

---

# LOS BOMBEROS Y LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS

---

---

---

---

---

---

FERRAN LORENTE I GIRONELLA<sup>1</sup>

Sargento en jefe del Parque de Bomberos de Girona. Psicólogo consultor de emergencias

---

En la asistencia a les víctimas hay dos factores de gran importancia: la proximidad espacial y temporal con el incidente crítico. Éste ha sido uno de los motivos de más peso, junto a la universalidad, la sostenibilidad y la autoprotección, para que la asistencia a las víctimas de los accidentes sea llevada a cabo por los propios bomberos, policías y sanitarios, entendidos todos ellos como paraprofesionales de la psicología.

Pero en un accidente no sólo hay víctimas directas, ya que las amistades y los familiares o incluso los propios bomberos pueden resultar victimizados psicológicamente. Para familiares y acompañantes se sugiere, más allá de la fase aguda del incidente, la asistencia psicológica en los centros sanitarios de urgencias. Para el personal de emergencias se han puesto en marcha los programas de gestión del estrés (PGE) llevados a cabo por equipos de psicólogos ayudados por una red de colaboradores.

Pero todo eso no agota las posibilidades de aplicación del conocimiento psicológico al mundo de las emergencias. Se sugieren diversas vías de avance, sobre todo la aplicación organizativa y operativa de este conocimiento.

*Conceptos clave:* programas de gestión del estrés, incidentes críticos, intervención en crisis

---

*Concerning the victim assistance, there are two major factors: the spatial and temporary contingency with the critical incident. This has been one of the most important reasons, together with the universality, sustainability and self-protection, why the victims of accidents assistance, is carried out by fire fighters, policeman and sanitary personnel as psychology paraprofessionals.*

*But there aren't only direct victims in an accident, because the friends and family and even the fire fighters can become psychological victims. For family and companions, beyond the acute phase of the incident, psychological assistance by the sanitary centres is suggested. For the emergency personnel, the Stress Management Programs (SMP) has been started, carried out by psychologist teams, helped by a collaborators' network.*

*But all this does not exhaust the possibilities of psychological knowledge application to the emergency world. Diverse ways to progress are suggested, especially this knowledge application to organizational and operative level.*

*Keywords: Stress Management Programs, Critical incident, Crisis intervention.*

## 1. INTRODUCCIÓN

Aunque en Cataluña se percibe todavía la asistencia a les víctimas como una iniciativa bastante nueva, eso no es en absoluto cierto. Hace falta que nos remonte-

---

1. Contacto: 1felogj@gmail.com / capbombersgiro@gencat.cat.

mos a los años cuarenta, en el incendio del Boston's Coconut Grove Nigthclub (28 de noviembre de 1941) para encontrar el primer referente documentado de asistencia psicológica a víctimas de siniestros desde una perspectiva científica moderna.

Por supuesto que si buceamos en la búsqueda de antecedentes, seguro que encontraríamos en el mundo de las religiones i las filosofías. A título anecdótico diremos que los psicólogos americanos que atendían a los soldados con secuelas psiquiátricas de la guerra del Vietnam, se sorprendieron de la eficacia de los rituales tribales indios en el manejo de las respuestas posttraumáticas (PTSD) de los jóvenes «guerreros» (Meichenbaum 1973); por lo tanto, la asistencia posttraumática a les víctimas viene de lejos, tanto como el neolítico.

En Cataluña nuestro referente histórico máspreciado fue el eminente doctor psiquiatra Emili Mira i López. Este, como jefe de los servicios psiquiátricos del ejército republicano, introdujo en la atención a los soldados mentalmente afectados por el combate dos de los elementos que ahora se consideran primordiales de la intervención en crisis:

- a) *la inmediatez temporal*: los soldados recibían atención de salud mental en cuanto sus responsables, generalmente los comisarios políticos, detectaban conductas o reacciones no habituales;
- b) *la proximidad espacial*: los soldados eran evacuados, pero se les ingresaba en hospitales muy próximos al frente. Con tal de no alejarlos de los compañeros, en definitiva su red de apoyo social, pero también para disuadir a los simuladores.

Eso mismo afirma la denominada ley de Hansel, por la cual cuanto más proximidad temporal y espacial hay entre el incidente crítico y la intervención, más grande es la eficacia de ésta (McGee 1976, citado por Slaikeu 1996). En este sentido ahora enfatizamos que la intervención en crisis más eficaz es la que se hace «sobre el terreno».

