
ELS BOMBERS I L'ATENCIÓ A LES VÍCTIMES

FERRAN LORENTE I GIRONELLA¹

Sergent en cap del Parc de Bombers de Girona. Psicòleg consultor d'emergències

En l'assistència a les víctimes hi ha dos factors de gran importància: la proximitat espacial i temporal amb l'incident crític. Aquest ha estat un dels motius de més pes, junt a la universalitat, la sostenibilitat i l'autoprotecció, perquè l'assistència a les víctimes dels accidents sigui duta a terme pels propis bombers, policies i sanitaris, entesos tots ells com a paraprofessionals de la psicologia.

Però en un accident no només hi ha víctimes directes, ja que les amistats i els familiars o fins i tot els propis bombers poden resultar-ne victimitzats psicològicament. Per a familiars i acompanyants es suggereix, més enllà de la fase aguda de l'incident, l'assistència psicològica als centres sanitaris d'urgències. Per al personal d'emergències s'han posat en marxa els programes de gestió de l'estrès (PGE) duts a terme per equips de psicòlegs ajudats per una xarxa de col·laboradors.

Però tot això no esgota les possibilitats d'aplicació del coneixement psicològic al món de les emergències. Es suggereixen diverses vies d'avenç, sobretot l'aplicació organitzativa i operativa d'aquest coneixement.

Conceptes clau: programes de gestió de l'estrès, incidents crítics, intervenció en crisi.

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. INTRODUCCIÓ

Tot i que a Catalunya es percep encara l'assistència a les víctimes com una iniciativa bastant nova, això no és en absolut cert. Cal que ens remuntem als anys quaranta, a l'incendi del Boston's Coconut Grove Nighthclub (28 de novembre de

1. Contacte: 1felogi@gmail.com / capbombersgiro@gencat.cat.

1941) per trobar el primer referent documentat d'assistència psicològica a víctimes de sinistres des d'una perspectiva científica moderna.

Per descomptat que si ens capbussem a la recerca d'antecedents, de segur en trobaríem al món de les religions i les filosofies. A títol anecdòtic direm que els psicòlegs americans que atenien els soldats amb seqüeles psiquiàtriques de la guerra del Vietnam, es van sorprendre de l'eficàcia dels rituals tribals indis en el maneig de les respostes posttraumàtiques (PTSD) dels joves «guerrers» (Meichenbaum 1973); per tant, l'assistència posttraumàtica a les víctimes ve de lluny, tant com el neolític.

A Catalunya el nostre referent històric més preuat va ser l'eminent doctor psiquiatre Emili Mira i Lòpez. Aquest, com a cap dels serveis psiquiàtrics de l'exèrcit republicà, va introduir en l'atenció als soldats mentalment afectats pel combat dos dels elements que ara es consideren primordials de la intervenció en crisi:

- a) la *immediatesa temporal*: els soldats rebien atenció de salut mental tan bon punt els seus responsables, generalment els comissaris polítics, detectaven conductes o reaccions no habituals;
- b) la *proximitat espacial*: els soldats eren evacuats, però se'ls ingressava en hospitals molt propers al front. Per tal de no allunyar-los dels companys, en definitiva la seva xarxa de suport social, també però per desdir els simuladors.

Això mateix afirma l'anomenada llei de Hansel, per la qual com més proximitat temporal i espacial hi ha entre l'incident crític i la intervenció, més gran és l'eficàcia d'aquesta (McGee 1976, esmentat per Slaikou 1996). En aquest sentit ara emfasitzem que la intervenció en crisi més eficaç és la que es fa «sobre el terreny».

Aquesta intervenció de proximitat era coincident amb l'organització de l'assistència sanitària als ferits en combat, també innovadora, tal com la descriu a les seves memòries el doctor Moisès Broggi (2001) un dels pioners de la medicina d'urgències i prehospitalària al nostre país.

El doctor Emili Mira recull les seves experiències en el llibre *Psiquiatria en guerra* (1944). Aquest va ser un dels manuals de referència dels psiquiatres militars aliats a la Segona Guerra Mundial. No oblidem que és en els contextos bèl·lics on més casos de PTSD es donen i on primer van ser estudiats.

Aquestes experiències van quasi desaparèixer de la memòria col·lectiva professional durant els anys del franquisme. Això no és gens estrany, atès que la mateixa psicologia va ser «esborrada» de les universitats fins als anys cinquanta.

