

Nº 2 Vol. 2

Año 2003

# CUADERNOS DE CRISIS

**Revista semestral  
de la psicología de las emergencias y de la  
intervención en crisis**

**Jordi Vilamitjana**

Un ejemplo de narrativa catastrofista: La crisis del Prestige

**Núria Iglesias**

La información de las emergencias

**Pere Rimbau**

Revisión de los fármacos psicoactivos usados en catástrofes

**Natxu Brunet, Maria Cervera, Gemma Copons**

EMDR: instrumento terapéutico o nueva religión?

**Ferran Lorente**

Reflexiones sobre la intervención psicológica en emergencias: El caso  
español

## PRESENTACIÓN

La revista electrónica Cuadernos de Crisis, pretende servir de punto de encuentro empírico y teórico, a todos aquellos profesionales que trabajan o se interesan en la aplicación del conocimiento general psicológico a la práctica cotidiana de los servicios de emergencia y a las emergencias en general.

Eje central de esta práctica es la intervención desde la psicología en incidentes y situaciones de tipo crítico o en sus posibles consecuencias: el estrés postraumático.

Estas páginas acogerán también trabajos que por sus características tengan elementos comunes o fronterizos con la teoría y la práctica de las áreas anteriormente citadas.

Aunque su marco geográfico tiene como único límite el que se deriva de la accesibilidad a la red, el marco cultural de referencia en el que se inscribe es el de la comunidad de países de habla hispana.

**Si desean estar puntualmente informados de la publicación de nuevos números así como de otras actividades, la suscripción es gratuita, no tienen mas que rellenar el formulario disponible en [www.cuadernosdecrisis.com](http://www.cuadernosdecrisis.com)**

### Cubierta

Varios cestos reposan sobre las rocas manchadas de chapapote en una playa gallega.

### FOTO DE PERE PLANES

### Dirección

#### **Ferran Lorente i Gironella.**

[felogi@cuadernosdecrisis.com](mailto:felogi@cuadernosdecrisis.com)

Psicólogo emergencista. Miembro de la "Unitat de Psicòlegs de Bombers". Direcció General d'Emergències i Seguretat Civil de la Generalitat de Catalunya. Bomberos. Girona

#### **Ignasi Brunet i Bragulat.**

[natxu@cuadernosdecrisis.com](mailto:natxu@cuadernosdecrisis.com)

Psicólogo emergencista. Jefe de la "Unitat d'Assistència i Intervenció en Crisi". Direcció General de Seguretat Ciutadana, Policia de la Generalitat-Mossos d'Esquadra". Barcelona

### Consejo de redacción

#### **Dr. Luis de Nicolás y Martínez.**

Doctor en Psicología. Catedrático de la Universidad de Deusto. Bilbao.

#### **Jordi Vilamitjana i Pujol**

Filólogo, periodista y escritor especializado en emergencias. Diari de Girona. Girona

#### **Agusti Ruiz i Caballero**

Médico, director del 112 en Cataluña Barcelona

#### **Josep Garre i Olmo**

Psicólogo y epidemiólogo. Hospital de Sta. Caterina. Girona

### Contacto

#### **Consejo de redacción:**

[redaccion@cuadernosdecrisis.com](mailto:redaccion@cuadernosdecrisis.com)

#### **Dirección:**

[direccion@cuadernosdecrisis.com](mailto:direccion@cuadernosdecrisis.com)

#### **Diseño y maquetación:**

[webmaster@cuadernosdecrisis.com](mailto:webmaster@cuadernosdecrisis.com)

**El Consejo de Redacción y el Editor no se responsabilizan del contenido de los artículos, la responsabilidad de los cuales recae únicamente en sus autores.**

Han transcurrido ya seis meses desde el último número de Cuadernos de Crisis. En este lapso de tiempo se ha producido una guerra y transformaciones en el orden mundial que pueden augurar un severo cambio en las “reglas del juego”.

Uno tiene la sensación de encontrarse en un momento histórico trascendental sin acertar en como etiquetarlo. Los emergencistas sabemos que en el plano individual la resolución positiva de una crisis redundará en un mayor crecimiento personal. Esperemos que lo mismo ocurra en el plano social.

En otro orden de mucha menor importancia no sólo el mundo ha pasado apuros, también las comunicaciones con los lectores de nuestra revista se han visto interrumpidas durante varios meses, tal como se detalla en una nota inicial de nuestra web. No abundaremos más en su contenido; sólo pedir disculpas a todos los que han visto de un modo u otro afectados, e insistir en que las altas y las colaboraciones deberán ser enviadas de nuevo.

El presente número recoge por una parte un lúcido análisis de nuestro colaborador y amigo J. Vilamitjana sobre el tratamiento semántico dado por la prensa a las situaciones catastróficas, empleando para ello un tema tan polémico como el del hundimiento del “Prestige”. Sabemos que el lenguaje no es neutro, por ello es de vital importancia conocer cómo se utiliza éste en el marco de la emergencia. O dicho de otro modo, los psicólogos emergencistas necesitamos saber “qué es lo que se dice , cuando se dice de determinado modo”.

Sin abandonar el tema de la prensa y la comunicación en situación de crisis recomendamos también una lectura atenta del trabajo de Nuri Iglesias. Ella es la responsable de prensa de los Bomberos y la Seguridad Civil de Catalunya, junto con su equipo mantienen informados de modo permanente a los representantes de los medios de comunicación. Su trabajo eficaz y constante hace que disminuya la presión de los medios sobre las víctimas (y por extensión sobre los psicólogos). Leed con atención, sabe mucho sobre lo que escribe.

El Dr. Pere Rimbau, médico emergencista del SEM (Sistema de Emergencias Medicas) basándose en su abundante experiencia prehospi-

talaria, ha efectuado un útil trabajo de síntesis sobre los efectos psicoactivos de los fármacos empleados en prehospitalaria y urgencias, pensamos que este artículo a partir del momento de su publicación se convertirá en consulta obligada para nuestro colectivo profesional.

La causa es evidente, cada vez con mayor frecuencia los psicólogos debemos efectuar evaluaciones no sólo en situaciones contingentes a la asistencia médica, sino también en los mismos boxes de urgencias. Por dicho motivo debemos conocer no sólo los fármacos ansiolíticos con los cuales estamos más habituados a encontrarnos, sino también todos aquellos fármacos de uso común en las urgencias de los hospitales que puedan tener efectos psicológicos sobre el paciente.

El EMDR (Eyes Movement Desensitization and Reprocessing) se está convirtiendo en una de las técnicas más empleadas en emergencias, nada más oportuno en este caso que la revisión efectuada por Natxu Brunet, Maria Cervera y Gemma Copons sobre este tema. Se trata de una revisión destinada a racionalizar su uso, exponiendo su praxis a discusión con el objetivo de mejorar las formas y condiciones de aplicación al tiempo que se propone un aumento de las actividades de investigación.

Para terminar me he permitido incluir un artículo con mis reflexiones sobre el momento por el que pasa la Psicología de las Emergencias en España. No debe interpretarse en modo alguno como una propuesta dogmática y cerrada, al contrario se trata de un punto de partida más, abierto al debate y a la construcción colectiva de nuestra profesión. Tarea indispensable es la previa concreción y difusión de propuestas e hipótesis, por lo cual animo a nuestros lectores a colaborar con Cuadernos de Crisis remitiéndonos sus trabajos de investigación, artículos de reflexión, experiencias y aplicaciones .

## Un ejemplo de narrativa catastrofista: La crisis del Prestige

Jordi Vilamitjana

### Abstract

The thesis is the following: every time that a major accident/incident affects the daily life of a country, the press and the journalists, as if they followed a script, resort to an unwritten (yet) but always efficient handbook (commercially and communicatively speaking) that serves as an outline for information: data administration and selection, vocabulary search, syntactic elaboration.

Mass media reports in catastrophes favour the persistence of myths about disasters: they simplify and minimize complex emotional topics, they tend to personalize topics in particular individuals, they twist facts and usually exaggerate the impact of the disaster and they take part in the creation of the myths about the disaster.

The creation, on the part of the journalist, of the myths about the disaster obeys to a style handbook: the reporter falls back on deeply connoted and very often commonplace words related to great misfortunes; he resorts to commonplaces that frequently do not reproduce realities but "pre-cooked" concepts that he adapts to the facts; he builds sentences moved by the tragic destiny of life, trapped in the textuality of a fatal and tragic discourse.

Professional communicators systematically treat catastrophes as tragedies to the extent that, when the reference topic of communication is a disaster, the narrative content is subordinated to the form. Thus, control over the facts is guaranteed, because the most important function of public communication is not to inform about what is going on but to restore confidence in the functioning of social organization.

### Resumen

Ésta es la tesis: como si de seguir un guión se tratara, los periódicos y periodistas, cada vez que un accidente/incidente de grandes proporciones afecta la vida cotidiana de un país, recurren a un manual no escrito (todavía) pero siempre eficaz (comercial y comunicativamente hablando) que sirve a las pautas de la información: administración y selección de datos, búsqueda de vocabulario, elaboración de sintaxis.

Los informes de los medios de comunicación en las catástrofes favorecen la persistencia de mitos sobre los desastres: simplifican y trivializan temas emocionales complejos, tienden a personalizar los temas en individuos concretos, distorsionan los hechos y suelen exagerar el impacto del desastre y intervienen en la creación de los mitos del desastre.

La creación de los mitos del desastre por parte del periodista obedece a un manual de estilo: el cronista recurre a palabras profundamente connotadas, a menudo tópicas, relacionadas con las grandes desgracias; recurre a tópicos que a menudo no reproducen realidades sino conceptos "precocinados" que adaptan a los hechos; confecciona frases conmovido por el destino trágico de la vida, atrapado en la textualidad de un discurso funesto y trágico.

Los comunicadores profesionales tratan sistemáticamente las catástrofes como tragedias, hasta el punto que, cuando el tema de referencia de la comunicación es un desastre, el fondo de la narración se supedita a la forma. De esta manera se garantiza el control de los hechos, porque la función más importante de la comunicación pública no es informar sobre lo que está sucediendo sino restablecer la confianza en el funcionamiento de la organización social.

Más allá de la noticia en sí, más allá de la batalla política desencadenada alrededor, más allá de libros, valoraciones y estudios, el hundimiento del petrolero PRESTIGE ante las costas gallegas (noroeste de España) el mes de noviembre de 2002 es un espléndido motivo de reflexión acerca de la estructura narrativa de las catástrofes en los medios de comunicación.

**El contexto**

De todo ello hablaremos en el presente trabajo (con ejemplos reales), sin embargo, al tratarse de un estudio que pretende ser riguroso, conviene antes que nada fijar algunas bases conocidas y algunas investigaciones publicadas que han de servirnos de apriorismo científico para nuestro cometido.

**A) Literatura periodística**

Tomaremos en consideración en primer lugar las conclusiones que el Centro Europeo de Investigación de Situaciones de Emergencia (CEISE) ha publicado. Son un conjunto de axiomas tácitos que se cumplen en la narración periodística de todo acontecimiento infausto: (1)“Los comunicadores profesionales tratan sistemáticamente las catástrofes como tragedias”; (2) “Cuando el tema de referencia de la comunicación es un desastre, el fondo de la narración se supedita a la forma”; (3) “La función más importante de la comunicación pública, no es informar sobre lo que está sucediendo; sino restablecer la confianza en el funcionamiento de la organización social”.

**(1)“Los comunicadores profesionales tratan sistemáticamente las catástrofes como tragedias”<sup>1</sup>.**

La definición de tragedia que el Diccionario de la RAE aporta resulta a todas luces interesante para nuestro propósito: “Obra dramática cuya acción presenta conflictos de apariencia fatal que mueven a compasión y espanto, con el fin de purificar estas pasiones en el espectador y llevarle a considerar el enigma del destino humano, y en la cual la pugna entre libertad y necesidad termina generalmente en un desenlace funesto”.

Tomemos como ejemplo el Prestige. El *pathos* del tratamiento narrativo reside en referirse al quebrantamiento del orden cotidiano (hundimiento de un superpetrolero) y en la puesta en entredicho de la eficacia de la organización (el capitán del barco, los armadores de buques monocasco, los equipos de salvamento, las autoridades gallegas y las españolas); para en su momento mostrar que se restaura la continuidad de las relaciones sociales y el funcionamiento de las instituciones (declaraciones, intervenciones, visitas, ayudas y acciones políticas).

Entre el momento del quebranto, generado por

fuerzas naturales (el viento y la tempestad del día 13 de noviembre) que escapan al control humano, y el momento del regreso a la normalidad, ha mediado la intervención de **Actores** que representan a colectivos (pescadores, vecinos, voluntarios llegados de toda España y el ejército), y no a sujetos individuales. El número de tales Personajes, los papeles que desempeñan y los comportamientos que llevan a cabo están prescritos muy ritualmente. Se encontrará siempre un único **Héroe** (en este suceso, los pescadores y los voluntarios que se han enfrentado con tenacidad a las fuerzas desatadas, encarnando la solidaridad). Aparecerá un único **Antihéroe**, (acompañado o no de cómplices), como la empresa fletadora del buque, a la que se hace responsable de lo sucedido, atribuyéndole o bien incapacidad, o bien rapacidad: móviles que explicarían imprevisiones y descuidos.



Aparecen ciertamente los **Destinatarios**: en este caso los gallegos, a quienes hay que aliviar de sus desgracias; pero a quienes se les otorga el papel de Pacientes y no de Agentes participantes en el control de su propio destino. Se encontrará indefectiblemente el **Coro**, a quien el Narrador profesional le encomienda que vaya creando el clima para la catarsis colectiva. El Coro es el vehículo para los momentos patéticos del relato, y en ocasiones, claramente amarillistas: cuenta la impotencia humana frente a la fuerza del agua, recuenta las playas contaminadas, los animales muertos y la destrucción; proyecta a través de imágenes el llanto y, sobre todo, la desorientación de los afectados. Con la intervención del Coro se combina la del **Augur**, otra figura que nunca falta; por ejemplo, el Servicio Meteorológico que anticipa si arreciarán los vientos y la fuerza de las olas en los próximos días.