Esta intervención de proximidad era coincidente con la organización de la asistencia sanitaria a los heridos en combate, también innovadora, tal como la describe en sus memorias el doctor Moisés Broggi (2001) uno de los pioneros de la medicina de urgencias y prehospitalaria en nuestro país.

El doctor Emili Mira recoge sus experiencias en el libro *Psiquiatría en guerra* (1944). Éste fue uno de los manuales de referencia de los psiquiatras militares aliados en la Segunda Guerra Mundial. No olvidemos que es en los contextos bélicos donde más casos de PTSD se dan y donde primero fueron estudiados.

Estas experiencias casi desaparecieron de la memoria colectiva profesional durante los años del franquismo. Eso no es nada extraño, teniendo en cuenta que la propia psicología fue «borrada» de las universidades hasta los años cincuenta.

Pero fue Caplan (1964)<sup>2</sup> quien teorizó sobre las crisis y la posibilidad de una

---

2. Psiquiatra, psicoanalista y profesor a Harvard, dedicado principalmente al trastorno emocional y el desequilibrio, desarrolló los principales trabajos sobre la intervención en crisis y estableció los principios de la psiquiatría preventiva.

intervención preventiva, a menudo llevada a cabo por los profesionales más próximos o en interacción frecuente con las víctimas, como maestros, enfermeras, clero... es decir paraprofesionales de la psicología.

Caplan distingue tres tipos de prevención ante los incidentes críticos:

- a) *primaria*, la más eficaz, destinada a reducir la incidencia de los trastornos, es decir los efectos del incidente; sería por lo tanto una prevención sobre el terreno con el objetivo de evitar que la crisis se produzca;
- b) *secundaria*, que busca reducir los efectos negativos del suceso ocurrido;
- c) *terciaria*, pasado el tiempo y destinada a reparar el daño producido.

Así tenemos diferentes formas de intervención, con grados de eficacia, actores y metodologías diferentes.

Por otro lado, hay diversos modos los de intervención que responden a la diferente organización social de las asistencias. Mencionaré dos a modo de ejemplo:

- a) en Francia existen las *células de urgencia medicopsicológica*, formadas por psiquiatras, psicólogos y enfermeros, organizativamente dependientes de los bomberos, que incluso tienen su base legal en una circular de la República,<sup>3</sup> se mobilizan a petición del Servicio Departamental de Incendios y de Rescate,<sup>4</sup> y acostumbran a intervenir en siniestros de una cierta entidad;
- b) En los EEUU hay grupos dependientes de organizaciones filantrópicas y religiosas que atienden crisis circunstanciales, como víctimas de atracos o de violaciones. Ante las grandes catástrofes participan los Equipos de Respuesta Comunitaria,<sup>5</sup> coordinados por la Cruz Roja. Todo gestionado organizativamente por la Agencia Federal de Gestión de Emergencias.<sup>6</sup> La metodología de trabajo es la propia del CISM (Critical Incident Stress Management),<sup>7</sup> muy extendida sobretodo en el mundo anglosajón y que se emplea también en la asistencia a los equipos de primera respuesta, como bomberos, policías o personal sanitario.

En el Estado español hay muchas y diversas iniciativas impulsadas en las diferentes comunidades por los correspondientes colegios profesionales de psicólogos.

En Cataluña, ya hace doce años (Lorente, Subirá y Vacas, 1999) se comenzaron a hacer propuestas de intervención con unos objetivos definidos.

3. Francia. Secrétariat d'État chargé de l'action humanitaire d'urgence. Circulaire DH/Eo4-DGS/SQ2, num. 97/383, 28 mai, 1997.

4. Su denominación original en francés es Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS).

5. Los llamados CRT, su denominación en inglés Community Response Teams.

6. Su denominación en inglés es Federal Emergency Management Agency (FEMA).

7. El CISM, desarrollado por la INTERNATIONAL CRITICAL INCIDENT STRESS FOUNDATION (ICISF), con sede en los Estados Unidos, es un protocolo de intervención específicamente para hacer frente a acontecimientos traumáticos y dar respuesta en situaciones de crisis. Para más información, <<http://www.icisf.org>> [Consulta: 1 octubre 2011].

- a) Ante grandes catástrofes:
  - la atención al personal de intervención;
  - la atención a víctimas y personas evacuadas, así como a familiares, amigos y desplazados en la zona;
  - la coordinación de los voluntarios colegiales;
  - el asesoramiento y el apoyo a la red sociosanitaria del territorio afectado.
  