Però va ser Caplan (1964)² qui va teoritzar sobre les crisis i la possibilitat d'una intervenció preventiva, sovint portada a terme pels professionals més propers o en interacció freqüent amb les víctimes, com ara mestres, infermeres, clergat... és a dir paraprofessionals de la psicologia.

Caplan distingeix tres tipus de prevenció davant dels incidents crítics:

2. Psiquiatre, psicoanalista i professor a Harvard, dedicat principalment al trastorn emocional i el desequilibri, va desenvolupar els principals treballs sobre la intervenció en crisis i va establir els principis de la psiquiatria preventiva.

- a) *primària*, la més eficaç, destinada a reduir la incidència dels trastorns, és a dir els efectes de l'incident; seria per tant una prevenció sobre el terreny amb l'objectiu d'evitar que la crisi es produeixi;
- b) *secundària*, que busca reduir els efectes negatius del succés ocorregut;
- c) *terciària*, passat el temps i destinada a reparar el dany produït.

Així tenim diferents formes d'intervenció, amb graus d'eficàcia, actors i metodologies diferents.

D'altra banda, hi ha diversos models d'intervenció que responen a la diferent organització social de les assistències. N'esmentaré dos a tall d'exemple:

- a) a França existeixen les *cèl·lules d'urgència medicopsicològica*, formades per psiquiatres, psicòlegs i infermers, organitzativament dependents dels bombers, que fins i tot tenen la seva base legal en una circular de la República,³ es mobilitzen a petició del Servei Departamental d'Incendis i de Rescat,⁴ i acostumen a intervenir en sinistres d'una certa entitat;
- b) als Estats Units hi ha grups que depenen d'organitzacions filantròpiques i religioses que atenen crisis circumstancials, com ara víctimes d'atracaments o de violacions. Davant de les grans catàstrofes participen els Equips de Resposta Comunitària,⁵ coordinats per la Creu Roja. Tot gestionat organitzativament per l'Agència Federal de Gestió d'Emergències.⁶ La metodologia de treball és la pròpia del CISM (Critical Incident Stress Management),⁷ molt estesa sobretot al món anglosaxó i que s'empra també en l'assistència als equips de primera resposta, com ara bombers, policies o personal sanitari.

A l'Estat espanyol hi ha moltes i diverses iniciatives impulsades a les diferents comunitats pels corresponents col·legis professionals de psicòlegs.

A Catalunya, ja fa dotze anys (Lorente, Subirà i Vacas, 1999) es van començar a fer propostes d'intervenció amb uns objectius definits.

- a) Davant de grans catàstrofes:
 - l'atenció al personal d'intervenció;
 - l'atenció a víctimes i persones evacuades, així com a familiars, amics i desplaçats a la zona;
 - la coordinació dels voluntaris col·legials;
 - l'assessorament i el suport a la xarxa socio sanitària del territori afectat.

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

4. La seva denominació original en francès és Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS).

5. Els anomenats CRT, de la seva denominació en anglès Community Response Teams.

6. La seva denominació original en anglès és Federal Emergency Management Agency (FEMA).

7. El CISM, desenvolupat per la International Critical Incident Stress Foundation (ICISF), amb seu als Estats Units, és un protocol d'intervenció específicament per fer front a esdeveniments traumàtics i donar resposta en situacions de crisi. Per a més informació, <<http://www.icisf.org>> [Consulta: 1 octubre 2011].

- b) En un altre ordre més quotidià de coses el projecte es referia a:
- la selecció i la formació del personal d'intervenció;
 - el suport als operadors en el tracte telefònic amb els familiars;
 - l'assessorament a les institucions pel que fa a la comunicació en crisi (amb la població).

Així, els objectius assistencials que es plantejà el Grup d'Emergències Psicològiques es concretava en tres nivells temporals:

a) *Abans*

La prevenció, materialitzada en la formació i la sensibilització del personal d'intervenció, per tal de dotar-lo de recursos.

Això es va dur a terme a Bombers mitjançant el Curs d'emergències sanitàries (EMERSSA) que va aprofundir en la sanitarització del servei. Després aquesta formació va passar a impartir-se en el curs bàsic.

b) *Durant*

Intervenció in situ: PMA, centres d'evacuació, hospitals, etc.

c) *Després*

Assistència al personal d'intervenció en quatre nivells:

- telefònic, com a primer contacte i per a consultes puntuals;
- grupal, amb sessions de «desactivació»;⁸
- individual, en els casos que fos necessari;
- seguiment i/o derivació.

