

# Cuadernos de **CRISIS**

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

**El Trabajador/a social: Un perfil profesional en Urgencias:  
Dos protocolos de intervención en crisis**

***Cristina Milián Valle***

**Apoyo psicológico desde los bomberos a las víctimas  
y para los bomberos evitando que sean víctimas**

***Leal I., Villoria B., Martín LM., Paso JI., Bulbena A.***

**Respuesta psicosocial de emergencia  
tras el terremoto de Perú**

***Pacheco Tabuena, T.; Lasterra Sánchez, S.***





## **Cuadernos de Crisis**

La revista electrónica con contenidos para los profesionales de la psicología de las emergencias y la intervención en crisis.

Nuestras páginas acogen material relacionado con la gestión de las emergencias desde la perspectiva de la intervención psicosocial, la gestión del estrés en situación crítica y en particular al trabajo que prestan en este campo los profesionales de la psicología, las consecuencias y efectos de los incidentes traumáticos sobre la población afectada y los profesionales que intervienen en ellos, así como las técnicas usadas para su mitigación o abordaje.

Acogemos también trabajos que contienen elementos comunes o fronterizos con la teoría y la práctica de la intervención psicológica en emergencias.

Suscríbase gratuitamente en la siguiente dirección:

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

## **Cubierta**

Vista parcial de la muralla de Girona

**Fotografía de archivo**

Aún cuando existe un arbitraje previo a su publicación, Cuadernos de Crisis no está obligatoriamente de acuerdo con las opiniones vertidas en nuestros contenidos, la responsabilidad de los cuales recae únicamente en sus autores.

## **Dirección**

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

felogi@telefonica.net

Psicólogo consultor de emergencias.

### **Natxu Brunet i Bragulat.**

natxu.b@gmail.com

Psicólogo consultor de emergencias.

Jefe de la “Unitat d’Assistència i Intervenció en Crisi”.

Generalitat de Catalunya.

Direcció General de Policia.

## **Consejo de redacción**

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

Doctor en Psicología

Catedrático de la Universidad de Deusto.

### **Jordi Vilamitjana i Pujol**

Filólogo, periodista y escritor especializado en emergencias

Diari de Girona.

### **Agusti Ruiz i Caballero**

Médico de emergencias. Especializado en medicina hiperbárica.

Director Gerente de l' Institut d'Estudis Mèdics (IEM)

### **Josep Garre i Olmo**

Psicólogo y epidemiólogo

Hospital de Sta. Caterina. Girona

## **Contacto**

direccion@cuadernosdecrisis.com

## **Sumario**

### **Editorial**

**El Trabajador/a social: Un perfil profesional en Urgencias:**

**Dos protocolos de intervención en crisis**

*Cristina Milián Valle*

**Apoyo psicológico desde los bomberos a las víctimas y para los bomberos evitando que sean víctimas**

*Leal I., Villoria B., Martín LM., Paso JI., Bulbena A.*

**Respuesta psicosocial de emergencia tras el terremoto de Perú**

*Pacheco Tabuena, T.; Lasterra Sánchez, S.*

## Editorial

Ya nos hemos referido en otras ocasiones, a las urgencias de los hospitales como lugar de intervención privilegiado para el psicólogo, ya que tarde o temprano la mayor parte de las víctimas pasan por sus instalaciones. Cristina Millán nos recuerda en su trabajo que el asistente social juega también un papel concreto e importante, en el marco de la intervención en crisis, en las urgencias hospitalarias.

Contamos también con el trabajo de Itziar Leal, Begoña Vitoria, L.M. Martín, J.L. Paso y Antonio Bulbena, psiquiatras y psicólogos del Hospital del Mar (Institut Municipal d'Assistència Sanitària de Barcelona). Nos introducen en el programa PRE-B , el cual vienen desarrollando entre los bomberos pertenecientes al Servicio de Extinción de Incendios del Ayuntamiento de Barcelona. Conocemos de cerca su trabajo y podemos dar fe de la excelencia del mismo, es de esperar que el ejemplo cunda y programas como éste se multipliquen.

En el último momento hemos incorporado un artículo de Pacheco y Lasterra, especialmente bienvenido por su interesante y excelente contenido “Respuesta psicosocial de emergencia tras el terremoto de Perú” que nos da información de primera mano sobre el terremoto de Peru. A la par que nos reafirma en la visión que tenemos sobre el avance de la psicología de emergencias, que ya forma parte de modo natural de cualquier intervención de ayuda internacional correctamente organizada.