- b) En otro orden más cotidiano de cosas el proyecto se refería a:
  - la selección y la formación del personal de intervención;
  - el apoyo a los operadores en el trato telefónico con los familiares;
  - el asesoramiento a las instituciones respecto a la comunicación en crisis (con la población).

Así, los objetivos asistenciales que se planteó el Grupo de Emergencias Psicológicas se concretaba en tres niveles temporales:

a) *Antes*

La prevención, materializada en la formación y la sensibilización del personal de intervención, con tal de dotarlo de recursos.

Eso se llevó a cabo en Bomberos mediante el Curso de emergencias sanitarias (EMERSA) que profundizó en la sanitización del servicio. Después esta formación pasó a impartirse en el curso básico.

b) *Durante*

Intervención in situ: PMA, centros de evacuación, hospitales, etc.

c) *Después*

Asistencia al personal de intervención en cuatro niveles:

- telefónico, como primer contacto y para consultas puntuales
- grupal, con sesiones de «desactivación»<sup>8</sup>
- individual, en los casos que fuese necesario
- seguimiento y/o derivación

Estas eran las propuestas, algunas de las cuales —teniendo en cuenta el conocimiento actual— pueden parecer ingenuas por demasiado ambiciosas. Pero al cabo de dos años, ya en el nuevo siglo, en vista de la breve pero rica experiencia del Grupo de Emergencias Psicológicas, se tomaron una serie de decisiones sobre el tema, que el tiempo ha demostrado, en términos generales, como acertadas.

A continuación describiré como se han ido concretando a partir de aquel momento las decisiones tomadas.

---

8. En el proyecto inicial se habla de «destraumatización», concepto que se abandonó en beneficio de «desactivación», mas ajustado a los efectos reales de la técnica.

## 2. VÍCTIMAS DE PRIMER NIVEL

Con esta denominación nos referimos a la persona que ha recibido el daño directo en un accidente de tráfico, es decir el accidentado.

Para comenzar diremos que, a raíz de aquellas decisiones, la asistencia in situ la llevan a cabo los profesionales de les emergencias, bomberos, policías y sanitarios, que en estos casos actúan como paraprofesionales de la psicología.

Esta decisión se fundamenta en:

- la inmediatez temporal y espacial que este tipo de intervención permite y que maximiza su eficacia;
- la universalidad, ya que abarca la totalidad de las víctimas conscientes atendidas, no hace falta una selección previa;
- la autoprotección del interviniente, que alcanza una seguridad y un grado de control de la situación que de otra manera no tendría;
- la sostenibilidad de la medida, ya que el único gasto consiste en la formación de los intervinientes.

Un accidente de tráfico es uno de los casos paradigmáticos porque:

- tanto los Mossos d'Esquadra de tráfico como los bomberos han recibido el aprendizaje pertinente en su curso de formación básica;
- el personal sanitario también recibe una formación equivalente, ya que todos los másters de medicina o enfermería de emergencias que actualmente se cursan en Cataluña incluyen la asistencia psicológica a las víctimas con un mínimo de doce horas lectivas.

El objetivo genérico de este tipo de intervención es el de establecer un «lazo de humanidad» (Slaikeu 1996), es decir humanizar una situación deshumanizada.

Así el interviniente —que deviene paraprofesional de la psicología—, sea cual sea su rol inicial (sanitario, de orden, de salvamiento...), de forma paralela, es decir mientras trabaja, ha de transmitir a la víctima una «percepción de asistencia», concepto de una gran importancia en la gestión y la integración posterior del incidente crítico.

Dicho de otro modo, la víctima ha de ver que «los suyos», es decir la sociedad que lo rodea, lo quieren ayudar. Esta sociedad ha delegado en los profesionales especialistas de la seguridad esta tarea, por lo tanto somos sus representantes.

Si la víctima percibe de forma positiva esta asistencia, no caerá en distorsiones cognitivas potenciales, como sentirse abandonado por su gente, y no perderá las nociones de seguridad, previsibilidad y de inmunidad propias de nuestro pensamiento y muy interiorizadas, ni tampoco la percepción de control de su entorno. Todo ello tan importante para el afrontamiento sereno de la vida cotidiana.

Esta asistencia no sólo pone a la víctima en mejores condiciones para integrar el incidente en su contínuum vital sino que también hace que responda de forma cooperativa a los requerimientos de los intervinientes, por lo cual les facilitará su tarea.

Por otra parte, el mismo interviniente aumenta de manera importante su percepción de autoeficacia, ya que «sabe lo que debe hacer», «sabe lo que debe decir», eso le da la seguridad necesaria para una intervención serena.