Aquestes eren les propostes, algunes de les quals —tenint en compte el coneixement actual— poden semblar ingènues per massa ambicioses. Però al cap de dos anys, ja en el nou segle, en vista de la breu però rica experiència del Grup d'Emergències Psicològiques, es van prendre un seguit de decisions sobre el tema, que el temps ha demostrat, en termes generals, com a encertades.

A continuació descriuré com s'han anat concretant a partir d'aquell moment les decisions preses.

2. VÍCTIMES DE PRIMER NIVELL

Amb aquesta denominació, ens referim a la persona que ha rebut el dany directe en un accident de trànsit, és a dir l'accidentat.

Per començar direm que, arran d'aquelles decisions, l'assistència in situ la duen a terme els professionals de les emergències, bombers, policies i sanitaris, que en aquests casos actuen com a paraprofessionals de la psicologia.

8. En el projecte inicial es parla de «destraumatització», concepte que es va abandonar en benefici de «desactivació», més ajustat als efectes reals de la tècnica.

Aquesta decisió es fonamenta en:

- la immediatesa temporal i espacial que aquest tipus d'intervenció permet i que maximitza la seva eficàcia;
- la universalitat, ja que abasta la totalitat de les víctimes conscients ateses, no cal un triatge previ;
- l'autoprotecció de l'intervinent, que assoleix una seguretat i un grau de control de la situació que d'una altra manera no tindria;
- la sostenibilitat de la mesura, ja que l'única despesa consisteix en la formació dels intervinents.

Un accident de trànsit és un dels casos paradigmàtics perquè:

- tant els mossos de trànsit com els bombers han rebut l'aprenentatge pertinent en el seu curs de formació bàsica;
- el personal sanitari també rep una formació equivalent, ja que tots els màsters de medicina o infermeria d'emergències que actualment es cursen a Catalunya inclouen l'assistència psicològica a les víctimes amb un mínim de dotze hores lectives.

L'objectiu genèric d'aquest tipus d'intervenció és el d'establir un «llaç d'humanitat» (Staikeu 1996), és a dir humanitzar una situació deshumanitzada.

Així l'intervinent —que esdevé paraprofessional de la psicologia—, sigui quin sigui el seu rol inicial (sanitari, d'ordre, de salvament...), de forma paral·lela, és a dir mentre treballa, ha de transmetre a la víctima una «percepció d'assistència», concepte d'una gran importància en la gestió i la integració posterior de l'incident crític.

Dit d'una altra manera, la víctima ha de veure que «els seus», és a dir la societat que l'envolta, volen ajudar-la. Aquesta societat ha delegat en els professionals especialistes de la seguretat aquesta tasca, per tant som els seus representants.

Si la víctima percep de forma positiva aquesta assistència, no caurà en distorsions cognitives potencials, com ara sentir-se abandonada per la seva gent, i no perdrà les nocions de seguretat, previsibilitat i d'immunitat pròpies del nostre pensament i molt interioritzades, ni tampoc la percepció de control del seu entorn. Tot plegat tan important per a l'afrontament serè de la vida quotidiana.

Aquesta assistència no només posa la víctima en millors condicions per integrar l'incident al seu continuïtat vital sinó que també fa que respongui de forma cooperativa als requeriments dels intervinents, cosa que per tant els facilitarà la seva tasca.

D'altra banda, el mateix intervinent augmenta de manera important la seva percepció d'autoeficàcia, atès que «sap què ha de fer», «sap què ha de dir», això li dóna la seguretat necessària per a una intervenció serena.

Es pot afirmar que aquesta franja de víctimes directes o de primera categoria, durant la fase temporal aguda —la que va des de l'accident fins a l'ingrés a les urgències hospitalàries— és atesa de forma correcta i satisfactòria. Això referit sempre en termes generals, ja que l'assistència sempre pot ser millorada i sempre poden aparèixer casos aïllats disfuncionals.

Superada aquesta fase ja no és competència dels serveis d'emergència tenir cura d'aquella víctima, però també és quan no hi ha previst cap tipus d'assistència psicològica, més enllà del tracte mèdic o l'assistència clínica corresponent.