Afortunadamente, nos consta que hoy en día son muchos los lectores de Cuadernos de Crisis, nuestra revista cuenta por millares las visitas que recibe y cuenta también con un elevado número de suscriptores de diversos países, no todos de influencia hispana sino también anglosajones o francófonos. Creemos por tanto que responde a una necesidad real de comunicación, información y conocimiento de un amplio colectivo configurado entorno a los profesionales “psi” (psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales...) quienes con policías, bomberos y sanitarios, comparten el mundo de las emergencias como entorno profesional. Así mismo cabe señalar que se están incorporando con creciente interés profesionales de ámbitos tan variopintos como arquitectos, profesores, ingenieros y juristas, por citar algunos.

Este éxito de audiencia no se ve correspondido con un éxito de participación equiparable. Sería deseable una mayor implicación del colectivo en la difusión de sus experiencias y reflexiones sobre la práctica cotidiana emergencista. A la vista de lo publicado hasta hoy, pudiera parecer que solo publicamos trabajos extensos y esto puede desanimar a los que no disponen de suficiente tiempo para trabajos de cierto volumen. Esto no se debe a un criterio nuestro. Pensamos que un trabajo de 4 o 5 folios puede tener calidad suficiente y constituir una excelente aportación. Al mismo tiempo, gráficos, vídeos o fotografías pueden acompañar

las diferentes aportaciones. Desde aquí os exhortamos a plasmar vuestra colaboración en los próximos números, ya que a buen seguro será una interesante contribución.

# **El Trabajador/a social: Un perfil profesional en Urgencias: Dos protocolos de intervención en crisis**

*Cristina Milián Valle*

**Trabajadora Social del Hospital Clínico de Barcelona**

## **Resumen**

Escribir sobre los servicios de urgencias supone un amplio abanico de posibilidades y posicionamientos distintos. De hecho es fácil encontrar en revistas especializadas, artículos en red y medios divulgativos estudios y proyectos de carácter científico, ético así como recomendaciones de buena praxis. Después de escribir sobre los movimientos emotivos que familiares y pacientes experimentan en urgencias, reflexionado sobre lo que se respira y transpira en un servicio de urgencias, y desgornado procedimientos de intervención, ahora en este espacio virtual os invito a introducirnos en la figura del trabajador social de urgencias.

Palabras clave: Crisis, relación de ayuda, urgencia, emergencia, catástrofe, escucha activa, empatía.

## **Abstract**

Writing about emergency services involves a wide range of possibilities and different placements. In fact, it is easy to find in

specialized magazines, articles at internet and in plain language studies and projects of a scientific, ethical character as well as recommendation of good practice. After writing about emotions felt by patients and their families at the emergency services, thinking about what is felt in an emergency service, and going through every and each one of the procedures of intervention..., now, in this virtual space I invite you to let yourself come inside the profile of the Social Worker at an emergency service.

Key words: Crisis, mutual support, urgency, emergency, catastrophe, active listening, empathy.



## INDICE

1. Introducción
2. El trabajador/a social en Urgencias:  
Un perfil profesional
3. Introducción a dos protocolos de  
intervención en crisis
4. Situación de crisis individual
5. Situación de crisis general
6. Glosario
7. Bibliografía

### 1. Introducción

Los servicios de Urgencias constituyen una de las puertas de entrada al sistema sanitario. Y de forma específica, todo y las dificultades de drenaje y la presión asistencial, es un filtro y circuito de entrada al propio hospital y de derivación a los distintos niveles de atención de la red sanitaria y social.

Año tras año, por la ola de calor o por la ola de frío, el oleaje mediático alrededor de los servicios de Urgencias parece siempre argumento de actualidad. Los organismos y/o personas con capacidad de gestión y decisión apuntan soluciones que pasan por el uso racional por parte de la población,

por aumentar el número de profesionales, ampliación de los espacios, dotación de medios de diagnóstico en los servicios de atención primaria, promoción de la atención sanitaria a domicilio, etc...