Se puede afirmar que esta franja de víctimas directas o de primera categoría, durante la fase temporal aguda —la que va desde el accidente hasta el ingreso en las urgencias hospitalarias— es atendida de forma correcta y satisfactoria. Eso referido siempre en términos generales, ya que la asistencia siempre puede ser mejorada y siempre pueden aparecer casos aislados disfuncionales.

Superada esta fase ya no es competencia de los servicios de emergencia tener cuidado de aquella víctima, pero también es cuando no hay previsto ningún tipo de asistencia psicológica, más allá del trato médico o la asistencia clínica correspondiente.

Aunque se trate de un entorno ajeno, quiero destacar la necesidad de una asistencia desde la perspectiva de la intervención en crisis en las urgencias hospitalarias (UCIAS, en el lenguaje sanitario). Entre los diversos objetivos, destacaría tres como más importantes (Lorente 2008):

- la asistencia psicológica temprana y preventiva al accidentado,
- la asistencia al familiar o acompañante, tanto para gestionar su estrés circunstancial como para inhibir la agresividad;
- establecimiento de programas de gestión del estrés (PGE) dirigidos a los profesionales y personal.

### 3. VÍCTIMAS INDIRECTAS O DE SEGUNDO NIVEL

Con esta denominación, nos referimos a los familiares y amigos de la víctima de primer grado. Es decir todas las personas para las cuales la víctima es importante y que pueden sentirse emocionalmente afectadas viéndola en una situación dramática.

La previsión de su asistencia pasa por los equipos de primera intervención, si los familiares se hacen presentes en el lugar del incidente —situación no muy frecuente. Es decir el mismo tipo de asistencia paraprofesional que recibe la víctima directa. En realidad estamos hablando de un tipo de interacción que ya es asistencial y contenedora en si misma.

Más allá de la asistencia mencionada en el lugar del incidente, las dimensiones del incidente, definidas por parámetros cuantitativos y cualitativos, como el número de afectados o la truculencia de la situación, pueden aconsejar la intervención de psicólogos.

Esta categorización es engañosa, ya que a menudo se habla de gran catástrofe cuando el número de éxitos no es ni de lejos superior al que puede haber en las carreteras catalanas en un fin de semana.

En un ecosistema social, donde la información se confunde con el espectáculo, quien determina si un incidente crítico llega a la categoría de catástrofe son los medios de comunicación.

En realidad en Cataluña las llamadas catástrofes de los últimos años no pasarían de ser emergencias desbordadas durante un breve lapso de tiempo, controladas por el sistema de emergencias en cuestión de horas o días y a pesar de que sus repercusiones se puedan prolongar en el tiempo, no ya como catástrofe pero sí como conflicto vecinal o social. Un ejemplo de eso sería el caso del derrumbe de un edificio por diversas causas (gas, túneles...).

Si bien en el ámbito médico la definición social de la catástrofe no tiene demasiadas consecuencias, ya que el número de personas heridas será el mismo sea cual sea la definición que se haga. No pasa lo mismo desde un punto de vista psicológico, ya que si la situación se califica como catástrofe, en el caso psicológico esta lo será con todas sus consecuencias.

Los supervivientes y sus familiares son atendidos por el voluntariado colegial, gestionado organizativamente por el Servicio de Emergencias Médicas (SEM), o con esta tarea delegada en otras instituciones (como por ejemplo las diputaciones). Este tipo de asistencia y intervención no por ser voluntaria es gratuita sino que es remunerada a cuenta de la institución que la activa. Y sólo es sostenible por la baja frecuencia de movilización.

Este segundo nivel es, pues, el de cobertura más débil y el de solución más compleja, ya que potencialmente abarca grupos importantes de población. La frecuencia relativamente baja de las intervenciones y su dispersión por el territorio hace difícil el mantenimiento de estructuras profesionales estables.

El planteamiento inicial, durante el desarrollo del llamado programa 112, ponía la coordinación de estas intervenciones en situaciones catastróficas en manos del grupo de psicólogos de bomberos.

De hecho las grandes intervenciones de asistencia a víctimas de la época,<sup>9</sup> que en casa nuestra dieron carta de naturaleza a la psicología en el mundo de las emergencias, fueron dirigidas por psicólogos del Departamento de Interior y coordinadas desde el 112.

Cambios de gestores hicieron que se evaluase desde otros puntos de vista, hasta llegar al estado actual, en que este nivel de la intervención se encuentra competencialmente en manos del SEM.