Tot i que es tracta d'un entorn aliè, vull destacar la necessitat d'una assistència des de la perspectiva de la intervenció en crisi a les urgències hospitalàries (UCIES, en el llenguatge sanitari). Entre diversos objectius, en destacaria tres com a més importants (Lorente 2008):

- l'assistència psicològica primerenca i preventiva a l'accidentat,
- l'assistència al familiar o acompanyant, tant per a gestionar el seu estrès circumstancial com per a inhibir l'agressivitat;
- establiment de programes de gestió de l'estrès (PGE) adreçats als professionals i personal.

3. VÍCTIMES INDIRECTES O DE SEGON NIVELL

Amb aquesta denominació, ens referim als familiars i amics de la víctima de primer grau. És a dir totes les persones per a les quals la víctima és important i que poden sentir-se emocionalment afectades veient-la en una situació dramàtica.

La previsió de la seva assistència passa pels equips de primera intervenció, si els familiars es fan presents al lloc de l'incident —situació no gaire freqüent. És a dir el mateix tipus d'assistència paraprofessional que rep la víctima directa. En realitat estem parlant d'un tipus d'interacció que ja és assistencial i contenidora en si mateixa.

Més enllà de l'assistència esmentada en el lloc de l'incident, les dimensions de l'incident, definides per paràmetres quantitius i qualitius, com ara el nombre d'afectats o la truculència de la situació, poden aconsellar la intervenció de psicòlegs.

Aquesta categorització és enganyosa, ja que sovint es parla de gran catàstrofe quan el nombre d'èxits no és ni de bon tros superior al que pot haver-hi a les carreteres catalanes en un cap de setmana.

En un ecosistema social, on la informació es confon amb l'espectacle, qui determina si un incident crític arriba a la categoria de catàstrofe són els mitjans de comunicació.

En realitat a Catalunya les anomenades catàstrofes dels darrers anys no passarien de ser emergències desbordades durant un breu lapse de temps, controlades pel sistema d'emergències en qüestió d'hores o dies i malgrat que les seves repercussions poden perllongar-se en el temps, no ja com a catàstrofe però sí com a conflicte veïnal o social. Un exemple d'això seria el cas de l'esfondrament d'un edifici per diverses causes (gas, túnels...).

Si bé en l'àmbit mèdic la definició social de la catàstrofe no té gaires conseqüències, ja que el nombre de persones ferides serà el mateix sigui quina sigui la definició que se'n faci, no passa el mateix des d'un punt de vista psicològic, ja que si la situació es qualifica com a catàstrofe, en el cas psicològic aquesta ho serà en totes les seves conseqüències.

Els sobrevivents i els seus familiars són atesos pel voluntariat col·legial, gestionat organitzativament pel Servei d'Emergències Mèdiques (SEM), o amb aquesta tasca delegada en altres institucions (com per exemple les diputacions). Aquest tipus d'assistència i intervenció no per ser voluntària és gratuïta sinó que és remunerada a compte de la institució que l'activa. I només és sostenible per la baixa freqüència de mobilització.

Aquest segon nivell és, doncs, el de cobertura més feble i el de solució més complexa, ja que potencialment abasta grups importants de població. La freqüència relativament baixa de les intervencions i la seva dispersió pel territori fa difícil el manteniment d'estructures professionals estables.

El plantejament inicial, durant el desenvolupament de l'anomenat programa 112, posava la coordinació d'aquestes intervencions en situacions catastròfiques en mans del grup de psicòlegs de bombers.

De fet les grans intervencions d'assistència a víctimes de l'època,⁹ que a casa nostra van donar carta de naturalesa a la psicologia en el món de les emergències, van ser dirigides per psicòlegs del Departament d'Interior i coordinades des del 112.

Canvis de gestors van fer que s'avalués des d'altres punts de vista, fins arribar a l'estat actual, en què aquest nivell de la intervenció es troba competencialment en mans del SEM.

4. VÍCTIMES DE TERCER NIVELL. ELS GRUPS INTERVINENTS

Amb el nom de grups d'intervinents o d'actuantens referim principalment a bombers, policies i personal sanitari, però podríem parlar també, en menor mesura, d'assistents socials, mestres, sacerdots o ministres de qualsevol culte, advocats, etc. És a dir totes les persones que tenen un paper professional que els fa tractar necessàriament amb la víctima.

Aquí, però, circumscriuré l'anàlisi només al personal d'emergències: bombers, policies i personal sanitari, atès que és l'àmbit que ens és propi i més proper a l'emergència.