Y para completar esta galería hay que incluir otras dos figuras más: la primera, el **Consejero del Héroe**, en este caso, los "técnicos", "expertos", "especialistas", que desde los templos de la Ciencia (p.e. la Universidad) o los recintos gerontocráticos (p.e. los colegios profesionales) ofrecen diagnósticos y proponen soluciones, pero se mantienen al margen de las actuaciones. La segunda figura corresponde al propio **Narrador**, que se presenta a sí mismo como "quien estuvo en el lugar de los hechos", "quien vio lo que cuenta" o, llegado el caso, "quien obtuvo el testimonio de testigos presenciales". Respondiendo al rol prescrito, el Narrador pretenderá, cuando sea posible, narrar los hechos en tiempo presente, al hilo mismo del acontecer.

La existencia de esta estructura narrativa en todos los materiales analizados respecto a la crisis del Prestige permite sacar conclusiones de la mayor importancia práctica.

**(2) "Cuando el tema de referencia de la comunicación es un desastre, el fondo de la narración se supedita a la forma"**<sup>2</sup>.

La conclusión es así de contundente: cualesquiera que sean las características concretas del suceso, cualesquiera que sean las causas, las circunstancias y los efectos del desastre, el profesional de la comunicación siempre narra una tragedia. Lo que acontece de verdad en un accidente de las características del Prestige es sólo la letra predecible de un molde dramático siempre igual.

Transformar algo tan grave como un desastre en la oportunidad de reproducir ritualmente la ceremonia de un relato trágico puede parecer desmesurado y grotesco, pero no lo es. Formular una tesis en este sentido puede parecer temerario, y sin embargo es exactamente lo que sucede. Los periódicos y periodistas (quizás sin saberlo) siguen un guión estricto. El por qué de tan singular comportamiento hay que buscarlo en el axioma más atrevido que la Dirección General de Protección Civil de España sugiere: el papel mesiánico i catártico del informador.

**(3) "La función más importante de la comunicación pública no es informar sobre lo que está sucediendo sino restablecer la confianza en el funcionamiento de la organización social"**<sup>3</sup>.

Ese es el objetivo que tratan de cumplir las instituciones comunicativas cada vez que la socie-

dad se enfrenta colectivamente a fuerzas naturales o sobrenaturales que la sobrepasan. De lo que se pretende, tanto en la tragedia clásica como en el relato de los MCM, cuando se narra el desastre, es reafirmar que, en ocasiones, las fuerzas del destino pueden ser finalmente vencidas si los hombres actúan organizada y solidariamente.

Ese mensaje, antes se difundía desde el teatro; ahora desde el televisor, el receptor de radio o el papel impreso. Pero la función es la misma: se ofrece a las audiencias una visión de lo que sucede, que vuelve a legitimar la organización y los valores sociales compartidos. Visión que contribuye, por lo tanto, a la confianza en la sociedad: la tarea más importante que compete a los profesionales de la comunicación pública.

### **B) Mitología periodística**

Para armar este segundo argumento apriorístico, que ha de llevarnos a demostrar que el periodista que cubre una catástrofe lo hace provisto de un manual, usaremos las conclusiones que Ernesto Goiricelaya<sup>4</sup> hizo públicas con ocasión del accidente de Biescas<sup>5</sup>, el mes de Agosto de 1996.

**(4) "Los informes de los medios de comunicación en las catástrofes favorecen la persistencia de mitos sobre los desastres"**<sup>6</sup>

El periodista elabora el reportaje de la noticia catastrófica aportando, quizás sin darse cuenta, viejos mitos y antiguos azares que a veces logran imponerse incluso a la verosimilitud de los hechos acaecidos. Son los viejos mitos del pánico, la indefensión de la víctimas, la necesidad de ayuda externa y aun a veces el pillaje. Según algunos, la comunidad afectada suele influir en los reporteros que se limitan a reproducir los mitos populares; según otros son los periodistas los que llevan el manual de mitos bajo el brazo.

En el caso que nos ocupa -hundimiento del Prestige-, algunos mitos aparecen en los titulares de los periódicos: "Adiós a un paraíso natural", "Peces, mariscos y aves: sentenciados", "La amenaza negra continúa", "Galicia ha de prepararse para lo peor", "Se hunde el Prestige, naufraga Galicia", "Hay gente humilde que vive del mar y que no verá ninguna de las indemnizaciones", etc.

El asunto más delicado de este proceder es el hecho probado de que, a menudo, el periodista va por delante de la realidad, de manera que a veces el pánico o la sensación de indefensión aparecen, no después del desastre, sino después de la lectura de la noticia.

**(5) “Simplifican y trivializan temas emocionales complejos”<sup>7</sup>**

En algunos titulares de la prensa española son fácilmente detectables las simplificaciones de la realidad: “Drama de los pescadores sin papeles: el 10% de los mariscadores son furtivos y no cobrarán ayudas”, “El espíritu individualista de los gallegos ha dado paso a una explosión de sus valores comunitarios”, “Los análisis de la Xunta no detectan presencia de elementos cancerígenos”, etc.



Es evidente que por la vía de la trivialización se llega antes a la prensa amarilla que a la científica y rigurosa con la verdad.

**(6) “Necesitan personalizar los temas”<sup>8</sup>**

En la crisis del Prestige, abundaron hasta la saciedad los reportajes destinados a conocer la opinión, la vida, los gustos y las amistades de pescadores, voluntarios y científicos. He aquí una pequeña muestra: “Cada minuto perdido se nos cuele una mancha en la ría. Yo salgo”, “Recogen el fuel con uñas y dientes, dice el vicepresidente de la cofradía de Vigo”, “Un pescador se desplomó en el muelle y tuvo que ser ingresado en el hospital”, “Antanas Viscontas y Jauinius Skarbalius<sup>9</sup> se niegan a trabajar sólo cuatro horas”, “Un albañil rumano, dos sin papeles y un estudiante japonés trabajan codo con codo junto a los españoles”, etc.

**(7) “Intervienen en la creación de los mitos del desastre”**

En efecto, según la orientación dada a la información, el periodista (y el periódico) se apunta a un mito u otro. En el tema de las catástrofes, los caminos son dos: 1) el mito de la naturaleza imparable; 2) el mito de la responsabilidad política.

Los ejemplos recogidos en los días que duró la crisis del Prestige son numerosísimos; sin embargo, es tal vez más interesante darse cuenta de las consecuencias que se desprenden del tratamiento periodístico en uno u otro sentido.

El hecho de que haya en el desastre responsabilidades humanas supone un componente de suspense que alarga indefinidamente la noticia. Desde el punto de vista psicológico, se genera la sensación de que el hecho acontecido es fruto de una equivocación y no de una casualidad y que, por consiguiente, un suceso así no puede pasar cerca de casa. Si, en cambio, el periodista conceptúa el acontecimiento de natural, el impacto ciudadano es mayor porque se tiende a pensar en el azar y el destino y la gracia o la desgracia de cada uno. Sin embargo, el tiempo de noticia es menor.

**(8) “Distorsionan los hechos y tienden a exagerar el impacto del desastre. Búsqueda de lo espectacular-emocional-sensacionalista”<sup>10</sup>**

No se trata, a menudo, de una vulgar exageración, sino de una sutil amplificación de opiniones, de una pretendida sucesión de titulares. La sobrevaloración de daños es debida a que una mayor destrucción es más noticiable y sirve a los intereses comerciales de las editoriales: vender periódicos.

Los titulares de los periódicos en el hundimiento del Prestige abogan esta teoría. Más cuando se ha demostrado ocho meses después que se estaba exagerando en un número importante de informaciones: “No existe ninguna tecnología capaz de parar la salida de fuel del Prestige”, “Es más fácil ir a arreglar un problema en la Luna que donde está el Prestige, advierte un geólogo marino”<sup>11</sup>, “El Gobierno conoce el potencial cancerígeno de fuel desde el 27 de noviembre”, “Un experto en seguridad dice que las mascarillas que da el Gobierno son inútiles”,

“Otro Prestige zarpa de Tallinn a pesar de la queja de Greenpeace”<sup>12</sup>, “Los daños del siniestro en espacios naturales pueden ser irreversibles”<sup>13</sup>, etc.



### El texto

(Tomamos como sujeto científico de investigación EL MUNDO, un periódico editado en Madrid, nada sospechoso de pertenecer a la oposición política o mediática).

Fecha periódico	Página	Fotografía	Titulares
14-XI	p. 20	Buque muy escorado y engullido parcialmente por las olas a 28 millas de Finisterre	“Un petrolero amenaza con hundirse y verter 72.000 toneladas de fuel frente a las costas de Finisterre”
15-XI	p. 14	Buque barrido por una ola	“Disminuye el riesgo de vertido, al lograr Salvamento Marítimo remolcar el Prestige a 200 Km. de las Costas de Galicia” “España acusa al Reino Unido de no revisar el petrolero”
16-XI	portada		“España rescata al capitán del buque Prestige y le detiene acusándole de falta de colaboración”
	p. 16	Gráficos	“Madrid y Londres se enfrentan, mientras el Prestige se hunde” “Aumenta el riesgo de una gran marea negra” “Le dan menos de 24 horas antes de naufragar” “Adena denuncia que el banco de peces de Galicia puede arruinarse”
17-XI	portada	Primer plano de un ave marina llena de fuel en una playa negra	“La marea negra del Prestige acaba con el percebe gallego”
	p. 12 p. 14	Gráficos	“La marea negra del Prestige ya afecta a la zona marisquera más importante de España” “El vertido abrasa unos 100 Km de costa, donde viven centollos, nécoras y percebes” “Los mejillones, de momento, a salvo” “250 personas tratan de detener el avance del combustible”



18-XI	portada	Foto del buque medio hundido y roto	"El Prestige se resquebraja"
	p. 24 p. 25	Gráficos	"La marea negra provocará la pérdida de 2.500 puestos de trabajo y más de 90 millones de euros""Los veterinarios montan un hospital de campaña para aves""Los delfines y los peces no tienen cura posible""Si el vertido llega a las rías y se deposita, peligran almejas, moluscos y algunos crustáceos"
19-XI	recuadro portada		"El Prestige está en aguas portuguesas, pero su vertido afecta ya a 200 Km de la costa gallega"
	p. 18		Opiniones del PP, PSOE y Gaspar Llamazares, de Izquierda Unida.
20-XI	Casi toda la portada	Foto de la popa del buque erguida, antes de hundirse, que recuerda la imagen del Titánic en la película de James Cameron	"El hundimiento del Prestige lleno de fuel dispara la alarma ecológica""El buque se fue a pique tras partirse en dos a 250 Km de las islas Cíes""Debate científico sobre si el crudo se solidificará o se verterá al mar"
	p.8 p.9 p.10	Gráficos	"El hundimiento del Prestige dispara la alarma""Una catástrofe incalculable""Consecuencias dramáticas para Galicia y Portugal""El fuel provocará efectos tóxicos seguros en la cadena alimentaria oceánica""La marea negra ya provoca escasez de pescado y marisco""Subida de precios. Pérdidas de empleos. Años en recuperarse"
	Editorial		"La catástrofe del Prestige""El desastre se consumó ayer a las cinco de la tarde..."
21-XI	Portada	Gente vestida de amarillo sirviéndose de palas para limpiar una playa	"Galicia angustiada por la amenaza de una segunda marea negra"
	p.8 p.9 p.10	Foto satélite	"300 km de costa, 6,5 millones de m2, 92 playas, 42 millones de euros""El mal tiempo amenaza con provocar una segunda marea negra en las costas de Galicia""El fomento pensó bombardear el petrolero con un F-18""Un vertido visible desde el espacio"

### Análisis lingüístico

Nos proponemos analizar ahora desde el punto de vista lingüístico el tratamiento informativo del hundimiento del Prestige. Recuerde el lector que nuestra tesis es demostrar que el periodista que cubre una catástrofe echa mano de un manual. Hasta aquí hemos hablado de estilo y ética periodística; lo haremos a partir de ahora de lengua. Concretamente, de selección de vocablos y composición sintáctica. Acuden pues a nuestra ayuda la semántica, la morfosintaxis y la gramática textual.

#### A) El significado de las palabras

Albergan las palabras un significado primario

asociado a la definición que de ellas se da en los diccionarios, y existe también un segundo significado (casi no escrito) hurgado del laberinto de las sensaciones. La muerte, por ejemplo, es según el DRAE "la cesación o término de la vida". Y, sin embargo, la palabra muerte pronunciada en la mayoría de contextos sugiere muchísimas más posibilidades.

En el tema que nos ocupa, palabras como catástrofe, desastre o calamidad se llenan de contenido real y filosófico. La utilización, demarcación y contextualización de determinados vocablos confiere a las noticias un aspecto concreto.

(9) El periodista recurre a palabras profundamente connotadas, a menudo tópicas, relacionadas con las grandes desgracias: catástrofe<sup>14</sup>, desastre, calamidad, riesgo, drama, alarma, angustia, amenaza...

### B) El significado de los sintagmas

Escribir, titular, reseñar, noticiar son actividades complejas que requieren un atrevido y ágil manejo de la lengua. Los sintagmas no son en este nivel simples agrupaciones de palabras con significados más o menos concomitantes, sino que obedecen a un manual de estilo. A veces de un mal estilo, como han reseñado el académico Lázaro Carreter<sup>15</sup> y sobretudo Álex Grijelmo<sup>16</sup>, redactor jefe de EL PAIS.

Entre los titulares recogidos de EL MUNDO cabe destacar algunos sintagmas de gran poder sugestivo, que son simples amplificaciones de tópicos preexistentes: "Dispara la alarma", "Efectos tóxicos alimentarios", "Subida de precios", "pérdidas de empleos", "años en recuperarse", "Escasez de pescado y marisco", etc.

(10) En la elaboración de sintagmas, los periodistas recurren a tópicos que a menudo no reproducen realidades sino conceptos "precocinados" que adaptan a los hechos.