#### 4. VÍCTIMAS DE TERCER NIVEL. LOS GRUPOS INTERVINIENTES

Con el nombre de grupos de intervinientes o de actuantes nos referimos principalmente a bomberos, policías y personal sanitario, pero podríamos hablar también, en menor medida, de asistentes sociales, maestros, sacerdotes o ministros de cualquier culto, abogados, etc. Es decir todas las personas que tienen un papel profesional que les hace tratar necesariamente con la víctima.

---

9. Es el caso del grave accidente de tráfico, en Soria el julio de 2000, de 'un camión que chocó contra un autocar en el que viajaban jóvenes estudiantes y monitores de Viladecans y Ripollet, y que causó veintiocho muertos y diversos heridos. Otro caso es el del alud en el pico del Balandrau, en diciembre de 2000, que arrastró dos personas, una de las cuales murió.

Aquí, pero, circunscribiré el análisis sólo al personal de emergencias: bomberos, policías y personal sanitario, dado que es el ámbito que nos es propio y más próximo a la emergencia.

Sabemos que no son inmunes y pueden resultar victimizados a causa de las situaciones que presencian, el estrecho contacto que establecen con las víctimas y la acumulación cualitativa y cuantitativa de incidentes críticos.

La previsión de su asistencia fue en su momento muy elaborada y responde al esquema siguiente:

- prevención del estrés situacional
- prevención ante incidentes críticos
- detección y atención de trastornos psicológicos o psiquiátricos ya instaurados o en fases premórbidas

#### 4.1 LA PREVENCIÓN DEL ESTRÉS SITUACIONAL

En el Instituto de Seguridad Pública de Cataluña se estableció —y se mantiene— una formación en intervención en crisis y gestión del propio estrés, dentro de los contenidos del Curso de formación básica para bomberos y dentro del Curso de tráfico dirigido a mossos d'esquadra.

Esta formación cumple simultáneamente dos objetivos.

Por una parte permite trabajar al profesional en mejores condiciones, ya que sabe qué ha de hacer o decir en su interacción con la víctima; eso influye en sus niveles de estrés, que lo hacen más tolerable y lo liberan de una gran parte de la ansiedad inherente a la intervención.

En su interacción con la víctima establece el «lazo de humanidad» deseable en toda intervención y le transmite la «percepción de asistencia». En definitiva, ésta es la formación que faculta al profesional para la asistencia a víctimas directas o de primer nivel, que he descrito más arriba.

Por otra parte esta formación le aporta conocimiento para la detección de situaciones estresantes, las reacciones más frecuentes y su manejo a partir de técnicas simples. Y también le proporciona los recursos de ayuda disponibles.

Pero, en el caso concreto de bomberos, haría falta un repaso periódico de lo aprendido en el Curso de formación básica. En primer lugar porque esta formación no se ha podido relacionar, en su momento, con experiencias previas, y eso sería deseable para un mejor aprendizaje. En segundo lugar, los bomberos veteranos que ercibieron su formación en el curso EMERSSA no han tenido ocasión de repasar estos conocimientos desde entonces. Especialmente en cuanto a:

- interacción con víctimas
- comunicación de malas noticias
- el afrontamiento de estados psicológicos y trastornos psiquiátricos
- el afrontamiento de situaciones específicas (agresividad, autólisis...)
- la gestión del propio estrés

Lo mismo se puede decir de la formación relacionada con la identificación y la gestión del propio estrés, de los incidentes críticos y de los acontecimientos «traumáticos».

Esta recomendación no se puede obviar, sobretodo si tenemos en cuenta que las mejores predicciones para sufrir un distrés alto son, por una parte, los «altos niveles de exposición y de amenaza» y, por otra, «el bajo nivel de formación» de los profesionales (Marmar *et al.* 1996).

## 4.2 PREVENCIÓN ANTE INCIDENTES CRÍTICOS

En su día, se impulsaron en la Policía de la Generalitat-Mossos d'Esquadra y en el Cuerpo de Bomberos dos unidades responsables de los programas de gestión del estrés (PGE), destinados cada uno a todo el personal del cuerpo correspondiente. Estos programas constituyen un conjunto integrado de intervenciones desactivadoras y preventivas de gran eficacia y unos seguimientos sistemáticos de los afectados por incidentes críticos.

La Ley de prevención de riesgos laborales<sup>10</sup> pone en primer lugar los riesgos de tipo psicosocial y su prevención. Y los PGE, con todas sus carencias, no dejan de ser una forma avanzada y eficaz de aplicación de la mencionada Ley.