Sabem que no són immunes i poden resultar victimitzats a causa de les situacions que presencien, l'estret contacte que estableixen amb les víctimes i l'acumulació qualitativa i quantitativa d'incidents crítics.

La previsió de la seva assistència va ser en el seu moment molt elaborada i respon a l'esquema següent:

- prevenció de l'estrès situacional
- prevenció davant d'incidents crítics

9. És el cas del greu accident de trànsit, a Sòria el juliol de 2000, d'un camió que va xocar contra un autocar en què viatjaven joves estudiants i monitors de Viladecans i Ripollet, i que va causar vint-i-vuit morts i diversos ferits. Un altre cas és el de l'allau al pic del Balandrau, el desembre de 2000, que va arrossegar dues persones, una de les quals va morir.

- detecció i atenció de trastorns psicològics o psiquiàtrics ja instaurats o en fases premòrbides

4.1 LA PREVENCIÓ DE L'ESTRÈS SITUACIONAL

A l'Institut de Seguretat Pública de Catalunya es va establir —i es manté— una formació en intervenció en crisi i gestió del propi estrès, dins dels continguts del Curs de formació bàsica per a bombers i dins del Curs de trànsit adreçat a mossos d'esquadra.

Aquesta formació compleix simultàniament dos objectius.

D'una banda permet treballar al professional amb millors condicions, ja que sap què ha de fer o dir en la seva interacció amb la víctima; això influeix en els seus nivells d'estrès, que el fan més tolerable i l'alliberen d'una gran part de l'ansietat inherent a la intervenció.

En la seva interacció amb la víctima estableix el «lligam d'humanitat» desitjable en tota intervenció i li transmet la «percepció d'assistència». En definitiva, aquesta és la formació que faculta el professional per a l'assistència a víctimes directes o de primer nivell, que he descrit més amunt.

D'altra banda aquesta formació li aporta coneixement per a la detecció de situacions estressants, les reaccions més freqüents i el seu maneig a partir de tècniques simples. I també li proporciona els recursos d'ajuda disponibles.

Però, en el cas concret de bombers, caldria un repàs periòdic del que s'ha après en el Curs de formació bàsica. En primer lloc perquè aquesta formació no s'ha pogut relacionar, en el seu moment, amb experiències prèvies, i això seria desitjable per a un millor aprenentatge. En segon lloc, els bombers veterans que van rebre la seva formació al curs EMERSSA no han tingut ocasió de repassar aquests coneixements des d'aleshores. Especialment pel que fa a:

- interacció amb víctimes;
- comunicació de males notícies;
- l'afrontament d'estats psicològics i trastorns psiquiàtrics;
- l'afrontament de situacions específiques (agressivitat, autòlisi...);
- la gestió del propi estrès.

El mateix es pot dir de la formació relacionada amb la identificació i la gestió del propi estrès, dels incidents crítics i dels esdeveniments «traumàtics».

Aquesta recomanació no es pot obviar, sobretot si tenim en compte que les millors prediccions per patir un distrès alt són, d'una banda, els «alts nivells d'exposició i d'amenaça» i, de l'altra, «el baix nivell de formació» dels professionals (Mar-mar *et al.* 1996).

4.2 PREVENCIÓ DAVANT D'INCIDENTS CRÍTICS

Al seu dia, es van impulsar a la Policia de la Generalitat-Mossos d'Esquadra i al Cos de Bombers dues unitats responsables dels programes de gestió de l'estrès

(PGE), destinats cadascun a tot el personal del cos corresponent. Aquests programes constitueixen un conjunt integrat d'intervencions desactivadores i preventives de gran eficàcia i uns seguiments sistemàtics dels afectats per incidents crítics.

La Llei de prevenció de riscos laborals¹⁰ posa en primer terme els riscos de tipus psicosocial i la seva prevenció. I els PGE, amb totes les seves mancances, no deixen de ser una forma avançada i eficaç d'aplicació de l'esmentada Llei.

No oblidem tampoc que aquest tipus de cura corporativa reflecteix també l'interès de l'organització pel benestar dels seus membres i un reflex social de qualitat de vida (Lorente 2003).

És important destacar que els PGE no competeixen de cap manera amb els serveis de salut mental existents, ans al contrari els complementen en àrees que aquests no poden abastar, ja que la seva tasca no és psicoterapèutica sinó de suport.