Es preciso tener en cuenta, para hacer compatibles las posibles soluciones, que la atención que se presta en los servicios de urgencias es, también una fuente de ingresos económicos para el propio hospital. En Urgencias del hospital Clínico de Barcelona no se le niega a nadie la atención sanitaria, y al mismo tiempo ésta es cara y no es gratuita. El hospital cobra la asistencia de: la seguridad social estatal o europea, o de las compañías de seguros en caso de accidentes de tráfico, o de las mutuas, etc... Un día 'normal' se pueden hacer, aproximadamente, entre 350 y 400 visitas de urgencia. Y es bastante posible, en función de la "ola" en la que estemos, de frío o calor, que las personas que acuden en busca de asistencia médica, se encuentren con un aviso escrito y/o verbal que le anuncia una demora en determinadas especialidades médicas, que raramente está por debajo de las 5 horas.

Y, ¿realmente son todas urgencias? Pues eso depende de lo que cada uno entienda por urgencia, ya que éste es un concepto que pasa por el matiz de la percepción personal. Unas veces la persona percibe que aquello que le preocupa no puede esperar y por tanto es urgente. Otras, el paciente acude por descompensación de las patologías asociadas al ciclo vital, como la ancianidad o por desorden psiquiátrico o

por sintomatología derivada de algún tóxico. En otras, el paciente ingresa a criterio de la familia, sin una clara indicación médica urgente y sí con urgencia emotiva de los familiares, a menudo desbordados por la situación.

Y por último, los pacientes derivados con criterio médico, bien sea por riesgo vital presentado de forma súbita (accidente, infarto, etc...), bien por descompensación de la patología crónica de base, que compromete la vida del paciente. Para tranquilidad de los que leen este artículo, os aseguro que para este último perfil de pacientes la asistencia médica es inmediata, como lo es la acogida y acompañamiento de los familiares.

De la asistencia médica de los pacientes con riesgo vital son responsables los facultativos, y los profesionales de enfermería. De la acogida y acompañamiento de los familiares y/o acompañantes de los pacientes críticos, en el hospital Clínico de Barcelona, es responsable el trabajador/a social de urgencias.

## **2. El trabajador/a social en Urgencias: Un perfil profesional**

Por lo general, términos como médico, enfermera, auxiliar de clínica, administrativo, ... son bastante orientativos respecto a las funciones y competencias que les son afines.

Trabajo Social no es un término que ayude a acotar, ni orientar, sobre las funciones y

competencias del trabajador social ubicado en un servicio donde el factor salud es el que determina la afluencia de personas. Esta dispersión es terreno abonado respecto a las expectativas que se pueden generar.

Quizá a quién este leyendo este artículo le suceda lo mismo. Permitirme una pincelada que espero sea orientativa sobre la figura del trabajador/a social de Urgencias.

En términos generales el trabajador/a social en Urgencias se orienta en dar respuesta y/o solución a los problemas con los que se encuentra el paciente y/o familia y que de alguna forma interfieren en la dinámica del servicio.

Cubrimos el servicio las 24h, los 365 días al año y nuestra intervención empieza con la visita de urgencias y acaba con el alta médica del paciente del servicio de urgencias.

Nuestro objetivo general es facilitar o proporcionar a la población del servicio de urgencias el soporte y la atención necesaria a fin de que el alta del servicio se produzca en las mejores condiciones posibles.

Para ello el trabajador/a social:

- » Coordina y facilita el acceso a los recursos comunitarios.
- » Establece circuitos internos de intervención. Algunos de estos circuitos internos de intervención vienen dados por activación de protocolos, en la actualidad hay 16

protocolos activos. Por ejemplo el circuito de atención interdisciplinar en caso de violencia doméstica y agresión sexual.

La mayoría de los protocolos se encuadran dentro de un:

- » Perfil de población de riesgo
- » Pacientes con diagnóstico de riesgo
- » Personas en situación de crisis

¿A qué situaciones de crisis nos referimos?. En Urgencias distinguimos dos:

- » Situación individual: Afecta a un grupo reducido de personas, habitualmente familia y entorno afectivo del paciente. Se produce ante la comunicación de un diagnóstico irreversible, muerte esperada, muerte inesperada
- » Situación general: Activación PGCE-HCB -Plan General de Catástrofes Externas-Hospital Clínico de Barcelona

Introduciré de forma general estos dos últimos protocolos de intervención en crisis.