### C) El significado del texto

Si la interrelación de sintagmas obedece a una doctrina sensacionalista, la elaboración de textos para los titulares no se escapa del manual de estilo del periodista de catástrofes. He aquí algunas frases extraídas del periódico EL MUNDO, que demuestran claramente este supuesto: "Aves, delfines y peces no tienen cura posible", "Le dan menos de 24 horas antes de naufragar", "La marea negra del prestige acaba con el percebe gallego", "El vertido abrasa unos 100 km de costa donde viven centollos, nécoras y percebes. Los mejillones de momento a salvo", "El Prestige se resquebraja", "Los delfines y los peces no tienen cura posible", "El hundimiento del Prestige lleno de fuel dispara la alarma ecológica", "El barco se fue a pique tras partirse en dos a 250 km de las islas Cíes", "La catástrofe del Prestige. El desastre se consumó ayer a las cinco de la tarde. El hundimiento del Prestige dispara la alarma. Una catástrofe incalculable. Consecuencias dramáticas. El fuel provocará

efectos tóxicos seguros en la cadena alimentaria oceánica", "Galicia angustiada por la amenaza de una segunda marea negra"<sup>17</sup>, etc.

(11) El periodista confecciona frases conmovido por el destino trágico de la vida, atrapado en la textualidad de un discurso funesto y trágico.

Así pues, creemos haber demostrado a lo largo de los once puntos precedentes que los periódicos y los periodistas usan en los reportajes e informaciones de los accidentes mayores<sup>18</sup> un manual de estilo particular. Ante esta evidencia cabría hacer propuestas innovadoras que ayudaran a los profesionales de la información a mejorar ética y estética. Pero éste será el cometido de otro artículo y de otro ejemplar de esta revista.

### Notas complementarias:

1. La estructura narrativa de sucesos catastróficos en los medios de comunicación. Manuel Martín Serrano y Andrés García Gómez CEISE.

2. Opus Citatum

3. O.c.

4. Ernesto Goiricelaya, DESASTRES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN. Gallarta: 1998. Emergencia 112.

5. Biescas es un paraje del Pirineo aragonés (España) donde tuvo lugar durante el mes de Agosto de 1996 un accidente muy grave. Las aguas mal retenidas en la presa del curso alto de un torrente se desbordaron causando una avenida de agua que asoló un camping de veraneantes situado en el cauce del río. Hubo 87 muertos.

6. O.c. pàg 66 y ss.

7. O.C, pág. 69.

8. O.C. pàg 70.

9. Son voluntarios lituanos emigrados de su país. Antanas, que era chapista, vive ahora en el Pirineo recogiendo caracoles.

10. O.C. Pág. 75 y ss.

11. Como debe saber el lector, el batiscafo Nautilus ha conseguido sellar buena parte del buque resquebrajado a 3.500 metros de profundidad.

12. El titular usa el sofisma buque monocasco = hundimiento.

13. La irreversibilidad es indemostrable.

14. "La noción o concepto de desastre, catástrofe o calamidad, continúa siendo de clara imprecisión" (César Pérez de Tudela, LA INFORMACIÓN EN LAS CATÁSTROFES. Madrid: 1994. Editorial Mapfre.
15. Fernando Lázaro Carreter, EL DARDO EN LA PALABRA. Barcelona: 1997. Círculo de Lectores.
16. Álex Grijelmo, EL ESTILO DEL PERIODISTA. Madrid: 1997. Editorial Taurus.
17. El subrayado es nuestro.
18. El término es de César Pérez en O.C.

### **Fotografías de Pere Planes**



### **BIBLIOGRAFÍA**

- Fernando Lázaro Carreter, EL DARDO EN LA PALABRA. Barcelona: 1997. Círculo de Lectores.
- Álex Grijelmo, EL ESTILO DEL PERIODISTA. Madrid: 1997. Editorial Taurus.
- César Pérez de Tudela, LA INFORMACIÓN EN LAS CATÁSTROFES. Madrid: 1994. Editorial Mapfre.
- Ernesto Goiricelaya, DESASTRES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN. Gallarta: 1998. Emergencia 112 .

Núria Iglesias

Responsable de la Oficina de Prensa  
Dirección General de Emergencias y Seguridad Civil  
Departamento de Justicia e Interior de la Generalitat  
de Catalunya

El presente artículo pretende comentar la relación que se establece entre las organizaciones y los equipos de socorro que trabajan en una emergencia y la información sobre la misma, teniendo en cuenta aspectos como son el tratamiento informativo de las víctimas y personas afectadas, la inmediatez y objetividad que los periodistas demandarán a la fuente informativa, etc.

Para ello, y sin querer dictar “doctrina”, me basaré en nuestra propia experiencia en la Oficina de Prensa de la Dirección General de Emergencias y Seguridad Civil. Ha sido esta experiencia la que, con el tiempo, ha configurado nuestra forma de actuar y trabajar, desde el Cuerpo de Bomberos de la Generalitat, con los medios de comunicación social.

Y es que, nos guste o no, vivimos en una sociedad mediatizada. Los avances tecnológicos han conllevado también cambios en nuestra cotidianidad. Así, no podríamos entender una sociedad sin radio, televisión, cine, publicidad, internet, videojuegos, o teléfono móvil, por poner algunos ejemplos.

Como ciudadanos, y de forma constante, estamos “expuestos” a los mensajes de los medios de comunicación. Esta exposición ya se produce cuando, por la mañana conectamos la radio para saber las noticias de última hora, cuando circulamos con nuestro coche para dirigirnos al trabajo (¿cuántas vallas publicitarias vemos?), al ir al cine con los amigos, los niños, o al seguir cualquier programa de televisión, por ejemplo. También nos exponemos a los medios de comunicación al entrar en una cabina telefónica, en la que hay normalmente inserida publicidad, o al esperar nuestro autobús, apoyados justo sobre el cartel publicitario. ¿Cuántos banners nos invaden la pantalla del ordenador cuando navegamos por Internet?, ¿quién no tararea, al final del verano, la canción que algún director de márketing ha decidido que sea el

top de las listas de ventas? ¿cuántas horas de exposición diaria a los mensajes de los medios de comunicación podríamos contabilizar, tanto si esta exposición es voluntaria como involuntaria?.

**Inmediatez y globalidad** son dos de las características esenciales que definen a los medios de comunicación actuales, ya que las nuevas tecnologías nos permiten seguir, en cualquier momento, hechos que estén ocurriendo en cualquier parte del planeta. Somos capaces de seguir, en riguroso directo, desde los atentados del 11 de septiembre en Nueva York hasta la caída de la estatua de Saddam en Bagdad. Desde nuestras casas no sólo somos testigos directos e inmediatos de estos hechos, sino que seguimos su desarrollo con el mismo interés con el que seguimos los sucesos que hayan podido suceder justo en la esquina de nuestra casa.

Ahora bien, ¿cómo se traduce toda nuestra sobreexposición a los mensajes mediáticos en el ámbito de las emergencias?. No podemos negar que un incendio, un accidente, el hundimiento de un edificio, o una explosión, por ejemplo, son hechos noticiables y que los equipos de emergencia se van a encontrar con otro tipo de presión: la informativa.

No es asunto de este artículo establecer los límites entre información y espectáculo. Entre lo que es noticiable y lo que no. O entre si la imagen de la víctima en una emergencia debe ser emitida o, por el contrario, pertenece al ámbito de su privacidad. Es en el propio ámbito periodístico y de la comunicación desde donde deben surgir respuestas a estos interrogantes.

Sí que pretende explicar el artículo, y en base a nuestra propia experiencia, cómo desde la Oficina de Prensa del Cuerpo de Bomberos de la Generalitat de Catalunya vertebramos la relación con los medios de comunicación social.

Volviendo al hecho de que, lo que para nosotros (los encargados de la resolución de la emergencia) es un siniestro, incidente, servicio, etc., para los periodistas es una noticia que hay que cubrir, nos hallamos, pues, ante un interrogante:

## ¿qué papel deben jugar los equipos de emergencia ante la información sobre los siniestros?

La información de una emergencia es un elemento operativo más de la misma. Los medios de comunicación no son el receptor del mensaje, sino el canal a través del cual llega ese mensaje a la población, verdadera receptora del mismo. Es un deber de la administración informar al ciudadano sobre los pasos que se siguen para prevenir o solucionar un riesgo. La alarma, a veces, no se circunscribe al perímetro de actuación de los equipos de emergencia, sino que se extiende más allá. Debemos recordar cuánto puede aumentar el nerviosismo social ante el conocimiento de una emergencia, si lo único que sabe de la misma es que ha sucedido. En cambio, los datos que oiga, vea o lea a través de los medios de comunicación sobre su evolución y resolución podrán ayudar a tranquilizarle o, incluso, darle pautas de actuación para su prevención.

Sólo durante el pasado año, 2002, en la Oficina de Prensa de Emergencias atendimos más de 53.000 llamadas de medios de comunicación relacionadas, principalmente, con la actividad diaria del Cuerpo de Bomberos de la Generalitat de Catalunya. A estas llamadas, hay que añadir las 141 notas de prensa emitidas desde nuestra oficina, notas informativas sobre emergencias sucedidas en cualquier punto de Catalunya, pero también sobre consejos de prevención y actuación ante nevadas, fuertes lluvias, sobre el riesgo de aludes o la activación de planes de protección civil.

Evidentemente, también informamos de “no-emergencias” (inauguraciones de parques de Bomberos o de actos de la Dirección General, como son la celebración del día del Bombero Jubilado o la distinción a miembros del Cuerpo de Bomberos, a través de las medallas de bronce, plata y oro, por ejemplo).

Todos estos datos son el reflejo de la demanda de información que la sociedad, a través de los medios de comunicación, hace, de forma diaria y continuada, a una organización como la nuestra. Y, evidentemente, hay que dar respuesta a esta demanda. En caso contrario, el nerviosismo social aumenta, los interlocutores y discursos sobre el mismo siniestro se pueden multiplicar y, al hacerlo, arrastrar hacia el mismo camino a la percepción de descontrol y descoordinación que llega a la sociedad.

Volviendo a nuestra experiencia: en ocasiones, cuando se produce una emergencia de especial magnitud, uno de nosotros (periodista) se desplaza hasta el lugar del siniestro junto con los equipos de Bomberos. Nuestro papel “in situ”, es el de traducir el lenguaje de los periodistas y la presión informativa (petición continua de declaraciones, entrevistas, datos, filmación del lugar del siniestro, etc.) y el trabajo de los equipos de emergencia. Como periodistas, entendemos las demandas informativas y, a la vez, como integrantes del dispositivo de emergencia, conocemos las características intrínsecas de la emergencia.

Pensemos que el trabajo de los equipos de emergencia no debe verse afectado por la presión periodística. No es la responsabilidad del bombero que trabaja en un siniestro hacer las declaraciones a los medios de comunicación. De él, personalmente, no. Pero de su organización, sí. Y es aquí cuando entramos nosotros, como periodistas y como miembros de ésta organización, para encontrar los canales, los mensajes y el momento para hacer llegar a la sociedad la información sobre esa emergencia.

Por otro lado, cabe recordar el **derecho a la información** de los ciudadanos: ellos deben saber qué ha pasado, qué se está haciendo para solucionar esa emergencia y qué repercusiones puede tener. Este mensaje debe ser emitido por las organizaciones responsables de la prevención de los riesgos y de la resolución de las emergencias. El no-mensaje no existe. Este silencio se interpretará como nerviosismo, ocultismo de datos, etc.

En lo que respecta a los periodistas, recordemos, también, el derecho a la **libertad de expresión** y al libre ejercicio de su profesión. Evidentemente, la fuente informativa sobre una emergencia es la organización responsable de su resolución (en nuestro caso, el Cuerpo de Bomberos). Ahora bien, el trabajo del periodista consiste en recoger estas informaciones, pero también ampliarlas o completarlas con las impresiones de otras fuentes informativas (personas afectadas, testimonios del siniestro, etc.). Debemos recordar este hecho.

Finalmente, hay que destacar uno de los puntos más importantes del trabajo en emergencias, el **derecho a la intimidad** de las personas afectadas.

En la mayoría de las emergencias hay implicaciones personales: no sólo en lo que respecta a las posibles víctimas de la emergencia, sino también en las personas afectadas en ella, como pueden ser los familiares de esas víctimas, por ejemplo o, incluso, los propios equipos de socorro.

Correspondería al equipo de psicólogos especializados en emergencias, y no a mí, como periodista, comentar las afectaciones personales de una emergencia. Por mi lado, sólo quisiera hacer un apunte.

Tal como decía anteriormente, no nos corresponde a nosotros (los equipos de emergencia) poner los límites entre lo que es o no noticiable. Del mismo modo, no corresponde a los periodistas o a las empresas comunicativas poner los límites a la intimidad de las personas afectadas en la emergencia.

Pensemos que la información sobre una emergencia en la que ha habido afectaciones personales tiene características propias. En primer lugar, el interés informativo y el despliegamiento mediático del mismo se intensifica, se "espectaculariza", en cierta manera. No es lo mismo, informativamente, cubrir un incendio forestal que ha afectado a una hectárea de bosque que informar del mismo incendio si, en esa

hectárea, ha quemado también alguna vivienda y se han producido daños personales.

Es un trabajo que en ocasiones se presenta difícil, pero debemos ser capaces de encontrar y mantener el punto equilibrio entre el derecho a la información del ciudadano, la libertad de expresión del periodista y la intimidad de la víctima, ya que, en la medida de lo posible, deberá ser ella, o su entorno personal más inmediato, la que decida si quiere o no atender a los medios de comunicación (con declaraciones o entrevistas) y la que decida también si su imagen puede ser filmada y emitida por los diversos medios de comunicación.

En caso contrario (pensemos en el caso de víctimas graves, mortales, o cuando se trate de menores de edad), deben ser los equipos de socorro quienes ayuden a evitar que esas imágenes transgredan el límite entre lo público y lo privado.

Siempre, sin dejar de olvidar que nuestro deber como administración es el de facilitar que la información a los medios de comunicación sea lo más clara, objetiva, rápida y veraz posible.

## Revisión de los fármacos psicoactivos usados en catástrofes

*Pere Rimbau*

Médico emergencista del SEM (Sistema de Emergencias Médicas), hospital Josep Trueta. Girona

### Abstract

The intervention of highly experienced psychologists in the treatment of emotional crisis that arises as a result of catastrophes, is based on the emergence of several behavioural disorders which can be detected through screenings such as the "Protocolo de Evaluación Inicial de Víctimas Directas" (PEIV) - Protocol of the Initial Evaluation of Casualties - , proposed by Lorente.