No olvidemos tampoco que este tipo de cura corporativa refleja también el interés de la organización por el bienestar de sus miembros, un reflejo social de calidad de vida (Lorente 2003).

Es importante destacar que los PGE no compiten de ningún modo con los servicios de salud mental existentes, pues al contrario los complementan en áreas que estos no pueden abarcar, ya que su tarea no es psicoterapéutica sino de apoyo.

Autores como Mitchell (2007) insisten en la importancia de que la Administración acepte los programas de apoyo al personal como entidades separadas pero integradas en la estructura de la organización; ello no debe ser impedimento para que mantengan la debida coordinación y sinergia con las áreas próximas, sanitarias, de recursos humanos. Este autor propone programas:

### *a) Integrados*

Los PGE son paquetes integrados y sistemáticos, es decir están interrelacionados unos con los otros, así su eficacia es superior que si tienen otros enfoques desligados.

### *b) Sistemáticos*

Estos «paquetes integrados» siguen un proceso lógico y progresivo, es decir comienzan con una implicación y participación mínima del personal, como hacer descansos sistemáticos y tener la charla individual sobre el terreno con el psicólogo o el compañero especialmente entrenado, y siguen con una progresiva com-

10. España. «Ley 35/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales». *Boletín Oficial del Estado* (10 octubre 1995), núm. 260.

plejidad del método, como las desactivaciones colectivas y todas las tareas de apoyo al alcance después de un incidente crítico.

*c) Multitácticos*

No hay un único proceso inamovible de asistencia al personal sino que, en función de las diferencias y necesidades interindividuales, se aplican las técnicas necesarias entre todo un amplio abanico al alcance.

*d) Vinculados a una amplia gama de recursos*

Teniendo en cuenta las graves características que pueden presentar los incidentes y las consecuencias severas que pueden repercutir en la salud mental de las personas afectadas, es recomendable disponer de diferentes tipos de apoyo psicosocial y derivación clínica.

*e) Contar con equipos de apoyo*

Estos equipos han de estar dirigidos y formados por compañeros del colectivo, con el apoyo si es preciso de profesionales de la salud mental.

Estos PGE son preventivos, no sólo del trastorno de estrés posttraumático (PTSD), sino también de toda la amplia gama de disfunciones per estrés o anímicas asociadas tanto a períodos prolongados de estrés como a incidentes críticos puntuales.

El psicólogo y psicoterapeuta belga Erik de Soir (1997) ya determinó las situaciones predictoras de trastornos posttraumáticos entre el personal de emergencias. No perdamos de vista que las situaciones que pueden provocar un PTSD són mucho más frecuentes, a cuyo contexto nos referimos, de lo que la gente se piensa. Ordenadas de más a menos grave:

- muerte de un compañero durante la intervención
- responsabilidad en un accidente durante la intervención
- muerte de un menor en el transcurso de la intervención
- muerte de un conocido durante la intervención
- lesiones graves de un compañero durante la intervención
- lesiones graves de un conocido en el transcurso de la intervención
- sufrir uno mismo lesiones graves
- muerte de la víctima durante el salvamento

Después de vivir situaciones de este tipo se impone una desactivación. Se recomienda incluirla en los protocolos internos a fin y efecto de sistematizarla (Mitchenbaum 1993).

#### 4.3 DETECCIÓN DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS

Ya instaurados o en fases premórbidas, para la detección hace falta el establecimiento de una red de colaboradores, a la cual me referiré más adelante.

Si el trastorno no forma parte de los objetivos asistenciales del programa, se puede derivar a diferentes tipos de asistencia:

- a la mutua, si se considera que puede ser enfermedad profesional
- en caso contrario, a la red pública de salud mental
- si así lo desea el afectado, a un profesional del ámbito privado de su elección

Antes de continuar hay que mencionar una característica de la psique humana: la *resiliencia*, o la capacidad que tenemos las personas de remontar ante las adversidades.

La resiliencia es la respuesta mayoritaria en cada una de las categorías de victimización mencionadas. Por ello, debemos tener en cuenta no sólo las debilidades y disfunciones, sino que sobretodo hemos de valorar y potenciar les «fortalezas humanas», es decir los recursos individuales —procesos cognitivos adaptativos y fortalecedores— y colectivos —especialmente las redes de apoyo social— a los cuales recurre la persona ante una catástrofe o una desgracia (Bonano *et al.* 2006).