### **3. Introducción a dos protocolos de intervención en crisis**

#### **3.1. Situación de crisis individual**

La intervención en procesos de crisis individual no es excepcional en el servicio de Urgencias, de ahí el protocolo de Comunicar Malas Noticias que habitualmente se activa al mismo tiempo que se activa el Box de Reanimación. El trabajador/a social es uno de los profesionales que acude al box de reanimación siempre que éste se activa.

Tal y como he dicho anteriormente de la asistencia médica de los pacientes que ingresan en el Box de Reanimación son responsables los facultativos, y los profesionales de enfermería. De la localización, acogida y acompañamiento de los familiares y/o acompañantes de los pacientes ingresados en el box de Reanimación, es responsable el trabajador/a social de Urgencias.

Son pacientes con riesgo vital, presentado de forma súbita o por descompensación de patología de base, ambas comportan un impacto negativo en las familias y/o acompañantes. Este impacto negativo y las consecuencias inmediatas (administrativas, emocionales, informativas) provocan que hablemos de la transición de la crisis en el servicio de Urgencias.

Las familias de los pacientes se verán sometidas a una situación altamente estresante y su capacidad de adaptación es limitada. Las capacidades habituales de

que disponemos las personas para sobre llevar estas circunstancias quedaran bloqueadas momentáneamente por el impacto de la noticia. Durante su permanencia en Urgencias se les plantearan cuestiones que les puede parecer que se escapan de su control, por tanto cuanto más eficaz y rápida sea la atención que se les ofrece, más contribuimos a disminuir la incertidumbre que genera la situación y les estamos ayudando a reducir el nivel de estrés que presentaran.

Las familias saben que nuestra intervención no hara variar la gravedad de la situación, pero si pueden percibir que les dotará del soporte y orientación para sobrellevarla en las mejores condiciones.

El trabajador/a social será el profesional de referencia para las familias en todo este proceso. Clarificar nuestra función respecto a ellos es importante para establecer desde el inicio una buena relación empática.

En Urgencias, la relación del trabajador social con las familias se canaliza por medio de tres líneas de actuación, que se concretan en: informativa, de soporte emocional y rehabilitadora.

- Informativa: Especificamos tres fases de acercamiento informativo:

- » Información de la circunstancia en si: Averiguar la información que tienen del suceso
- » Información médica: Establecer una correcta coordinación con el

facultativo responsable de transmitir la información médica

- » Información administrativa que se deriva del estado del paciente (partes judiciales, ..)

- De soporte emocional: Canalización y contención de las reacciones de duelo. Nuestra función principal es la de establecer las bases del duelo que justo empiezan en Urgencias.

- Rehabilitadora: Información sobre trámites de burocracia administrativa, fase de despedida y cuando lo requiera colaboración con el equipo de transplantes del hospital.

En todo el proceso que puede ir de pocas horas a dos o tres días, la escucha activa, por parte del trabajador/a social, servirá para resumir, recoger y devolver la información dirigiendo la acción.

### **3.2. Situación de crisis general**

Activación del Plan General de Catástrofes Externas del Hospital Clínico de Barcelona: El trabajador social en un triage médico en caso de catástrofe

La inquietud y preocupación de los profesionales médicos, de enfermería y trabajo social, respecto a en caso de catástrofe o emergencia ¿cómo nos organizaríamos si ya de 'normal' el servicio está colapsado? era algo latente. De alguna manera y a raíz del atentado del

11S en EEUU, esta inquietud afloró y se concretó en la organización de dos grupos de trabajo, para redactar el Plan General de Catástrofes Externas del Servicio de Urgencias. Afortunadamente nunca hemos tenido que activarlo. En actualidad se encuentra pendiente de iniciar la fase de implementación y difusión en el propio servicio.

La redacción del Plan General de Catástrofes Externas del Servicio de Urgencias coincidió en el tiempo con la creación del GTSIDE –Grupo de Trabajo Social de Intervención en Desastres y Emergencias- del Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de Barcelona (2001-2003). Artur Román, con amplia experiencia profesional en el ámbito de la emergencia, María Antonia Plaxats, impulsora del grupo, Marybel Romero, que formó parte del grupo como alumna en prácticas y posteriormente como diplomada Trabajo y yo misma elaboramos un documento de orientación y reflexión para futuros profesionales interesados en este campo de intervención. Finalmente el documento se distribuyó en tres extensos artículos:

- » La aproximación al Trabajo Social en la Emergencia. Un nuevo contexto de intervención
- » La intervención del trabajador social durante la emergencia
- » El trabajador social en la emergencia. Perfil, formación, marco legal, y una

experiencia de intervención en el ámbito internacional

Tanto en el Plan General de Catástrofes Externas-Hospital Clínico de Barcelona como en el documento elaborado por GTSIDE se incorporó al trabajador/a social en un triage médico.