Autors com Mitchell (2007) insisteixen en la importància que l'Administració accepti els programes de suport al personal com a entitats separades però integrades en l'estructura de l'organització; això no ha de ser impediment perquè mantinguin la deguda coordinació i sinergia amb les àrees properes, sanitàries, de recursos humans. Aquest autor proposa programes:

a) Integrats

Els PGE són paquets integrats i sistemàtics, és a dir estan interrelacionats uns amb els altres, així la seva eficàcia és superior que si tenen altres enfocaments deslligats.

b) Sistemàtics

Aquests «paquets integrats» segueixen un procés lògic i progressiu, és a dir comencen amb una implicació i participació mínima del personal, com ara fer descansos sistemàtics i tenir la conversa individual sobre el terreny amb el psicòleg o el company especialment entrenat, i segueixen amb una progressiva complexitat del mètode, com ara les desactivacions col·lectives i totes les tasques de suport a l'abast després d'un incident crític.

c) Multitàctics

No hi ha un únic procés inamovible d'assistència al personal sinó que, en funció de les diferències i necessitats interindividuais, s'apliquen les tècniques necessàries d'entre tot un ampli ventall a l'abast.

d) Vinculats a una àmplia gamma de recursos

Tenint en compte les greus característiques que poden presentar els incidents i les conseqüències severes que poden repercutir en la salut mental de les persones afectades, és recomanable disposar de diferents tipus de suport psicosocial i derivació clínica.

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

e) *Comptar amb equips de suport*

Aquests equips han d'estar dirigits i formats per companys del col·lectiu, amb el suport si cal de professionals de la salut mental.

Aquests PGE són preventius, no només del trastorn d'estrès posttraumàtic (PTSD), sinó també de tota l'àmplia gamma de disfuncions per estrès o anímiques associades tant a períodes perllongats d'estrès com a incidents crítics puntuals.

El psicòleg i psicoterapeuta belga Erik de Soir (1997) ja va determinar les situacions predictores de trastorns posttraumàtics entre el personal d'emergències. No perdem de vista que les situacions que poden provocar un PTSD són molt més freqüents, en el context al qual ens referim, del que la gent es pensa. Ordenades de més a menys greu:

- mort d'un company durant la intervenció
- responsabilitat en un accident durant la intervenció
- mort d'un menor en el decurs de la intervenció
- mort d'un conegut durant la intervenció
- lesions greus d'un company durant la intervenció
- lesions greus d'un conegut en el decurs de la intervenció
- patir un mateix lesions greus
- mort de la víctima durant el salvament

Després de viure situacions d'aquest tipus s'imposa una desactivació. Es recomana incloure-la en els protocols interns a fi i efecte de sistematitzar-la (Mitchenbaum 1993).

4.3 DETECCIÓ DE TRASTORNS PSICOLÒGICS O PSIQUIÀTRICS

Ja instaurats o en fases premòrbides, per a la detecció cal l'establiment d'una xarxa de col·laboradors, a la qual em referiré més endavant.

Si el trastorn no forma part dels objectius assistencials del programa, es pot derivar a diferents tipus d'assistència:

- a la mútua, si es considera que pot ser malaltia professional
- en cas contrari, a la xarxa pública de salut mental
- si així ho desitja l'afectat, a un professional de l'àmbit privat de la seva elecció

Abans de continuar cal fer esment d'una característica de la psique humana: la *resiliència*, o la capacitat que tenim les persones de remuntar davant de les adversitats.

La resiliència és la resposta majoritària en cadascuna de les categories de victimització esmentades. Això ha de fer-nos tenir en compte no només les febleses i disfuncions, sinó que sobretot hem de valorar i potenciar les «fortaleses humanes», és a dir els recursos individuals —processos cognitius adaptatius i enfortidors— i col·lectius —especialment les xarxes de suport social— als quals recorre la persona davant d'una catàstrofe o una desgràcia (Bonano *et al.* 2006).

Hi ha una branca de la psicologia anomenada psicologia positiva (Vera 2008) que treballa des d'aquesta perspectiva (aquí, per raons d'espai, tan sols apunto) i que compta amb investigadors de tan prestigi com Seligman (2003).

