", Tomo I: Introducción a la gestión de crisis, el método ECCSET, FECYL 2008: 29-30.
7. Pacheco, T; Alonso, J. J. Preparación psíquica de Intervinientes frente a un suceso NRBQ. Segunda conferencia Hesculaep, 2006. Sevilla.
8. Pacheco, T. El arte de comunicar malas noticias en el ámbito prehospitalario. Prehospital Emergency Care (ed. esp.), vol 2, núm. 2, 2009
9. OPS. Organización Panamericana de la Salud. Accidentes químicos: aspectos relativos a la salud. Guía para la preparación y respuesta.. Washington, D.C. 1998.
10. OMS. Mental Health of Populations Exposed to Biological and Chemical Weapons : Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with WHO Inter-Cluster Working Group on Preparedness for and response to natural occurrence, accidental release or deliberate use of biological and chemical agents or radionuclear materials that affect health mental health of populations exposed to biological and chemical weapons. Prepublicación (2004)