The casualties affected by catastrophes shall have been previously evaluated by the emergency medical services before hospitalization, in the so named puesto médico avanzado (PMA) - advanced medical post - In these places, casualties may have been treated with psychotropic drugs, of which benzodiazepines, neuroleptics and opiate analgesics are the most prominent. These substances might interfere in the assessment of the psychological harm suffered.

### Resumen

La intervención de psicólogos expertos en situaciones de crisis emocional que suponen las grandes catástrofes se basan en la aparición de diversos trastornos conductuales que se detectan en screenings como el Protocolo de Evaluación Inicial de Víctimas Directas (PEIV) propuesto por Lorente (2003). Las víctimas de estas catástrofes habrán sido previamente evaluadas por los servicios médicos de emergencia prehospitalarios en los denominados puesto médico avanzado (PMA). Es en estos lugares donde se les han podido administrar medicamentos psicótrpos, entre los que destacan las benzodiacepinas, los neurolépticos y los analgésicos opioides. Estas sustancias podrían interferir en la valoración del daño psicológico sufrido.

### SERVICIOS DE EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIOS

### Introducción

La misión de los equipos extrahospitalarios en caso de catástrofe se encamina a catalogar las víctimas en cuatro grupos según la gravedad de las lesiones que presentan (Triage), que corresponden a cuatro colores aceptados internacionalmente:

color rojo: Necesitan asistencia inmediatamente

color amarillo: Podemos demorar su asistencia hasta un máximo de dos horas

color verde: No tienen riesgo vital y han de recibir asistencia medicalizada antes de 8 horas

color negro: Muertos o no recuperables

Una vez catalogadas las víctimas estas se trasladan a espacios habilitados provisionalmente, el PMA, en donde se separan en grupos según el color asignado para centrar la asistencia en los más graves.

### Características de los equipos médicos extrahospitalarios

La característica común de estos equipos es (a pesar de la falta de uniformidad según el país en el que nos encontremos) la restricción de los medicamentos usados en el PMA por motivos de peso del ampulario. También se tiene en cuenta el número limitado de unidades y el difícil control de los efectos secundarios o no deseados de los medicamentos administrados. El disponer un registro escrito propio de cada persona a la que hemos administrado algún medicamento es asimismo difícil.

### Evaluación psicológica

Las víctimas que inicialmente recibirán la ayuda psicológica serán aquellos catalogados por los equipos perhospitalarios como verdes. A estos enfermos se les habrá practicado una evaluación somera del nivel de conciencia a través del Glasgow Coma Score (GCS). También se habrá descartado un traumatismo craneoencefálico con pérdida de conciencia aún cuando haya habido recuperación completa posterior.

En un segundo tiempo, y después de haber recibido tratamiento médico de urgencia, los enfermos catalogados como amarillos podrán estar a disposición de los equipos de psicólogos para su evaluación y tratamiento.

Las víctimas a las que inicialmente les corresponde el código rojo no podrán ser atendidas en un primer momento ni realizarse el screening inicial pues la gravedad de las lesiones que presentan lo contraindican. Estos enfermos necesitarán también soporte psicológico aún cuando su valoración y tratamiento, por demorarse mucho en el tiempo, se escapa de la intención de este artículo.

### Medicación prehospitalaria

La medicación psicótropa usada a nivel extrahospitalario en caso de catástrofe se engloba en tres grupos:

- ANSIOLÍTICOS
- NEUROLÉPTICOS
- ANALGÉSICOS OPIOIDES

Otros medicamentos como los antidepresivos y los anticonvulsivos específicos (las benzodicepinas también lo son) tienen efectos progresivos y no son aptos para la medicina prehospitalaria. Los relajantes musculares y los hipnóticos se usan con fines anestésicos y, obligatoriamente, serán utilizados en enfermos catalogados como rojos.

## ANSIOLÍTICOS

### Introducción

Comprenden las benzodicepinas (BZD) y el compuesto no benzodicepínico buspirona aunque este último no se usa en las emergencias. Las BZD son los ansiolíticos más utilizados en la actualidad por su alta eficacia, rapidez de acción y seguridad. Su acción está relacionada con el incremento de la actividad endógena GABA mediante su interacción con un sitio específico situado en el complejo receptor GABA ionóforo Cl<sup>-</sup>. La consecuencia es la hiperpolarización de la neurona y la inhibición de la actividad sináptica (Flórez y Hurlé, 1992)

Ayudaran a reducir la ansiedad y la agitación provocando sedación. También se usan en el

tratamiento agudo de las crisis comiciales y en determinados cuadros de tono muscular elevado. No tienen efecto analgésico. Su uso prolongado puede desencadenar cuadros de dependencia física y psíquica.

Atendiendo a su semivida y duración de acción se dividen en fármacos de acción corta, intermedia y prolongada (tabla 1). La rapidez con que una BZD actúa depende principalmente de su liposolubilidad y la intensidad con que penetra en el sistema nervioso central (SNC).

Ver tabla 1 en la página siguiente

### Indicaciones en catástrofes

Se usan como ansiolíticos y en casos de agitación psicomotriz. Por su efecto sedativo e inductor del sueño también podría tener utilidad en fases posteriores a la catástrofe. Su alta capacidad de absorción oral beneficia mucho su uso cuando hablamos de situaciones con escasez de recursos. La vía intramuscular (IM) tiene la desventaja de tener una absorción errática que dificulta el control de la dosis recibida por el enfermo. La vía endovenosa (EV) se usa con fines hipnóticos en anestesia.

### Efectos secundarios

Se trata, en general, de efectos escasos y poco significativos, por lo menos, a dosis terapéuticas. Los más molestos pueden ser la sedación, la somnolencia, la ataxia y la disartria. En algunas ocasiones, en cambio, son los efectos que precisamente se persiguen. Hay que tener en cuenta que la sensibilidad del SNC a las BZD es extraordinariamente individual de forma que se han descrito reacciones paradójicas con cuadros de nerviosismo e incluso agitación.

En ancianos debe tenerse en cuenta la posibilidad de confusión. pueden ocasionar también amnesia retrograda.

En la esfera psicológica pueden aparecer casos de incapacidad para coordinar los pensamientos y mantener el nivel de alerta.

### Posología y modo de administración

En medicina prehospitalaria se usan BZD de velocidad de absorción alta como el diazepam y el midazolam. La vía oral es preferible a la vía IM dada su irregularidad de absorción. En la tabla 2 se indican las dosis recomendadas.



TABLA 1

Acción	Principio activo	Nombre comercial	Vida media *(h)	Comienzo acción
CORTA	Midazolam	Dormicum	01-mar	rápido
	Triazolam	Halción	02-may	intermedio
INTERMEDIA	Alprazolam	Trankimazin,Xanax	jun-20	intermedio
	Lorazepam	Orfidal,Idalprem,Ativan	sep-22	intermedio
	Flunitrazepam	Rohipnol	15-30	intermedio
LARGA	Clordiazepóxido	Librium	jun-28	lento
	Clorazepato	Tranxilium	24-60	rápido
	Diazepam	Valium,Stesolit	20-100	rápido
	Flurazepam	Dalmane,Dormodor	51-100	rápido

\* h:horas

**Posología y modo de administración**

En medicina prehospitalaria se usan BZD de velocidad de absorción alta como el diacepan y

el midazolam. La vía oral es preferible a la vía IM dada su irregularidad de absorción. En la tabla 2 se indican las dosis recomendadas.

TABLA 2

Principio activo	Diacepam	Midazolam
Nombre comercial	Válium	Dormicum
Presentación	Comp. 2'5,5,10 y 25mg	amp 5mg/1ml
	amp 10mg/2ml	amp15mg/3ml
<b>Dosificación:</b>		
Sedación /ansiolítico	2 a 10 mg vo, 2 a 4 veces al día	0,1mg/kg im
Hipnósis	10-20 mg ev	0,05-0,2mg/kg ev lento
Preparación	1amp+8ml SF pasar a 2ml/min	100mg (20ml) en 80 ml de SF

comp:comprimidos; amp:ampollas; vo: vía oral; ev:endovenoso; im:intramuscular; SF:suero fisiológico

**NEUROLEPTICOS**

**Introducción**

Comprende los neurolépticos típicos que actúan bloqueando los receptores dopaminérgicos D2 y los nuevos neurolépticos que actúan sobre la dopamina, serotonina y otros neurorecepto-

res. Estos últimos actualmente no tienen indicación en medicina de catástrofes. Los neurolépticos típicos son las Fenotiacinas (clorpromazina, levomepromazina, tioridazina) y las butirofenonas (haloperidol, droperidol). Clínicamente se dividen en neurolépticos de alta, media y baja.

TABLA 3

	Principio activo	Nombre comercial	Sedación	Efec. Anticoli
BAJA POTENCIA	Clorpromazina	Largactil	+++	+++
	Levopromacina	Sinogan	+++	+++
	Tioridazina	Meleril	++	+++
MEDIANA POTENCIA	Trifluoperazina	Eskacine	++	+
	Perfenazina	Decentan	++	
ALTA POTENCIA	Haloperidol	Haloperidol	+	+
	Dehidroobenzperidol	Doperidol	+	+
	Flufenazina	Modecate	+	+

Efec. Anticoli.= efecto anticolinérgico

**Indicaciones en catástrofes**

Su uso en emergencias se reserva a cuadros de psicosis y agitación psicomotriz con sintomatología delirante o alucinatoria. También pueden estar indicados en situaciones de agitación en personas con historia de drogadicción o enolismo. Los pacientes seniles con problemas cardiovasculares y neurológicos son tributarios de tratamiento con haloperidol.

**Efectos secundarios**

La sedación excesiva dependerá de la variabilidad individual y de las dosis administradas aunque son medicamentos bastante seguros. Los neurolépticos de baja potencia son más sedantes, pueden causar ortostatismo y provocan síntomas anticolinérgicos.

Los de alta potencia sedan poco y tiene poco efecto anticolinérgico aunque tienen tendencia a producir efectos secundarios extrapiramidales debido al bloqueo del receptor dopaminérgico, con presencia de distonias agudas, acatísia con sensación de peso de la cabeza, desviación de la comisura bucal y dificultad de la acomodación de la vista. Estos efectos desaparecen con la administración EV de biperideno (akineton®).

El síndrome neuroléptico maligno aparece con el uso crónico. Debe tenerse en cuenta que algunos neurolépticos de baja potencia pueden facilitar la aparición de epilepsia en enfermos controlados por disminución del umbral epileptógeno.

**Posología y modo de administración**

TABLA 4

Principio activo	Haloperidol	Clorpromazina
Nombre comercial	Haloperidol	Largactil
Presentación	gotas (2 mg/gota)	25mg/5ml
	comp. 10mg	
	amp 5mg/1ml	
Dosificación	0'5-2mg vo 2-3 veces/día	
	2 a 10 mg vo, 2 a 4 veces al día	25mg im 6/8 h. im
	1-2 amp im/día	25 a 100 mg ev lento
	2-10mg ev	
Preparación	10 amp en 250 SF (1ml=0'2mh)	diluir a concentración de 1mg/ml

comp:comprimidos; amp:ampollas; vo: vía oral; ev:endo venoso; im:intramuscular; SF:suero fisiológico

## ANALGESICOS OPIOIDES

### Introducción

Los analgésicos opioides son un grupo de fármacos que poseen las siguientes características:

- A) Provocan intensa analgesia. Actúan sobre receptores farmacológicos específicos denominados receptores opioides, (M, D, K) que se encuentran ampliamente distribuidos por el sistema nervioso central y periférico afectando tanto a los sistemas eferentes como a los aferentes de la sensibilidad dolorosa.
- B) Provocan efectos psicológicos subjetivos, independientes de la acción analgésica. Destaca la sensación de intenso bienestar y euforia.
- C) Producen la farmacodependencia de naturaleza opiácea que se caracteriza por: tolerancia de la mayoría de los efectos depresores, dependencia psicológica y dependencia física con un síndrome de abstinencia bien definido
- D) Producen depresión respiratoria.
- E) Otros síntomas no específicos como hipotermia de origen hipotalámico con diaforesis, miosis, y en ocasiones rigidez muscular (p. ej. El fentanilo).

El opiáceo más representativo es la morfina, extraída del jugo del opio.

A partir de la morfina se han obtenido diversos preparados sintéticos y semi-sintéticos, que mantienen una clara relación estructural con ella.

La clasificación funcional en este grupo de fármacos depende de qué receptor activen, los que muestran afinidad por el receptor M, como la morfina, y los que activan receptores K (se comportan como antagonistas de los receptores M).

**AGONISTAS PUROS:** morfina, heroína, meperidina, metadona, fentanilo, tramadol

**AGONISTAS PARCIALES:** buprenorfina

**ANTAGONISTAS PUROS:** naloxona y naltrexona

### Indicaciones en catástrofes

Las indicaciones en catástrofes se orientan a su uso como potentes analgésicos en su administración EV en caso de fracturas muy dolorosas

o episodios de atrapamiento de extremidades. Nos estamos refiriendo a enfermos catalogados como rojos o amarillos, estos últimos susceptibles de la intervención por psicólogos en un segundo tiempo.

En el grupo de los agonistas puros tendrán indicación la morfina y el fentanilo. Ocasionalmente también la codeína, el tramadol y la petidina.

Los antagonistas se usan en casos de sobredosificación.

### Efectos secundarios

Las reacciones adversas más destacables son sedación, somnolencia, náuseas y vómitos y en caso de sobredosis, profunda depresión central con estupor, coma y depresión respiratoria que puede llegar a la apnea.

También pueden provocar ocasionalmente síntomas disfóricos desagradables como sensación de cansancio, debilidad, desasosiego, desorientación, nerviosismo y intranquilidad. Este síndrome aparece relacionado con la activación de los receptores K.

La dependencia física y la tolerancia no se presentan en catástrofes por las administraciones únicas que se realizan.