De tot aquest dibuix resta pendent completar els equips que han de mantenir en marxa el PGE, amb presència a les regions d'emergències, per tal d'apropar el servei al personal. També l'organització d'una xarxa de bombers als parcs que tinguin formació en:

- detecció dels incidents crítics i les situacions d'estrès, individual o del grup;
- detecció dels estats emocionals disfuncionals individuals;
- tècniques de desactivació, de tal manera que es normalitzi la tècnica entre els bombers i que la intervenció psicològica professional només es dugui a terme en els casos més severos;
- mediadors en el seguiment dels casos en curs, és a dir els companys informen el professional de l'estat i l'adaptació del company afectat.

Aquest tipus d'intervenció de «suport entre iguals», degudament supervisada per psicòlegs especialitzats, es considera molt indicada quan es tracta de grups cohesionats i molt especialitzats com és el cas, entre altres, dels equips de bombers (Everly 2002).

Fins ara he fet una revisió —de segur molt més breu del que caldria— del que els psicòlegs d'emergències hem fet a les institucions responsables de la gestió de l'emergència i els motius per fer-ho així i no d'una altra manera.

Ara vull referir-me a les noves formulacions, o velles però no desenvolupades, que han de completar el desplegament de la psicologia de les emergències a les seves organitzacions gestores, perquè el que resta pendent és l'aplicació del coneixement psicològic general a les organitzacions de l'emergència.

5. EL FUTUR

En el passat (Lorente 2003 i 2004) s'ha definit l'objecte d'estudi de la psicologia de les emergències com «el camp psicològic que abasta al conjunt de l'emergència» delimitat entorn d'unes circumstàncies, un curs temporal i uns actors subjectes cadascun d'ells a uns rols molt determinats.

També s'ha definit com a finalitat de la psicologia de les emergències «l'adaptació i l'aplicació del coneixement psicològic a la gestió de les situacions i a l'organització dels serveis d'emergències».

Veient el panorama abans descrit, he de concloure que no s'han abastat, ni de bon tros, les potencialitats d'aplicació del coneixement psicològic. Tot seguit apunto uns quants camps de desenvolupament en marxa, que sovint no es tenen en compte.

- a) Resta pendent la *utilització pràctica del coneixement psicològic* en el disseny de les propostes organitzatives.

- b) La *comunicació en crisi* és un camp del qual hauríem de ser mestres, atès que som nosaltres els que ens movem de forma permanent en entorns de crisi, i això no és així.
- c) *L'entrenament massiu de paraprofessionals*. Comença a haver-hi grups de protecció civil entrenats en tècniques d'assistència paraprofessional a víctimes. Aquests grups defugen les velles duplicacions de serveis —que tants conflictes han generat en el passat— i s'adrecen a la part més assistencial de la protecció civil, des de la logística en grans catàstrofes fins a l'assistència a les víctimes allotjades als poliesportius municipals.
- d) L'aplicació experimental dels *bioindicadors* en el triatge psicològic de les víctimes. Mitjançant aquests bioindicadors (cortisol en saliva pel risc de PTSD) podem saber a qui cal adreçar l'atenció quan es disposa de pocs mitjans d'assistència i, així, s'optimitzen els recursos. Aquest és un camp que encara no està gaire desenvolupat però que promet interessants ampliacions en el tòpic que tractem.
- e) Hi ha tot un seguit de coneixement que necessitem o necessitarem i encara no està disponible. Cal, per tant, investigació en aquest camp.

Els bombers treballem en entorns extrems on les capacitats humanes i fins i tot els llindars perceptius poden actuar de forma alterada.

Utilitzem equips complexos en situacions d'un estrès situacional molt elevat. Sovint facilitarien la tasca unes simples manipulacions a l'aparell o adaptacions en programa original. En els protocols codifiquem rols, tasques, recursos... amb noms llargs de difícil record i oblidem que els processos cognitius del bomber han d'estar ocupats treballant en la solució del problema.

Cal, doncs, centrar la recerca psicològica, no tant en la psicopatologia —que ja compta amb excel·lents equips d'investigadors a diferents universitats— com en l'aplicació del coneixement psicològic als processos organitzatius i operatius del nostre servei.

BIBLIOGRAFIA

- 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». A: 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 publicat] 1999.
- LORENTE, Ferran. «La psicologia de l'emergència i la seva praxi». A: 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 línia] *Cuadernos de Crisis*. Vol. 2 (2003), núm. 2, p. 31-35. <http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2003/cdc_003.pdf> [Consulta: 1 octubre 2011]
- «El rol del psicólogo emergencista». A: *II Jornades de Psicologia Jurídica*. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, 2004.
- «Las tareas del psicólogo de urgencias». *Puesta al Dia en Urgencias, Emergencias y Catàstrofes*. 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 Disasters 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*. Ellicott 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». A: 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), segon trimestre, p. 23-33. Versió en línia: <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. Versió en línia: <<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1120.pdf>> [Consulta: 1 octubre 2011].