El principal objetivo del Triage es la ordenación y clasificación del trabajo asistencial.

En base a esto, establecemos los objetivos del Triage:

- » Clasificar las víctimas de acuerdo a criterios de mayor o menor gravedad
- » Facilitar la rápida ubicación de las víctimas en el servicio de urgencias
- » Confeccionar con rapidez el registro de las víctimas

Dentro del plan de Catástrofes del Hospital Clínico de Barcelona se considera la figura del trabajador social como un miembro del equipo interdisciplinar en el equipo de Triage, exclusivamente en caso de emergencia, con el objetivo de saber, desde el primer momento y de forma continuada:

8. El número de víctimas que ingresan en el centro sanitario y, de éstas cuántas están sin identificar. Entendemos por persona no identificada aquella que:



- » Por su situación clínica no puede facilitar filiación e ingresa sin documentación y sin acompañantes
- » Ingresa cadáver en el hospital sin documentación ni acompañantes

#### 9. Filiación de las víctimas

#### 10. Nivel de gravedad de cada víctima, así como su ubicación

La recogida de estos datos será el primer escalón en que se basará la gestión posterior con las familias de las víctimas.

A medida que se vayan cumplimentando los datos, éstos se harán llegar lo más pronto posible a la sala de familiares, donde se procederá a la Organización Asistencial por parte del staff de Trabajo Social: Intervención con la familia, canalización y contención de las manifestaciones emocionales y coordinación.

## 4. Glosario

La definición que os ofrezco aquí es el resultado del consenso entre los miembros del GTSIDE –Grupo de Trabajo Social de intervención en desastres y emergencias-

**ACCIDENTE** - Suceso súbito que en un tiempo breve provoca alteraciones de más o menos magnitud a personas, bienes, servicios o al medio ambiente, sin exceder la capacidad de respuesta.

Diferencia entre catástrofe, desastre y emergencia en sentido concreto y accidente: las dos primeras situaciones sobrepasan la capacidad de respuesta habitual. El concepto de catástrofe se utiliza generalmente para situaciones altamente extraordinarias.

**ASERTIVIDAD** - Habilidad social de comunicación que se centra en la expresión de las necesidades y defensa de los propios derechos, de manera respetuosa, dialogante y negociadora.

**CATÀSTROFE** - Fenómeno extraordinario, súbito, impredecible, de gran magnitud, de naturaleza compleja y multidimensional, que en poco tiempo causa alteraciones intensas a personas, bienes, servicios y al medio ambiente, excediendo en forma considerable la capacidad de respuesta.

Diferencia entre catástrofe, desastre y emergencia en sentido concreto y accidente: las dos primeras situaciones sobrepasan la capacidad de respuesta habitual. El concepto de catástrofe se utiliza generalmente para situaciones altamente extraordinarias.

**COMUNICACIÓN** - Proceso de dar y recibir información por medio de signos verbales y no verbales. Por medio de la comunicación transmitimos contenidos, con la intención de influir de alguna manera en la conducta del receptor.

**CONTENCIÓN EMOCIONAL** - Habilidad de comunicación que incluye la capacidad de comprender, tolerar y poner límites. El profesional utiliza técnicas que facilitan la comunicación con el objetivo de devolver al

usuario un discurso elaborado des de una actitud empática.

CRISIS – Estado o situación temporal de trastorno y desorganización que surge ante la percepción de dificultades que amenazan con sobre pasar las capacidades habituales de afrontamiento y que, por tanto, alteran o modifican el equilibrio anterior.

DESASTRE - Fenómeno extraordinario, súbito, impredecible, de gran magnitud y de naturaleza multidimensional, que en poco tiempo causa alteraciones intensas a bienes, servicios y al medio ambiente, excediendo la capacidad de respuesta.

Diferencia entre catástrofe, desastre y emergencia en sentido concreto y accidente: las dos primeras situaciones sobrepasan la capacidad de respuesta habitual. El concepto de catástrofe se utiliza generalmente para situaciones altamente extraordinarias.