### Posología y modo de administración

**MORFINA:** Es el prototipo de opioide con el que se comparan todos los demás. Produce intensa analgesia, euforia, sedación y disminución de la capacidad de concentración. Vía oral se absorbe bien pero tiene una biodisponibilidad baja debido al primer paso hepático. Se puede administrar vía IM con una duración de los efectos de 4 horas. Su administración EV no se correlaciona bien con su actividad farmacológica por su dificultad para atravesar la barrera hemoencefálica. Las dosis se indican en la tabla 5

**FENTANILO:** Es un derivado sintético entre 25 y 75 veces más potente que la morfina y de duración más corta. Se puede administrar vía oral o trans-dérmica aunque en emergencias se usa la vía EV porque atraviesa rápidamente la barrera hemoencefálica debido a su alta hidrosolubilidad. La dosis analgésica se sitúa entre 1-2 mg/kg-1.

**TABLA 5**

Principio activo	Cloruro mórfico	Fentanilo
Nombre comercial	Cloruro mórfico, Oglos	Fentanest
Presentación	comp: de 5 a 200 mg	amp 3ml/0,15mg (1ml=0,05mg)
	amp 1ml al 10% (10mg/ml)	
Dosificación	5-10 mg/4 h sc	0,7-2 microg/kg-1
	bolus ev de 5-15 mg/ 2h	(aprox 0,05-0,10mg- 1a 2ml)
Preparación	1 amp (10mg) en 9ml SF. (1ml=1mg)	bolus ev o im 0,025 a 0,05mg
Antídoto	Naloxona	Naloxona

comp:comprimidos; amp:ampollas; vo:vía oral; ev:endovenoso; im:intramuscular; SF:suero fisiológico; sc:subcutaneo

### BIBLIOGRAFÍA

- Carnevalli D.(1995). Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica.3ª edición.Madrid. MSD.
- De la Gala F.(1994) Actualización clínica: Urgencias extrahospitalaria. Uriach. Fauci AS(2000) Harrison compendio:Principios de Medicina Interna Madrid. McGraw-Hill
- Flórez J, Reig E, Cap.7, Farmacos coadyudantes: Psicofarmacos. Terapia farmacológica del dolor. (1993). Eunsa
- Gomar C. (1995) Farmacología en Anestesiología. Madrid. Ergon
- Guerra JC,(1996) Fármacos en cardiología. Uriach
- Lorente F. (2002) El protocolo de evaluación inicial de víctimas directas (PEIVD). Cuadernos de Crisis. v.2.
- Lindzey, G. 1982. Psicología. Barcelona: Omega
- Moratal M, (2002). Manual de protocolos en Emergencias Extrahospitalarias. Madrid. Aran
- Rivas P, (1999) Naturaleza, enfermedad y psiquismo.Barcelona, Boheringuer Ingelheim. La estructura narrativa de sucesos catastróficos en los medios de comunicación, Manuel Martín Serrano y Andrés García Gómez CEISE. Edición en CD-ROM.

## EMDR: instrumento terapéutico o nueva religión?

---

*Ignasi Brunet, Maria Cervera y Gemma Copons*


---

**Key words**

EMDR, trauma, PTSD

**Abstract**

The EMDR technique, introduced by Francine Shapiro near the 80's, is a therapeutic, practical tool which, independently of the theoretic guidance, helps to diminish or eliminate the traumatic symptoms, through rhythmic eye movements; it's a cost-effective technique compared with other traditional or non validated treatments.

During the method application, which has eight phases, the client is asked to focalise the image that comes to his mind, the most traumatic image, identifying the negative cognitions associated with the image. The therapist begins the alternative eye movement, tactile or audible stimulation.

The objective is to process the image and install a positive cognition while in relaxation.

Different hypothesis try to explain why this technique works. It has been proved that bilateral stimulation helps the processing of traumatic experiences; these will be stored as a bad dream and not as a present life threatening experience with PTSD symptoms. This neurological processing will facilitate an adaptable resolution of the trauma.

Nevertheless, and due to the scarce research in this field there has appeared a lot of detractors of this methodology who argue that other techniques such as Trauma Treatment Protocol, or other cognitive-behaviour based treatments are significantly more efficient.

However, different papers suggest EMDR is an effectiveness therapeutic intervention when it is integrated in the whole therapeutic process.

There is a need for more research in which different treatments are compared with EMDR.

**Resumen**

La técnica EMDR (Desensibilización por movimiento ocular y reprocesamiento), impulsada por Francine Shapiro a partir de los 80, constituye una herramienta terapéutica eminentemente práctica que, con independencia de la orien-

tación teórica, ayuda a la mejora o eliminación de los síntomas traumáticos, a través de la acción de movimientos oculares rítmicos; proporcionando resultados con gran economía de tiempo frente técnicas más tradicionales o tratamientos no validados.

Durante la aplicación del método, que consta de ocho fases, se pide al cliente que focalice en imágenes la parte más traumática de la situación no resuelta, identificando las cogniciones negativas, mientras se expone a la estimulación alternada, bien por movimiento ocular o por estimulación táctil o sonora, con el objetivo de que se procese la imagen y se instale una cognición positiva coexistente con un estado de relajación y la disminución de síntomas físicos.

Diferentes hipótesis tratan de explicar por qué la técnica funciona. Como sea, se ha comprobado que la estimulación bilateral ayuda al procesamiento de las experiencias traumáticas, quedando almacenadas como un recuerdo y no como una vivencia presente compatible con síntomas positivos del PTSD; permitiendo así a la información ser procesada neurológicamente hasta su resolución adaptativa.

A pesar de ello, la escasa sustentación teórica del mecanismo sobre el que opera, ha generado la aparición de detractores de este método, que arguyen la ausencia de una sólida base empírica, añadido al hecho de que estudios que comparan su eficacia con la variante de corte cognitivo-comportamental Trauma Treatment Protocol concluyen que esta segunda técnica resulta estadísticamente más eficaz. Sin embargo, varios trabajos lo proponen como una intervención clínica eficaz cuando forma parte de una terapia completada con ayuda de otras técnicas para el tratamiento del PTSD, aunque aún resulta necesario aumentar la investigación, la comparativa con otros tratamientos y la prueba de protocolos actuales.

**EMDR Desensibilización por movimiento ocular y reprocesamiento**

La Primera vez que oí hablar de EMDR fue en el año 1996 a una psicóloga clínica que trabaja desde hace 25 años en un hospital en Inglaterra. Me comentó que había aprendido una téc-

nica que estaba dando unos resultados extraordinarios en pacientes que habían sufrido algún trauma.

Cuando en la sede del Colegio de Psicólogos de Madrid se celebró una conferencia donde se iba a explicar el método, me apunté a ella y allí conocí a las personas que han impulsado el EMDR en España. No pude apuntarme al primer curso por motivos de agenda, pero finalicé la formación con la Segunda Promoción en el 2000 y desde entonces no he dejado de asombrarme de los resultados de la misma.

La Dra. Francine Shapiro, en los años 80, descubrió, por casualidad, el procedimiento cuando, una vez tratada con éxito de un cáncer, comenzó a experimentar un alivio de los síntomas del trauma vivido por la acción de una serie de movimientos oculares rítmicos. Este descubrimiento le llevó a comunicarlo a sus compañeros terapeutas y así comenzó a darse a conocer el EMDR que cuenta en la actualidad con más de 40.000 terapeutas formados en los niveles I y II, que practican dicho método.

Me gustaría explicar en pocas palabras en qué consiste el método aunque la formación es imprescindible para poderla aplicar con total seguridad a nuestros clientes.

Se comienza explicando al cliente en qué consiste la técnica y los resultados que se han conseguido con otros clientes, dejando claro que por el momento no existe una validación científica que explique por qué funciona. Se le pide al cliente que identifique una imagen o pensamiento que represente la parte más traumática de la situación crítica vivida. Por ejemplo: ¿Qué imagen representa la parte más traumática del suceso?, Luego se le pide que valore en una escala del 0 al 10 dónde situaría la sensación de desagrado, el 0 representa no es desagradable y el 10 el máximo. Después se pide al cliente que identifique una cognición negativa, lo que se dice a sí mismo cuando ve esa imagen. Se le pide luego al cliente que mantenga la imagen junto con la cognición negativa presente y que siga la estimulación alternada bien por movimiento ocular o por estimulación táctil o sonora. Cuando la imagen es procesada y en la escala mide 0 o 1 se instala una cognición positiva que previamente se valida en una escala del 1 al 7 en el que el 1 representa “no verdadera” y el 7 “completamente verdadera”. Si por ejemplo la imagen que un cliente nos trae es la

de un accidente de coche cuando daba vueltas y no podía parar y la cognición negativa era “no tengo control”, la cognición positiva puede ser “ahora tengo el control de la situación”.

Es importante conocer que dicha técnica no se aplica fuera de un contexto terapéutico ya que aunque el aprendizaje no es difícil sí hay que saber cuándo es conveniente aplicarla y cuando no y con qué pacientes.

Existen ciertas hipótesis que tratan de explicar por qué la técnica funciona. Se sabe que el sueño REM (en el que se dan los movimientos sacádicos de los ojos; rapid eye movement) es el periodo en el que se procesa la información de lo que la persona ha vivido durante el día. También se conoce que cuando una persona ha vivido un suceso traumático el procesamiento normal de la información queda bloqueado de tal forma que los sentimientos, pensamientos y vivencias se reviven en el tiempo como si el suceso estuviera transcurriendo de nuevo. Al inducir los movimientos oculares y la estimulación bilateral del cerebro se procesan las experiencias vividas quedando almacenadas como un mal recuerdo pero no como una vivencia en el presente. De esta forma se incrementa el procesamiento tanto del lado racional (hemisferio izquierdo y estructuras corticales) como del lado más emocional o intuitivo (hemisferio derecho, también más irracional con el cerebelo y otras estructuras más primitivas).

Una explicación más científica sería la de la teoría del :

### ***Procesamiento Acelerado de la Información***

Parece existir un equilibrio neurológico en un sistema fisiológico distinto que permite a la información ser procesada hasta una resolución adaptativa. Una resolución adaptativa significa que se han realizado conexiones a asociaciones apropiadas y que la experiencia ha sido utilizada de forma constructiva por el sujeto y se integra en un esquema positivo tanto emocional como cognitivo. En general, lo que es útil se aprende y se almacena con el afecto que le acompaña y está disponible para futuros usos.

Cuando ocurre un trauma se produce un desequilibrio en el sistema nervioso, causado quizás por los cambios en los neurotransmisores, adrenalina y otros.

Debido a este desequilibrio el sistema no puede funcionar y la información que se recoge en el momento del incidente, incluyendo imágenes, sonidos, afectos, y sensaciones físicas se mantiene neurológicamente en su estado de alteración. De esta forma, el material original, que se mantiene en este forma de estado excitatorio y estresante se activa por un número considerable de estímulos internos y externos y se expresa en forma de pesadillas, flashbacks, y pensamientos intrusivos (los síntomas positivos de PTSD).

La hipótesis es que el movimiento ocular (u otros estímulos) activa un mecanismo fisiológico que pone en funcionamiento el sistema de procesamiento de la información. Se han propuesto varias forma de activación de este sistema:

1. 1. Activación y facilitación del procesamiento de la información debido a la fijación dual del cliente de la atención a la vez que presta atención simultáneamente tanto a la experiencia traumática como al presente.
2. 2. Un efecto diferencial de explosión neuronal causada por los diferentes estímulos, que puede equivaler a una corriente de bajo voltaje y afectar directamente al potencial sináptico ( Barrionuevo)
3. 3. Descondicionamiento causado por una respuesta de relajación (Shapiro)

El movimiento ocular activa el procesamiento de la información y lo reequilibra. Con cada set de movimientos, movemos la información traumática a un ritmo acelerado hacia el/los canales o caminos apropiados hasta que se resuelve de forma adaptativa. De forma metafórica podemos pensar en este sistema de procesamiento como un mecanismo de digestión o de metabolización de la información.

El método cuenta con 8 fases de las cuales son muy importantes las dos primeras que tienen que ver con la obtención de la Historia Clínica del paciente y Plan de tratamiento así como la Preparación de la Sesión, que pueden ser comunes a cualquier terapia aunque en este caso explicaríamos la técnica y estableceríamos un lugar seguro a donde el paciente puede volver cuando el material que se trabaje sea excesivo para ese momento. En la tercera fase ;de Evaluación es cuando entramos en lo más caracte-

rístico del procedimiento.

**Ejemplo de parte de una Sesión:**

T: vamos a empezar visualizando el momento más traumático del accidente. ¿Puedes visualizar ese momento, qué ves?

P: Estoy atrapada en el asiento y no puedo salir. Pienso que estoy atrapada y no puedo hacer nada .

T: ¿Cuándo estabas atrapada y pensabas que no podías hacer nada, que sentías?

P: Mucho miedo, pensaba que iba a morir.

T: Visualiza ese momento, pensando que no puedes hacer nada y sintiendo miedo. ¿En qué parte del cuerpo lo sientes, y qué notas?

P: En el estómago, tengo una opresión muy fuerte.

T: Si midiéramos esa sensación desagradable en una escala del 0 a 10, donde el 10 es muy desagradable y el 0 nada desagradable ¿cuánto sientes la sensación de miedo?. (El cliente da un 10 en la escala SUD).

T: Bien, concéntrate ahora en la imagen y el sentimiento de impotencia y sigue el movimiento de mis dedos con tus ojos. (se efectúa una serie ). Bien. Quédate en blanco y respira profundamente. (unos minutos de descanso) Concéntrate de nuevo en la imagen ¿Qué aparece ahora?

P: No lo sé parece que mejor. Estaba atrapada por los zapatos y me los quito, me arrastro fuera del asiento y veo que he salido.....

T: De acuerdo, cuando visualiza el momento del impacto y se ve atrapada y piensa que es impotente del 0 a 10 en ¿dónde estaría?

P: probablemente en un 7

T: Mantenga esto (movimiento de ojos). Bien. Quédese en blanco. Haga una respiración profunda. ¿qué aparece?

P: Me ha venido a la mente una imagen que no tiene nada que ver. Era pequeña y venía un perro muy grande hacia mí y me tiraba al suelo.

(aparece un nuevo canal cuando al cliente se le dijo que volviera al primer objetivo. Este segundo canal indica una cadena de material asociado ligado al concepto de "miedo e impotencia")

T: Concéntrate en esa imagen del perro viniendo hacia ti, en la sensación de impotencia, ¿dónde lo sientes?