Hay una rama de la psicología llamada psicología positiva (Vera 2008) que trabaja desde esta perspectiva (aquí, por razones de espacio, tan solo apunto) y que cuenta con investigadores de tanto prestigio como Seligman (2003).

De todo este dibujo queda pendiente completar los equipos que han de mantener en marcha el PGE, con presencia en las regiones de emergencias, con tal de acercar el servicio al personal. También la organización de una red de bomberos en los parques que tengan formación en:

- detección de los incidentes críticos y las situaciones de estrés, individual o del grupo;
- detección de los estados emocionales disfuncionales individuales;
- técnicas de desactivación, de tal manera que se normalice la técnica entre los bomberos y que la intervención psicológica profesional sólo se lleve a cabo en los casos más severos;
- mediadores en el seguimiento de los casos en curso, es decir los compañeros informan al profesional del estado y la adaptación del compañero afectado.

Este tipo de intervención de «apoyo entre iguales», debidamente supervisada por psicólogos especializados, se considera muy indicada cuando se trata de grupos cohesionados y muy especializados como es el caso, entre otros, de los equipos de bomberos (Everly 2002).

Hasta ahora he hecho una revisión —seguro que mucho más breve de lo necesario— de lo que los psicólogos de emergencias hemos hecho en las instituciones responsables de la gestión de la emergencia y los motivos para hacerlo así y no de otro modo.

Ahora quiero referirme a las nuevas formulaciones, o viejas pero no desarrolladas, que han de completar el despliegue de la psicología de las emergencias en

sus organizaciones gestoras, porque lo que queda pendiente es la aplicación del conocimiento psicológico general en las organizaciones de emergencia.

## 5. EL FUTURO

En el pasado (Lorente 2003 i 2004) se ha definido el objeto de estudio de la psicología de las emergencias como «el campo psicológico que abarca al conjunto de la emergencia» delimitado alrededor de unas circunstancias, un curso temporal y unos actores sujetos cada uno de ellos a unos roles muy determinados.

También se ha definido como finalidad de la psicología de las emergencias «la adaptación y la aplicación del conocimiento psicológico a la gestión de las situaciones y a la organización de los servicios de emergencias».

Viendo el panorama antes descrito, he de concluir que no se han abarcado, ni de lejos, las potencialidades de aplicación del conocimiento psicológico. Seguidamente apunto algunos campos de desarrollo en marcha, que a menudo no se tienen en cuenta.

- a) Queda pendiente la *utilización práctica del conocimiento psicológico* en el diseño de las propuestas organizativas.
- b) La *comunicación en crisis* es un campo del cual tendríamos que ser maestros, atendiendo a que somos nosotros los que nos movemos de forma permanente en entornos de crisis, y eso no es así.
- c) *El entrenamiento masivo de paraprofesionales*. Empieza a haber grupos de protección civil entrenados en técnicas de asistencia paraprofesional a víctimas. Estos grupos rehuyen las viejas duplicaciones de servicios —que tantos conflictos han generado en el pasado— y se dirigen a la parte más asistencial de la protección civil, desde la logística en grandes catástrofes hasta la asistencia a las víctimas alojadas en los polideportivos municipales.
- d) La aplicación experimental de los *bioindicadores* en la selección psicológica de las víctimas. Mediante estos bioindicadores (cortisol en saliva por el riesgo de PTSD) podemos saber a quien hay que dirigir la atención cuando se dispone de pocos medios de asistencia y, así, se optimizan los recursos. Este es un campo que todavía no está muy desarrollado pero que promete interesantes ampliaciones en el tópico que tratamos.
- e) Hay toda una cantidad ingente de conocimiento que necesitamos o necesitaremos y todavía no está disponible. Se precisa, por lo tanto, investigación en este campo.

Los bomberos trabajamos en entornos extremos donde las capacidades humanas e incluso los límites perceptivos pueden actuar de forma alterada.

Utilizamos equipos complejos en situaciones de un estrés situacional muy elevado. A menudo facilitarían la tarea unas simples manipulaciones en el aparato o adaptaciones en programa original. En los protocolos codificamos roles,

tareas, recursos... con nombres largos de difícil recuerdo y olvidamos que los procesos cognitivos del bombero han de estar ocupados trabajando en la solución del problema.

Es preciso, pues, centrar la investigación psicológica, no tanto en la psicopatología —que ya cuenta con excelentes equipos de investigadores en diferentes universidades— como en la aplicación del conocimiento psicológico en los procesos organizativos y operativos de nuestro servicio.