DUES APORTACIONS SOBRE LES VÍCTIMES D'ACCIDENTS DE TRÀNSIT

EL SERVEI D'INFORMACIÓ I ATENCIÓ A LA VÍCTIMA D'ACCIDENT DE TRÀNSIT

JOAN AREGIO I NAVARRO

Director del Servei Català de Trànsit

Dins de les accions que ha decidit desenvolupar el Govern de la Generalitat per a aquesta legislatura, té una rellevància especial la creació del Servei d'Informació i Atenció a la Víctima d'Accident de Trànsit (SIAVT), adscrit al Servei Català de Trànsit i que ha entrat en funcionament la darrera setmana de març de 2012.

No tinc cap mena de dubte que ajudar les víctimes directes i indirectes dels accidents de trànsit és una bona mesura per donar resposta a les angoixes, als dubtes, als atabalaments que pateixen les persones que dissortadament han patit un accident de circulació.

De fet, era una demanda que, des de fa molt de temps, reclamaven els interlocutors de les víctimes viàries i les associacions de víctimes d'accidents de trànsit.

Per això el SIAVT té els objectius següents:

- a) millorar la qualitat de vida de les persones afectades i dels familiars;
- b) reforçar, al Servei Català de Trànsit i a la resta d'administracions, el reconeixement social de les víctimes;
- c) atendre les víctimes i apropar la Generalitat a la ciutadania;
- d) *crear, per tant, un servei de referència, amb informació objectiva que orienti, ajudi i expliqui els drets de les víctimes i els recursos de què disposen les víctimes i les persones afectades.*

Això és francament important, sobretot perquè si bé tothom reconeix aquesta necessitat —les víctimes, el teixit associatiu, els bombers, les policies, el Servei d'Emergències Mèdiques (SEM), etc.— no és menys cert que, un cop més, *Catalunya és pionera a tot l'Estat a organitzar un Servei d'aquestes característiques.*

En definitiva, es crearà un servei d'informació, orientació i ajuda especialitzades, amb la pretensió de donar resposta a les víctimes d'accidents de trànsit.

Però tot això no ho farem sols: cercarem i voldrem la participació de les *associacions de víctimes d'accidents de trànsit catalanes*, anirem de bracet amb ells.

A més ho farem amb la col·laboració inestimable de la *Polícia de Catalunya*, que ja està assistint les víctimes i les persones afectades d'una manera no solament professional i efectiva sinó anant més enllà de les seves responsabilitats i funcions policials.

Cercarem la complicitat dels *ajuntaments* i de les seves *policies locals* perquè ens ajudin a que esdevingui una realitat l'atenció a les víctimes. Però també del sistema sanitari, dels col·legis professionals, de les empreses d'automoció, de les asseguradores, de les mútues i dels clubs de conductors... En definitiva, serà un servei integrador i no exclouent, en la mesura que hi seran totes les entitats que co-neguin directament o indirectament el món de la seguretat viària.

El SIAVT editarà un *Manual* d'actuació que es distribuirà arreu del territori, és a dir, ajuntaments, policies, centres mèdics, asseguradores, mútues, fundacions, etc.

Elaborarà també un *inventari de recursos* per posar-lo a l'abast de les víctimes i persones afectades.

El SIAVT disposarà d'un web orientador i facilitador,¹ des del qual l'equip de professionals donarà atenció i respostes a qualsevol de les preguntes que puguin plantejar les persones afectades i les víctimes. Disposarà així mateix d'*atenció telefònica* amb un número universal per a les víctimes i afectats.

I, a l'últim, *atendrà personalment* les víctimes o afectats que necessitin algú que els escolti, els aconselli o els orienti.

Amb aquesta iniciativa, el Servei Català de Trànsit i el Departament d'Interior de la Generalitat de Catalunya volen tancar el cercle de la seguretat, incorporant-hi el concepte de la restauració o la restitució de la víctima, que en aquest cas es fa realitat mitjançant l'acompanyament del SIAVT després de l'accident.

1. <http://victimestransit.gencat.cat>.