P: igual que antes en el estómago, es una sensación de opresión como si no pudiera respirar..

### ***Algunos casos para ilustrar lo que hemos comentado***

#### **ACCIDENTE DE TRAFICO**

Los Hechos: una joven de 23 años tiene un accidente de coche en el que choca con la mediana y sale despedida a una carretera inferior dando varias vueltas de campana y quedando el coche boca abajo. Queda atrapada y la sacan unos jóvenes, ella está consciente y sólo ha tenido una rotura de los tendones de la mano izquierda. El coche ha quedado volcado delante de un autobús de niños.

Terapia: En la evaluación se aprecia sintomatología de estrés agudo (Diagnostic Statistic Manual. A.P.A. 1994)

#### Criterio A

- La persona ha experimentado un acontecimiento caracterizado por amenazas a su integridad física.
- La persona ha respondido con un temor y desesperanza intensa

#### Criterio B

- Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar, en los que se incluyen pensamientos e imágenes.
- Sueños de carácter recurrente que producen malestar
- Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático específico

- Respuesta fisiológica (llanto) al exponerse a dichos estímulos.

#### Criterio C

- Esfuerzos por evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático
- Sensación de que algo malo pueda pasar
- Sentimientos de indefensión.
- Sensación de que el accidente le va a impedir volver a su vida normal

#### Criterio D

- Dificultades para conciliar el sueño y mantenerlo
- Hipervigilancia

Ha tenido la visita de muchos amigos pero la noche anterior no ha podido dormir nada y se la ha pasado entera llorando.

(Parte de la sesión).....

“Lo que más recuerdo es la sensación de estar dando vueltas en el coche y que no puedo parar, la falta de control y de pronto siento como si no estuviera allí y me veo desde fuera, como si flotara, era como en una película, no sentía ningún dolor solo decía que estaba bien, que no me pasaba nada aunque veía que mi mano sangraba. Luego sentí una calma tremenda”

Es muy corriente que en situaciones traumáticas aparezcan síntomas disociativos como en este caso:

- Sensación de desapego o de separación de uno mismo y del propio cuerpo
- Sensaciones de irrealidad
- Adormecimiento de las emociones
- Agudización de los sentidos
- Cambios en la percepción del entorno
- Ralentización del tiempo
- Aceleración de los pensamientos



## ACCIDENTE FERROVIARIO

### *Evaluación del estado de la paciente*

La valoración psicológica muestra que A. responde de manera funcional en los procesos cognitivos básicos (atención, memoria, lenguaje y pensamiento).

En cuanto a su estado de ánimo, sus verbalizaciones sobre el accidente evidencian sintomatología de estrés agudo Criterios diagnósticos del DSM IV para el trastorno de Estrés Agudo (ver caso anterior) y algunos específicos como:

#### Criterio B

- Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático específico (ruido del tren en la habitación del hospital)
- Respuesta fisiológica (vacío en el estómago, llanto) al exponerse a dichos estímulos.

#### Criterio C

Sensación de que algo malo pueda pasar (perder la pierna). Sentimientos de indefensión.

Adicionalmente al estrés agudo, A. experimenta ansiedad ante la posibilidad de perder el curso por no poder acudir a los exámenes. Se orienta a la familia en la forma de manejar la situación en el instituto.

#### Terapia:

Se trabaja la ansiedad específica a perder el curso adicionalmente al accidente.

No puede dormir y se pasa hasta las 3 o 4 de la mañana dando vueltas en la cama. El resto del día, al estar acompañada, no suele pensar sobre el accidente.

Trabajamos el miedo que le produce pensar en tener que coger de nuevo el tren. Esto provoca sentimientos de angustia acompañados de malestar corporal. Se ve impotente e incapaz de volver a montar en un tren, más teniendo en cuenta que tendrá que hacerlo si quiere continuar sus estudios y que durante un tiempo va a

tener que hacerlo con muletas. También le produce angustia dónde se va a sentar en el tren.

Trabajamos estos pensamientos, activación sensorial, corporal y comportamental hasta su extinción. Después instauramos capacidad de control de la situación, relajación corporal y desactivación sensorial. Terminamos con una relajación profunda y queda tranquila. En ese momento terminamos la sesión.

Ha aparecido la generalización del miedo que sintió durante el accidente a perder la pierna (y la vida) a otros miedos como el ser agredida, el miedo a morir joven y el miedo al ascensor (situación cuya similitud con el vagón del tren es muy apreciable).

Estas generalizaciones son comunes y de ahí la importancia de una intervención temprana antes de que dichos miedos queden fijados.

Se ha trabajado en estos dos aspectos: los trastornos del sueño y la generalización del miedo a otras situaciones similares, quedando la paciente muy tranquila y relajada.

Se le ha reforzado, como en la sesión anterior, su capacidad de poder controlar las situaciones devolviendo la confianza perdida. Por ejemplo, teme que al salir con sus amigos le puedan dar un golpe en la pierna y tener que pasar por toda la experiencia vivida.

## OTRA PACIENTE CON ACCIDENTE DE COCHE

La paciente relata que tras sufrir un accidente de coche padece los siguientes síntomas:

- Pánico al coche. No ha vuelto a conducir, no sólo porque físicamente no pueda, si no también porque le tiene mucho miedo. Cuando se monta con alguien se pone muy ansiosa y angustiada, pensando que puede ocurrir otro desastre.
- Piensa que ha cometido un error o se ha equivocado en algo en su vida que le ha llevado a esta situación, como si fuera un castigo.
- Tiene una sensación de descontrol, que ella no puede hacer nada para remediar su presente y su futuro.

- Siente desesperanza y abandono.
- No ha vuelto a subir a su habitación que está en el último piso, por si les pasa algo a sus padres o a ella misma, y no pueda llegar a tiempo.
- Siempre está en tensión. Y tiene muchos cambios de humor.
- Se siente triste y muy irritable.
- Se siente muy débil y desprotegida. Tiene la sensación de que está sola.
- Piensa que no va a tener nada en un futuro que merezca la pena.
- Tiene la sensación de que no va a ser capaz de enfrentarse con situaciones nuevas o que supongan un cambio.
- Le cuesta mucho conciliar el sueño. No se duerme hasta las cuatro o cinco de la mañana. Consigue dormir cinco horas. Es un sueño intranquilo.
- Sigue teniendo pesadillas con el accidente, aunque menos que al principio. Sueños con las personas y las cosas (peluches, pitillera) que iban dentro del coche, con las llamas y los chillidos.
- Es incapaz de ver una película porque no se concentra, pierde el hilo del argumento.
- Revive los hechos cada vez que lo cuenta, o cuando ve algo similar en la televisión o en películas.
- Tiene pensamientos intrusivos y recurrentes del acontecimiento cuando se encuentra inactiva.
- Se pregunta que hubiese pasado si no hubieran ido a Toledo o no hubiese conducido ella.
- No tiene ganas de arreglarse. No se pinta y se queda en pijama todo el día.
- No le apetece salir a la calle, ni ir a tomar algo, ni siquiera estar en una reunión. Le agobia y se cansa de la gente.
- Le cuesta asimilar lo que le está pasando.

Se trabajan con EMDR los síntomas traumáti-

cos y luego se continúa la terapia con otro enfoque para afrontar la patología depresiva que ha surgido a raíz del accidente.

### **Situación actual del método**

Parece más que evidente que EMDR se está introduciendo con fuerza entre las opciones terapéuticas de uso común, es curioso además, que lo está haciendo con independencia de la orientación teórica. Esto puede ser debido por una parte a que se constituye en una herramienta eminentemente práctica. Además, el protocolo de ocho pasos para su administración se domina con bastante facilidad, claro que esto sucede cuando la práctica se limita estrictamente a seguir linealmente el protocolo. Otra cosa son los entresijos de cada una de las partes, añadido el hecho de que cada paciente es un caso particular con diferencias apreciables.

Por otra parte, la escasa sustentación teórica sobre cual es el mecanismo que opera, permite un cierto eclecticismo pragmático y una cómoda aceptación por parte del terapeuta ya que continúa siendo cierto que proporciona resultados y lo hace con gran economía de tiempo con relación a otras técnicas más tradicionales.

Pero, ¿es esto suficiente?. Éticamente no debería serlo. A medida que se expande el método, crece también la polémica y aparecen defensores y detractores dispuestos a debatir entre otros temas la mencionada falta de sustentación científica.

Tal y como están las cosas es muy lógico que existan tanto defensores como detractores, no queremos ser ni lo uno ni lo otro, lo que si queremos ser es positivamente críticos, lo que supone valorar todos los puntos de vista.

### **Posiciones contrarias**

Entre los detractores, Muris y Merckelbach 1999 no se muestran demasiado de acuerdo en que algunos practicantes de EMDR sostengan que no solo es eficaz en PTSD, la proliferación de defensores del método les resulta un poco incomoda y ponen el acento en que los teóricos de EMDR se encuentran en terreno pantanoso vista la ausencia de una sólida base empírica.

A ellos se unen, Herbert et al 2000, que aluden como los anteriores a la falta de evidencia em-

írica, discutiendo sobre lo que ellos llaman “promoción comercial agresiva”. La forma de presentación en sociedad del método parece darles, al menos en esta parte, la razón. Pero no nos parece demasiado acertado el adjetivo “pseudo ciencia” que usan en su revisión. Cier- to es que faltan aún iniciativas, por lo que hay que ser prudente e intentar antes de la quema, sinó agotar, si proponer e investigar las posi- bles hipótesis que puedan surgir. Con estos au- tores compartimos, como ya se ha expuesto, la practicidad de EMDR, que facilita a los psicólo- gos adoptar la técnica aún sin un exhaustivo ejercicio crítico.

Cahill, Carrigan y Frueh 1999, sostienen por su parte que otros tratamientos son más efectivos para PSTD y afirman de nuevo que no existe evidencia convincente de que EMDR contribuya perceptiblemente al resultado de ningún trata- miento.

Se ha comparado la eficacia de EMDR con una variante más clásica de corte cognitivo- comportamental (Trauma Treatment Protocol). El estudio clínico realizado por Devilly y Spence 1999, que contó con la participación de tera- peutas entrenados en ambos procedimientos, concluye con que TTP resulta estadísticamente más eficaz que EMDR, resultado que se man- tiene después de tres meses.

De todas formas, parece que la experiencia in- dica como mínimo que frente a la ausencia de tratamiento o tratamientos no validados, EMDR presenta eficacia en la reducción de algunos desordenes relacionados con la ansiedad. Se- guramente muchos tendrán ejemplos que apar- tar sobre los beneficios obtenidos en tratamien- to con EMDR y además, estamos convencidos de que en general el grado de satisfacción es bastante elevado.

Por otra parte, puede ser importante señalar que otros autores intentan ser más prudentes. En respuesta a posturas radicales anti-EMDR, Greenwald 1999 hace referencia a la negligencia selectiva de la literatura de otros autores co- mo McNally. Cuando esto sucede, evidente- mente existe un sesgo importante en el trabajo resultante, en beneficio de una visión prees- tablecida sobre la cuestión. Por tanto, tampoco en estos casos podemos aceptar que se cum- plan los necesarios principios científicos y la ca- lidad se ve bastante disminuida.

### **Posiciones favorables**

Hasta aquí puede que los defensores de EMDR puedan sentirse un poco desanimados, pero en contraposición existen trabajos que alientan a su uso. Para el tratamiento de PTSD Korn Y Leeds 2002, proponen como intervención eficaz un protocolo EMDR. Lo circunscriben a la fase inicial de estabilización como parte de una tera- pia completada con ayuda de otras técnicas. Parece que en su caso, los resultados psicomé- tricos apoyan su uso sugiriendo la investigación futura para mayor avance.

Comparativamente, EMDR ofreció también bue- nos resultados con relación a un entrenamiento en inoculación de estrés con exposición prolon- gada. Lee et al. 2002, hallaron que no existían diferencias apreciables en medidas globales al final del tratamiento, sin embargo EMDR ofrecía mejores resultados en las medidas de subesca- la para el grado de síntomas de intrusivos, es- tos resultados se mantenían posteriormente a favor del uso de EMDR para el tratamiento de PTSD.

La revisión de la literatura y su puesta en practi- ca, ofrece también evidencias para apoyar el uso clínico de EMDR para Lipke 1997. Esta postura resulta defendida también por McCu- llough 2002 o Stickgold 2002 que la contraponen con buenos resultados a otras técnicas como por ejemplo el flooding, aunque mantiene aún que la explicación teórica del mecanismo ope- rante le resulta insuficiente.

A la vista de todo lo anterior, no podemos ob- viar cual es la postura de la descubridora del método. En este sentido, nos parece que Sha- piro 2002 resulta cuando menos razonable al sugerir que debe aumentar la investigación y la prueba de los protocolos actuales. Según esta autora no se ha iniciado todavía una compara- ción exhaustiva con otros tratamientos, identi- ficando los obstáculos en la carencia de estudios de replica independientes. Al mismo tiempo, po- ne el énfasis en la necesaria colaboración de los clínicos, quienes tienen un importante papel en el examen extenso y riguroso de los trata- mientos psicológicos usados en la práctica clíni- ca.

### ***Estrategias usadas para obtener efectividad***

Muchas son las preguntas que quedan por contestar, el buen estado de salud de las actividades, tanto teóricas como prácticas, hace que cada posible respuesta proporcione nuevas preguntas más definidas, por lo que es de esperar que se generen respuestas también más cercanas a la realidad.

Podemos por tanto generar diversas hipótesis, aportando elementos de reflexión que hagan más cómoda la eliminación de interrogantes. De esta forma, se consigue aumentar la seguridad a medida que encontramos explicación a nuestras dudas.

¿Cuales son los motivos de que EMDR resulte efectivo y hasta cierto punto cómodo para el terapeuta? Ya hemos hablado de la practicidad, no obstante, sin entrar en el debate sobre los mecanismos fisiológicos o bioquímicos que se generan, se nos ocurre poner énfasis sobre algunas cuestiones por el momento más tangibles.