## BIBLIOGRAFÍA

- BONANNO, George A. [et al.] «Psychological Resilience After Disaster». *Psychological Science*. Vol. 17 (2006), núm. 3, p. 181-186.
- BROGGI, Moisès. *Memòries d'un cirurgià (1908-1945)*. Cap. 4, p. 181-248. Barcelona: Edicions 62, 2001.
- CAPLAN, Gerald. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books, 1964.
- SOIR, Erik de. «Prévention, prise en charge et suivi du stress traumatique chez les secouristes». *Urgence Pratique* (1997), núm. 25, p. 5-9.
- EVERLY, George S. «Thoughts on Peer (Paraprofessional) Support in the Provision of Mental Health Services». *International Journal of Emergency Mental Health*. Vol. 4 (2002), núm. 2, p. 89-90.
- GOIRICELAYA, Ernesto. «Apoyo psicológico a los heridos en accidentes de tráfico». *Emergencia 112* (1999), núm. 26, p. 11-14.
- LORENTE, Ferran. [et al.] «Riscos associats a la tasca de bomber». En: Mòdul IV del Manual d'Emergències i Suport Sanitari. Escola de Bombers i Seguretat Civil de Catalunya, 1999.
- LORENTE, Ferran; SUBIRÀ, A.; VACAS, M. «Projecte de Grup d'Emergències Psicològiques». Grup d'Estudi Psicosocial de l'Emergència, [no publicado] 1999.
- LORENTE, Ferran. «La psicologia de l'emergència i la seva praxi». En: D.A. *La praxi del psicòleg de la intervenció social*. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, 2002, p. 81-90.
- «Reflexiones sobre la psicología de las emergencias: El caso español». [en línea] *Cuadernos de Crisis*. Vol. 2 (2003), núm. 2, p. 31-35. [http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2003/cdc\\_003.pdf](http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2003/cdc_003.pdf) [Consulta: 1 octubre 2011]
- «El rol del psicólogo emergencista». En: *II Jornades de Psicologia Jurídica*. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, 2004.
- «Las tareas del psicólogo de urgencias». *Puesta al Día en Urgencias, Emergencias y Catástrofes*. Vol. 8 (2008), núm. 3, p. 132-135.
- MARMAR, Charles R. [et al.] «Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure». *American Journal of Psychiatry*, 153, p. 94-102, 1996.
- MEICHENBAUM, Donald. «Tratamientos de clientes con trastornos de estrés post-traumático: un enfoque cognitivo conductual». *Revista de Psicoterapia*. Vol. 5 (1994), núm. 17, p. 5-84.
- MITCHELL, Jeffrey T. «Essential Factors for Effective Psychological Response to Di-

- sasters and Other Crises». *International Journal of Emergency Mental Health*, 1 (1999), p. 51-58.
- *Group Crisis Support. Why it works, When and how to provide it*. Ellicot City, MD: Chevron Publishing, 2007.
- MIRA LÓPEZ, Emili. *La psiquiatría en guerra*. Buenos Aires: Editorial Médico-Quirúrgica, 1944.
- MURIEL, Clemente. «Estructura de un sistema integral de emergencias». En: MURIEL, Clemente (ed.). *Emergencias Médicas*. Cap. 1, p. 19-31. Madrid: ELA, 1992.
- ROTGER, David. «La preparación psicológica del bombero y otros miembros de grupos de rescate. Su aceptación al estrés y los primeros auxilios psicológicos a las víctimas». *Mapfre Seguridad*, núm. 74 (1999), segundo trimestre, p. 23-33. Versión en línea: <[http://www.mapfre.com/documentacion/publico/i18n/catalogo\\_imagenes/grupo.cmd?path=1020429](http://www.mapfre.com/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1020429)> [Consulta: 1 octubre 2011]
- SELIGMAN, Martin; PAWELSKI, James. «Positive Psychology: FAQs». *Psychological Inquiry*. Vol. 14 (2003), núm. 2, p. 159-163.
- SLAIKEU, Karl A. «Intervención en crisis». México D.F.: El Manual Moderno, 1996.
- VERA, Beatriz. *Psicología positiva. Una nueva forma de entender la psicología*. Madrid: Calamar Ediciones, 2008. 192 p.
- «Psicología positiva, una nueva forma de entender la psicología». *Papeles del Psicólogo. Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*. Vol. 27 (2006), núm. 1, p. 3-8. Versión en línea: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1120.pdf> [Consulta: 1 octubre 2011].