DUELO - Conjunto de procesos psíquicos, físicos, emocionales, sociales y espirituales, que experimenta una persona a partir de la noción subjetiva de pérdida, sea esta por muerte o por algún otro tipo de pérdidas (personas, objetos, situaciones, etc.).

EMERGÈNCIA - Situación transitoria generada por un riesgo o acontecimiento adverso y súbito. Requiere de una movilización de recursos extraordinarios de forma inmediata, que con la previsión adecuada, no excede la capacidad de respuesta existente.

Diferencia entre catástrofe, desastre y emergencia en sentido concreto y accidente: las dos primeras situaciones sobrepasan la capacidad de respuesta habitual. El concepto de catástrofe se utiliza generalmente para situaciones altamente extraordinarias.

ELABORACIÓN DEL DUELO - Proceso necesario que ha de experimentar una persona, con el objetivo final de reconocer e integrar la pérdida dentro del propio proceso vital.

EMPATIA - Comprender y respetar al otro con la suficiente distancia personal que permite un acercamiento profesional.

ESCUCHA ACTIVA - Habilidad de comunicación interpersonal dentro de la actitud empática, con el objetivo de ofrecer un acompañamiento cualitativo

ESTRÈS AGUDO - Conjunto de reacciones físicas, psíquicas y de conducta que una persona experimenta como respuesta a una situación que sobrepasa sus capacidades de afrontamiento.

PLAN DE EMERGÈNCIA - Planificación y organización humana para la utilización óptima de los medios técnicos previstos con la finalidad de reducir al mínimo las posibles consecuencias humanas y económicas que se puedan derivar de la situación de emergencia.

RELACIÓN DE AYUDA - Proceso de comunicación interpersonal donde por medio de habilidades específicas se intenta una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso funcional de éstos.

SOPORTE EMOCIONAL - Conjunto de acciones inmediatas orientadas a la resolución de las necesidades psicofísicas que surgen a causa de la emergencia.

TRIAGE - Valoración inicial de la persona enferma en función de síntomas, signos y motivos de consulta, con el objetivo de priorizar la asistencia y asignarle el área que le corresponde según su patología. Triage no implica diagnosticar.

## 5. Bibliografía

- » *“Com comunicar males notícies. Actuació segons protocol: Servei d'Urgències de l'Hospital Clínic de Barcelona”.* Milián Valle, C. RTS: Revista de treball social. núm. 174. Año 2004.
- » *“El trabajador social en la emergencia”.* Arturo Román Soler, María Antonia Plaxats, Cristina Milián y M. Isabel Romero García, del GTSIDE, Grupo de Trabajo Social para la Intervención en Desastres y Emergencias del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña. Barcelona: inédito. Noviembre 2003.
- » *“Aproximación al Trabajo Social en la emergencia. Un nuevo contexto de intervención”.* Arturo Román Soler, María Antonia Plaxats, Cristina Milián y María Isabel Romero García, del GTSIDE (Grupo de Trabajo Social para a la Intervención en Desastres y Emergencias). "Servicios Sociales y Política Social", núm. 66, pág. 141-156. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, Madrid, 2º Trimestre 2004. En la revista "Servicios Sociales y Política Social", núm. 66. Monográfico: Dimensión Comunitaria en el Trabajo Social (I). Noviembre 2004.
- » *“La intervención del trabajador social en la emergencia”.* Arturo Román Soler, María Antonia Plaxats, Cristina Milián y María Isabel Romero García, del GTSIDE (Grupo de Trabajo Social para a la Intervención en Desastres y

Emergencias). "Servicios Sociales y Política Social", núm. 69. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, Madrid, 1º Trimestre 2005. En la revista "Servicios Sociales y Política Social", núm. 69. Monográfico: Dimensión Comunitaria en el Trabajo Social (I). Marzo 2005.

- » *“Perfil y Formación del trabajador social en la emergencia”.* Arturo Román Soler, María Antonia Plaxats, Cristina Milián y María Isabel Romero García, del GTSIDE (Grupo de Trabajo Social para a la Intervención en Desastres y Emergencias). "Servicios Sociales y Política Social", núm. 70. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, Madrid, 2º Trimestre 2005. En la revista "Servicios Sociales y Política Social", núm. 70. Monográfico: Dimensión Comunitaria en el Trabajo Social (I). Junio 2005.