EMDR combina elementos comunes o recogidos de otras técnicas y los ordena en función de los objetivos. Fijamos como objetivo la eliminación o mejora de estados relacionados con la ansiedad, enfrentando al sujeto a la causa de esta y proporcionándole mecanismos de afrontamiento adecuados. El paciente tiene oportunidad de entrar en contacto con acontecimientos no resueltos con potencial traumático, posibilitando su desbloqueo y por tanto su correcta elaboración.

La construcción de una narrativa completa y coherente para el sujeto, relativa a la situación traumática, elimina las partes desconocidas, aumenta su capacidad de enfrentarlo objetivamente y en definitiva prepara al sujeto a recordar de forma completa y sin ansiedad residual.

Toda sesión de EMDR debe empezar por establecer una cognición negativa a la que contraponemos un "recambio" positivo que si todo transcurre de forma optima, será finalmente instalado. Esto sucede finalmente a través de la coexistencia de la cognición positiva con un estado de relajación y la reducción de sensaciones corporales negativas. En buena lógica, el entrenamiento en técnicas de relajación puede resultar de mucha ayuda.

### ***La Relajación***

De hecho, Taylor et al 2003, han relacionado técnicas como EMDR con exposición y entrenamiento en relajación para el tratamiento de PTSD. Los resultados proceden del tratamiento con cada una de la técnicas por separado y en ningún caso proceden a su combinación y aunque no encuentran diferencias significativas en relación a la eficacia y velocidad entre EMDR y la relajación, la incidencia sobre la reducción de síntomas es perceptiblemente mayor en el caso de la exposición. ¿Qué sucedería entonces en caso de combinarlas?

Seguimos sin estar delante de un proceso de investigación exhaustivo, pero esta combinación ha sido ya puesta en práctica. A falta de datos consistentes, se puede lanzar como hipótesis la obtención de buenos resultados como consecuencia de entrenar relajación para su uso en sesiones de EMDR.

Habiendo establecido el rapport inicial, se continúa con el protocolo de la forma habitual, la diferencia consiste en introducir pautas de respiración seguidas de visualización para establecer el "lugar seguro" o procedimientos de relajación fisiológica. A partir de este momento, la sesión puede continuar según la práctica habitual.

Usando previamente estrategias o entrenamiento en técnicas de relajación, la sesión de EMDR procede por lo general de forma más adecuada. Se optimiza notablemente el control de las abreacciones que se reconducen con mayor facilidad, tanto por el terapeuta como por el propio paciente. Al mismo tiempo la confianza de este con el terapeuta resulta reforzada sumándose a la conseguida en el proceso inicial de rapport.

Como sabemos, la relación de confianza entre el paciente y el terapeuta resulta imprescindible para avanzar de forma conveniente, es algo que facilita mucho el proceso terapéutico. Supone comodidad, confortabilidad y optimas expectativas para el paciente, pero también para el terapeuta. Todos hemos tenido ocasión de experimentarlo y sabemos que un buen rapport supone un proceso de empatía y eliminación de las incomodidades, etc. Desde el inicio al final, si esto sucede, se consiguen beneficios tanto para el sujeto como el terapeuta y también para la sesión y el proceso.

## Sugestión

Atendiendo, de forma general, a como se realiza una desensibilización con esta técnica, podemos apreciar que tiene mucho que ver con la sugestión. El entrelazado cognitivo es usado por el terapeuta para focalizar, dirigir o potenciar la aparición de una cognición operativa para el paciente. Con ello pueden cambiar las atribuciones para su beneficio. Siendo así, la forma de aplicación del protocolo puede resultar pseudo hipnótica en algunas de sus partes. No se trata de una afirmación gratuita y de hecho, ya se ha trabajado con un protocolo que combina el uso de la hipnosis en el tratamiento con EMDR como foco principal. El uso del wreathing protocol por clínicos avanzados en ambos métodos resulta útil a estos (Fine y Berkowitz 2001).

Por tanto, la incorporación de los principios hipnóticos en el protocolo estándar de EMDR, amplía las posibilidades terapéuticas en situaciones clínicas complejas. Es interesante apuntar que esta opción tiene mucho que ver con la importancia de los desordenes disociativos, contemplada en el segundo nivel de entrenamiento en EMDR. Phillips 2001 es uno de los que piensan que resulta adecuado sumar posibilidades, lo que permite desarrollar diferentes habilidades.

Esta idea tiene suficiente importancia para plantearse su combinación, aunque no se ha encontrado ningún estudio que compare directamente hipnosis y EMDR, ambas técnicas se han empleado en el tratamiento clínico de fobias comprobado la eficacia de la hipnosis para este tipo de trastornos (McNeal 2001). Queda no obstante tanto pendiente someter EMDR a igual estudio por lo que una vez más se recomienda incrementar la investigación.

Beere, Simon y Welch 2001, postulan que la hipnosis puede tener como función activar el trabajo interno previo a la utilización de EMDR, de esta forma el paciente se encuentra mejor preparado para afrontar la sesión y se facilita el proceso relativo a la experiencia traumática.

Si estamos de acuerdo en lo anterior, tenemos entonces un abordaje que implica y relaciona lo fisiológico con lo cognitivo. No olvidemos que la escala SUDS se refiere precisamente a unidades de perturbación, la escala VOC se refiere a la validez de una cognición y que ambas co-

existen frente a la presencia o desaparición de síntomas físicos.

## Hablemos de sexo

En otro orden de cosas, hay algo sobre lo que no abundan referencias. Puede que sea adecuado recoger experiencias con relación al sexo del terapeuta. Sabemos que en ocasiones y para el uso de otras técnicas más tradicionales, se ha tenido en cuenta esta contingencia. Una revisión antropológica es ofrecida por Gomila 1978 centrándose como parece lógico, en la relación terapéutica. Otros autores Sherman 1993, se interesan por las posibles dificultades en esta relación, Kaplan 1985 se pregunta si las pacientes deben ser atendidas solo por terapeutas de su mismo sexo. Si fuera así, también sería razonable pensar que los hombres deben ser atendidos por terapeutas hombres.

No solo en esta técnica sino en cualquiera es de buen sentido ser críticos y buscar la mejor efectividad, por lo que no podemos aceptar que lo anterior sea una regla, como a buen seguro la mayoría se mostrará de acuerdo. Aceptaremos que puntualmente se opte por un terapeuta del mismo sexo, pero esto tendrá sus particulares motivos a los que no procede mostrar oposición, la normalidad indica que se trata de una opción en la que interviene el acuerdo de ambas partes. Siendo por tanto muy libre la elección de terapeuta, coincidimos con Kaplan en que son las acciones del terapeuta las que determinan el progreso y flujo terapéutico.

Algo parecido se plantean Cavenar y Spaulding 1978, para con la relación interracial, con resultado parecido. No debe sorprender en ningún caso. Si existieran diferencias relevantes nos encontraríamos frente a un gran problema, pero la realidad es que los pacientes acuden a las consultas con independencia de las características personales de quien realiza en ellas su labor profesional. ¿Podríamos hablar de profesionales en caso contrario?.

De eso se trata, los resultados dependen de la experiencia, la capacitación teórica y habilidad práctica y técnica de los terapeutas. EMDR resulta una técnica adaptable a esta circunstancia, cuanto más experiencia, mayor habilidad cuando se esté hablando de terapeutas motivados. Posiblemente esto es obvio, pero no por ello menos cierto.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, DSM IV 1997. Trastorno por estrés agudo pp.440-444.
- Beere DB, Simon MJ, Welch K. 2001. Recommendations and illustrations for combining hypnosis and EMDR in the treatment of psychological trauma. *Am J Clin Hypn.* 2001 Jan-Apr;43(3-4):217-31.
- Cahill SP, Carrigan MH, Frueh BC. 1999. Does EMDR work? And if so, why?: a critical review of controlled outcome and dismantling research. *J Anxiety Disord.* 1999 Jan-Apr;13(1-2):5-33.
- Cavenar JO Jr, Spaulding JG. 1978. When the psychotherapist is black. *Am J Psychiatry* Sep;135(9):1084-7.
- Devilly GJ, Spence SH. 1999. The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *J Anxiety Disord.* 1999 Jan-Apr;13(1-2):131-57.
- Fine CG, Berkowitz AS. 2001. The wreathing protocol: the imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. *Eye Movement Desensitization Reprocessing.* *Am J Clin Hypn.* 2001 Jan-Apr;43(3-4):275-90.
- Greenwald R. 1999. The power of suggestion: comment on EMDR and mesmerism: a comparative historical analysis. *J Anxiety Disord.* 1999 Nov-Dec;13(6):611-5; discussion 617-20.
- Gomila J. 1979. Sexual differences in the patient/therapist relation. Introduction by an anthropologist. *Soc Sci Med* Jul;12(3B):223-31.
- Herbert JD, Lilienfeld SO, Lohr JM, Montgomery RW, O'Donohue WT, Rosen GM, Tolin DF. 2000. Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: implications for clinical psychology. *Clin Psychol Rev.* 2000 Nov;20(8):945-71.
- Kaplan AG 1985. Female or male therapists for women patients: new formulations. *Psychiatry* May;48(2):111-21.
- Korn DL, Leeds AM. 2002. Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychol.* 2002 Dec;58(12):1465-87.
- Lee C, Gavriel H, Drummond P, Richards J, Greenwald R. 2002. Treatment of PTSD: stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *J Clin Psychol.* 2002 Sep;58(9):1071-89.
- Lipke H. 1997. Commentary on the Bates et al. report on eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR). *J Anxiety Disord.* 1997 Nov-Dec;11(6):599-602; discussion 603-6.
- McCullough L. 2002. Exploring change mechanisms in EMDR applied to "small-t trauma" in short-term dynamic psychotherapy: research questions and speculations. *J Clin Psychol.* 2002 Dec;58(12):1531-44.
- McNeal SA. 2001. EMDR and hypnosis in the treatment of phobias. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing.* *Am J Clin Hypn.* 2001 Jan-Apr;43(3-4):263-74.

- Muris P, Merckelbach H. 1999. Traumatic memories, eye movements, phobia, and panic: a critical note on the proliferation of EMDR. *J Anxiety Disord.* 1999 Jan-Apr;13(1-2):209-23.
- Phillips M. 2001. Potential contributions of hypnosis to ego-strengthening procedures in EMDR. *Eye Movement Desensitization Reprocessing. Am J Clin Hypn.* 2001 Jan-Apr;43(3-4):247-62.
- Shapiro F 1995. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures.* Guildford NY 1995
- Shapiro F. 2002. EMDR 12 years after its introduction: past and future research. *J Clin Psychol.* 2002 Jan;58(1):1-22.
- Shapiro F. 2002. EMDR and the role of the clinician in psychotherapy evaluation: towards a more comprehensive integration of science and practice. *J Clin Psychol.* 2002 Dec;58(12):1453-63.
- Sherman C. 1993. Behind closed doors: therapist-client sex. *Psychol Today* May-Jun;26(3):64-72.
- Stickgold R. 2002. EMDR: a putative neurobiological mechanism of action. *J Clin Psychol.* 2002 Jan;58(1):61-75.
- Stickgold R. 2002. EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *J Clin Psychol.* 2002 Jan;58(1):61-75.
- Taylor S, Thordarson DS, Maxfield L, Fedoroff IC, Lovell K, Ogradniczuk J. 2003. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR,

## Reflexiones sobre la intervención psicológica en emergencias: El caso español

Ferran Lorente

### Key words

Crisis intervention, stress management, workplace mental health, sustainability.

### Abstract

Due to its present standard of development, we find ourselves compelled to define the "psychology used to treat victims of emergencies" from a pragmatic approach. In this respect, its aim would not be other than the application of the existing general psychological knowledge to the situations and services related to emergencies, and its goal of study would be "the psychological field which includes the circumstances surrounding the emergency as a whole". All of the above results in an obvious reference to a "cross" or "applied" psychology.

Although we do not have a paradigm of this type of psychology, the process of defining the scope of investigation allows us to develop ways of progress and specific methodologies of work and analysis. The above-mentioned process answers to objective social needs and demands resulting from the socio-historical processes and changes which have taken place in the country in the last decades.

Within this context, the programmes of psychological assistance to the casualties, together with programmes aimed at stress-checking and mental health at work, are perceived as clear indicators of quality of life. Given the possible great demand for this kind of service, the proliferation of which cannot be endless, in years to come the sustainability of these services will be put to test. A debate which delimits the area of the above mentioned object of study is therefore suggested for future.

Despite the increasing demand and the existence of labour laws which can be interpreted as favouring the access to psychological assistance to the very staff working on emergencies, the policies aimed at reducing public expense, to the detriment of welfare, can ruin the most optimistic expectations.

### Resumen

Debido a su actual nivel de desarrollo, nos vemos obligados a definir la "Psicología de las Emergencias" desde la pragmática. En este sentido su finalidad no sería otra que la aplicación del conocimiento general psicológico existente a las situaciones y servicios de emergencias y su objeto de estudio "el campo psicológico que abarca el conjunto de la emergencia", todo lo cual hace evidente que nos referimos a una psicología "transversal" o "aplicada".

Aunque no disponemos de un paradigma de la psicología de las emergencias, el proceso de delimitación del campo propio nos permite desarrollar vías de avance, metodologías de trabajo y de análisis. Dicho proceso responde a necesidades y demandas sociales objetivas resultantes de los procesos y cambios socio-históricos acaecidos en el país en los últimos decenios.

En este contexto los programas de asistencia psicológica a las víctimas, así como los programas de gestión del estrés y de salud mental laboral, son percibidos como claros indicadores de calidad de vida. Dada la facilidad con que puede extenderse la demanda de este tipo de servicios, cuya proliferación no puede ser ilimitada, en los próximos años se pondrá a prueba su sostenibilidad. Se propone un debate que marque unos horizontes realistas al área objeto de estudio.

A pesar de la creciente demanda e incluso de la existencia de leyes laborales que permiten ser interpretadas en el sentido de propiciar la asistencia psicológica a los trabajadores de las emergencias, las políticas de contención del gasto público que van en detrimento del estado del bienestar pueden dar al traste con las más optimistas expectativas.

### Intervención en emergencias

La definición y delimitación de la llamada "Psicología de las Emergencias"(PdE) surge como una necesidad si tenemos en cuenta el creciente uso que del citado término se hace en diversas publicaciones.



Este uso es más patente en las publicaciones colegiales que en las científicas, lo cual podría hacernos creer que en este caso la práctica civil va por delante del quehacer científico, cuando en realidad ambas tareas discurren parejas.

Tal confusión desaparece si describimos la PdE como "transversal" o como una "psicología aplicada" (Lorente 2002).

Cabe destacar el valioso esfuerzo de conceptualización y adaptación de Valero S.(2001), cuyo enfoque compartimos en gran medida.

Otra confusión también frecuente es la de tomar la parte por el todo; así hay quien califica de "psicología de las emergencias" lo que en realidad sería intervención psicológica en catástrofes y desastres, evidentemente la parte más mediática del conjunto.

El actual nivel de desarrollo de la PdE hace que difícilmente podamos buscar delimitaciones conceptuales sistemáticas y epistemológicas, sino que más bien debemos movernos desde la pragmática, es decir, tomando en cuenta principalmente lo que hacen los psicólogos emergencistas.

En este sentido su finalidad no sería otra que la adaptación y aplicación del conocimiento general psicológico existente a las situaciones y servicios de emergencias (Lorente 2002).

Su objeto de estudio podría definirse como "el campo psicológico que abarca el conjunto de la emergencia", lo cual implica:

Un tiempo: el antes, el durante y el después (Valero S.2001)(Cortes E.G.2002), y unos espacios propios de cada uno de los tiempos.

Unos sujetos: las víctimas y los intervinientes (entendidos ambos en un sentido muy amplio), y las instituciones que los encuadran.

Unas circunstancias: las propias de la emergencia entendida ésta en el curso temporal anteriormente descrito.

Existen multitud de campos de estudio que abordan por separado, y a veces incluso desde diferentes paradigmas generales, aspectos propios de la PdE.

Tomemos sólo unos ejemplos:

Las técnicas de intervención en crisis pueden contemplarse desde la psicología jurídica (víctimas de delitos), la psicología comunitaria (asistencia social), la psicología de las organi-

zaciones (asistencia a empleados en crisis), la psicología de las emergencias.

Los estudios sobre estrés pueden plantearse desde la psicología clínica en su sentido más individual, pero también desde la psicología social en sus efectos más grupales, desde la psicología de las emergencias en su prevención y gestión para grupos de profesionales o de víctimas...

Así pues nos encontramos, por una parte, con conceptos útiles ya definidos que forman parte de postulados a menudo ajenos a las emergencias y, por otra, con conceptos empíricos tomados de estudios efectuados en situaciones de emergencia; tal sería el caso de multitud de trabajos sobre biología del estrés que han empleado como sujetos a miembros de las organizaciones vinculadas a la emergencia.

De este modo podemos aprovechar ambos tipos de conceptos, pero también podemos crear, a partir de ello y en el proceso de delimitación del campo propio, unas aplicaciones y toda una metodología de trabajo y de análisis. Está claro que esto no nos da un "paradigma de la psicología de las emergencias" pero también aparece como una vía de avance y aproximación a éste.

Un buen ejemplo de lo antedicho es la técnica del Critical Incident Stress Debriefing (CISD) desarrollada originariamente por Jeff Mitchell. Para un lego dicha técnica no se diferencia demasiado de una terapia de grupo, a pesar de los ataques recibidos (Bisson, J.I., & Deahl, M. P., 1994) y la polémica suscitada por algunos estudios (Wessely, S., Rose, S., Bisson, J., 2000), el debriefing - y diversas prácticas con un alto grado de similitud con éste-, continúa siendo una técnica emblemática (Galliano, S., Cervera, M., Parada, E., 2003) y junto al "Eyes Movement Desensitization and Reprocessing" (EMDR) de Shapiro, excelentes recursos de choque en la asistencia a los afectados por incidentes críticos.

Este proceso de construcción de un área psicológica nueva, no se emprende de modo gratuito, responde a una necesidad real y objetiva. En definitiva serán las demandas procedentes de la sociedad en torno a este tema las que marcarán en gran medida la dirección que tome su desarrollo futuro.

### Desarrollo de la Psicología de las emergencias

En el ámbito geográfico español el desarrollo de los diferentes grados de compromiso que abarca la PdE ha sido desigual.

La intervención psicológica en catástrofes ha tenido gran resonancia mediática en los últimos años. Especialmente a partir de la riada que afectó al camping "Las Nieves" en Biescas, han aparecido numerosos grupos de psicólogos voluntarios vinculados a los colegios de psicólogos o a Cruz Roja.

Paralelamente en varias comunidades autónomas existen grupos de psicólogos que trabajan de forma profesional y remunerada en los organismos institucionales vinculados a la emergencia. Su labor va dirigida generalmente a la asistencia psicológica a víctimas de incidentes críticos y a la gestión del estrés en los colectivos de los que forman parte (generalmente ejército, bomberos, policía y sanitarios). Desde hace varios años existe un grupo de coordinación periódica – el Gintercivil- en la Protección Civil estatal.

Las causas genéricas de este auge repentino debemos buscarlas, a mi entender, en los cambios socio-históricos que ha vivido la sociedad española en la segunda mitad del siglo XX especialmente en los últimos veinte años, que afectan tanto la estructura familiar como las relaciones comunitarias.

A modo de aproximación exclusivamente descriptiva, podríamos decir que cada vez es más frecuente que las víctimas de incidentes críticos no puedan disponer de una familia extensa capaz de arroparlas y ayudarlas a gestionar adecuadamente su estrés; los españoles cada vez estamos más solos.

Es evidente que no es éste el único motivo; factores tales como el aumento del nivel de vida con un ascenso cualitativo en la pirámide de necesidades, o la importancia creciente que se da al bienestar psicológico en el marco de la salud laboral (Ley de Prevención de Riesgos Laborales, 1995), no son ajenos al desarrollo de la psicología de las emergencias.

La asistencia a víctimas e intervinientes en incidentes críticos y los programas de gestión del estrés son, a nuestro entender, claros indicadores de calidad de vida y de este modo son percibidos por sus beneficiarios y la sociedad en general.

Como causas subjetivas hemos de mencionar la excelente acogida que nuestra intervención tiene en todos los ámbitos, así:

- Las víctimas agradecen extraordinariamente la asistencia psicológica (y psicosocial) que se les presta. Ven al equipo que les asiste como la expresión de la solidaridad que reciben del conjunto de la sociedad.

- Sus conciudadanos ven transmitidas a través de los equipos de asistencia psicológica sus ansias de solidarizarse con las víctimas. La buena prensa que recibe este tipo de intervenciones debe interpretarse como la emisión de un veredicto social positivo.

- Entre estos factores no podemos olvidar las repercusiones que nuestra presencia en una intervención tiene respecto a los gestores (técnicos y políticos) de la emergencia. Liberándolos de gran parte de la ansiedad vinculada a la interrelación con los familiares de las víctimas, ya que esta relación es en gran parte asumida por nosotros. Pero también permitiéndoles aportar un nuevo recurso cuando, desde la perspectiva clásica, las posibilidades de ayuda estarían agotadas.

- La visión de los profesionales de los servicios de emergencia (sanitarios, bomberos, policías) en tanto que víctimas potenciales, salvadas las reticencias iniciales, es muy positiva. Existen sin embargo grandes reparos ante la posibilidad de interferencias en la tarea primaria, -sobre todo si aparecen propuestas peregrinas del tipo; "introduzcamos un psicólogo en cada ambulancia", que denotan un desconocimiento profundo del mundo real de las emergencias.

- Los profesionales de la salud mental y de los servicios personales, que practican una intervención mucho más pautada, sosegada y con mayores posibilidades de dilatación en el tiempo, alejados como están del ritmo trepidante de la emergencia, ven con buenos ojos la intervención de los equipos de emergencia psicológica, siempre y cuando se limiten a su momento concreto y finalizado éste efectúen las derivaciones oportunas.

Llegados a este punto hemos visto que existen diversas causas, llamémoslas sociológicas, y un factor tan poderoso como la demanda. Pero ¿cuáles son las causas objetivas por las cuales vale la pena desarrollar lo que llamamos descriptivamente "Psicología de las Emergencias"? A nuestro modo de entender la aplicación del conocimiento psicológico existente permite:

- Ayudar a las víctimas potenciando el afrontamiento y la gestión eficaz de las situaciones de estrés asociadas o derivadas de incidentes críticos y situaciones traumáticas.

- De igual modo permite la gestión del estrés por parte de los miembros de los diversos equipos de socorro (Programas de Gestión del Estrés), derivado no sólo del incidente crítico o de la situación traumática directamente vinculada a la emergencia sino también de la convivencia en los parques, comisarias o bases de operaciones.

- También del estrés organizacional presente en cualquier agrupación laboral. En este sentido la salud laboral mental, la prevención primaria y secundaria de los trastornos entre los miembros de los servicios de emergencia forman también parte de las tareas psicoemergencistas.

- Participar en la selección del personal de emergencias y en las tareas de formación de éste, ha sido frecuentemente la puerta de entrada natural de la psicología en los servicios de emergencias, probablemente por tratarse de dos áreas consolidadas en el marco de la Psicología Industrial y de las Organizaciones. No pensamos que exista un perfil psicológico idóneo de bombero, dado que éste es un trabajo en equipo donde la diversidad de perfiles garantiza la flexibilidad del equipo, lo cual influye decisivamente en su capacidad de adaptación bajo tensión a las circunstancias cambiantes de la emergencia. Debe existir sin embargo un perfil profesional referido a conocimientos, destrezas y valores reduciendo la selección psicológica a la exclusión de los perfiles de personalidad mórbidos o premórbidos, en especial puntajes altos en ansiedad-rasgo o en depresión.

- La formación en primeros auxilios psicológicos y en la gestión del estrés propio a los miembros de los servicios vinculados a la emergencia.

- El asesoramiento al mando y a los gestores técnicos o políticos de la emergencia.

- La planificación o el asesoramiento en la planificación de tareas de todo tipo, tales como: campañas de prevención, operativas, diseño de protocolos.

La relación que antecede abarca una considerable porción del saber general psicológico, lo

cual no implica un conocimiento automático por parte del psicólogo que aspira a ser emergencista. Existe una ausencia de formación específica que profundice en cada uno de los citados apartados desde la perspectiva que tratamos; en tanto no aparezca ésta, el psicólogo emergencista deberá buscar por sus propios medios y crear sus propias metodologías, todo lo cual no deja de ser un apasionante aliciente añadido.

### ***Orientaciones futuras***

El desarrollo y crecimiento de la PdE deberá enfrentarse en los próximos años a una auténtica prueba del 9, el nombre de dicha prueba se llama sostenibilidad.

Existen áreas dentro de la PdE con unas posibilidades de desarrollo extraordinariamente amplias, tal sería el caso de la asistencia psicológica a las víctimas de accidentes de tráfico.

Compete a los administradores públicos definir las características de la cobertura que se debe dar en cada caso, equilibrando las necesidades y las disponibilidades presupuestarias, ya que en último término serán los presupuestos los que delimiten hasta donde alcanza la asistencia.

Las leyes actuales en materia de salud laboral (Ley de Prevención de Riesgos Laborales, 1995 ) obligan a cuidar la salud mental de los trabajadores. Esta obligación debe concretarse, ineludiblemente, en los servicios de emergencias, con unos programas de Gestión del Estrés y preventivos adecuados a las necesidades del personal.

Pensamos que es necesario abrir un debate en el que participen gestores, especialistas y organismos profesionales, que delimite el tipo de asistencia y el alcance que ésta debe tener en los próximos años. Sabemos que estos límites serán tanto más imprecisos cuanto más lejano situemos el horizonte temporal. Pero sin duda permitirán a las instituciones y gestores una planificación adecuada de estos servicios; por otra parte, darán una perspectiva realista a las expectativas de los profesionales.

Existe también la necesidad de delimitar el campo que debe abarcar cada uno de los grupos implicados. Actualmente cuando se produce una intervención de cierta magnitud mediática, aparecen grupos de psicólogos voluntarios con la más variopinta formación y procedencia. Incluso miembros de organizaciones más o menos sectarias con una formación psicológica más que somera, intentan contactar

con las víctimas ofreciendo soluciones milagrosas al dolor experimentado por la pérdida.

La progresiva protocolización de las intervenciones irá poniendo a cada cual en el ámbito que le sea propio, el cual podrá variar en función de las legislaciones vigentes en cada territorio, por lo cual puede presentar notables diferencias de uno a otro país.

Nos hemos referido a la PdE como claro indicador de calidad de vida. Es evidente que si esta

calidad se deteriora, debido a un desmonte sistemático del llamado estado del bienestar y persisten las políticas que pretenden globalizar al primer mundo haciéndolo cada vez más semejante al tercero en lugar de aplicar la operación inversa, poco futuro podemos augurarle a la PdE.

### BIBLIOGRAFIA

- Bisson, J.I., & Deahl, M.P. "Psychological debriefing and prevention of post-traumatic stress: More research is needed". *British Journal of Psychiatry*, 159, 717-720, 1994.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 35/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE número 260, 10/10/1995.
- Cortés, E.G., "La percepción psicológica del riesgo y el desastre" *Cuadernos de Crisis*, nº2, vol.1, 2003.
- Galliano, S., Cervera, M., Parada, E., "El CIPR, procesamiento y recuperación ante incidentes críticos", *Cuadernos de Crisis*, nº2, vol. 2, 2003.
- Lorente, F., "La psicología de l'Emergència i la seva praxi", "Grups, xarxa i comunitat. La Praxi del Psicòleg de la Intervenció Social", 81-90, Col.legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya. 2002.
- Valero S., "Psicología en emergencias y desastres una nueva especialidad", [www.monografias.com](http://www.monografias.com) (2001).
- Wessely, S., Rose, S., Bisson, J., "Brief psychological interventions ("debriefing") for trauma-related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder", *The Cochrane Library*, issue 3, Oxford, 2000.

Cuadernos de **CRISIS**

**Revista semestral de la psicología de las emergencias  
y de la intervención en crisis**

*<http://www.cuadernosdecrisis.com>*

*[cuadernosdecrisis@cuadernosdecrisis.com](mailto:cuadernosdecrisis@cuadernosdecrisis.com)*