### Recursos on-line

- » [www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/05](http://www.psicologia-online.com/ciopa2001/actividades/05) - 70k PLAXATS, M. A. “Los procesos de duelo ante pérdidas significativas: ponencia” [en línea]. Cioppa (Congreso Internacional Online de Psicología Aplicada), 2001.[En cas que hi hagi dificultats per entrar al web, podeu cercar per “Plaxats”]. [Consulta: 21 de març de 2003].
- » [www.psicosocial-emergencias.com](http://www.psicosocial-emergencias.com) Servicios de formación y asesoramiento dirigidos a profesionales, organizaciones e instituciones relacionadas con la intervención psicosocial en emergencias y desastres.
- » [www.miradashacialavida.com](http://www.miradashacialavida.com) libro donde encontrarás conversaciones sobre las pérdidas que todos podemos tener a lo largo de nuestra vida y lo que podemos ganar a partir de ellas. Podéis encontrar en la web el primer capítulo, y en el libro un capítulo exclusivo sobre los servicios de Urgencias.

# APOYO PSICOLOGICO DESDE LOS BOMBEROS A LAS VICTIMAS Y PARA LOS BOMBEROS EVITANDO QUE SEAN VICTIMAS

*Leal I., Villoria B., Martín LM., Paso JI., Bulbena A*

“Aunque resulte duro admitirlo, nuestra vida cotidiana, está amenazada por tragedias inesperadas” (1).

**Palabras clave:** Bomberos, formación, asistencia.

## RESUMEN

El colectivo de bomberos es una población en riesgo de padecer daños físicos y psíquicos. En el 2006 el IAPS, en colaboración con el Ayuntamiento de Barcelona, crea el PRE-B: programa de intervención psiquiátrica y psicológica para los bomberos de Barcelona con funciones de formación, prevención y tratamiento para este colectivo.

Con este trabajo queremos describir el origen y funcionamiento actual del programa. Explicamos los diferentes niveles de actuación del programa y realizamos un estudio descriptivo de una muestra de los pacientes que son tratados por el programa PRE-B en el periodo 2006-2007. A partir de los primeros resultados obtenidos se evidencia la necesidad tanto de la formación como de la asistencia a esta población. Un indicador de utilidad del PRE-B es el número creciente de pacientes que se han ido incorporando de manera exponencial desde la creación del programa hace un año.

## INTRODUCCIÓN

El colectivo de bomberos, por su tipo de actuación en situaciones de crisis y desastres, es una población en riesgo de padecer daños físicos y psíquicos debidos a su alta vulnerabilidad, a factores de estrés y a sus consecuencias (2) (3). En relación a la prevalencia de dichas enfermedades físicas y psíquicas, de forma específica, en estos profesionales se detecta un mayor número de jubilaciones anticipadas así como un mayor absentismo laboral y consumo

de tóxicos (4). Los sucesos traumáticos pueden producir reacciones emocionales graves e inusitadas las cuales podrían interferir en su capacidad de funcionamiento durante o después de los hechos (5). Estudios acerca de bomberos que han intervenido en accidentes traumáticos describen que de un 31 a un 41% de los afectados presentan problemas de ansiedad y un 29 % problemas relacionados con el consumo de alcohol (6).

Las consecuencias psicológicas están determinadas por varios aspectos:

- La magnitud y la naturaleza de la catástrofe.
- La prolongación en el tiempo de las tareas de asistencia en el lugar de la catástrofe.
- La incertidumbre de las situaciones por el número de víctimas, traslado de cadáveres y heridos y el apoyo a las familias con pérdidas múltiples.

Todo ello afectará a la salud física y psíquica, y además, repercutirá en una peor calidad en el servicio de alta responsabilidad que prestan.

Tradicionalmente la intervención en desastres se ha caracterizado por proveer refugio, alimentos, ropa y servicios médicos. Sin embargo, en la actualidad, queda demostrada la necesidad y la importancia del apoyo psicológico tanto para las víctimas como para los bomberos. De hecho, recientes publicaciones consideran que los bomberos deberían recibir formación psicológica en lo referente a la manera de proporcionar primeros auxilios psicológicos a víctimas (7) como un entrenamiento en habilidades sociales básicas de comunicación y manejo de situaciones de situaciones de crisis.

Así, por ejemplo, el bombero estará entrenado en los procedimientos mecánicos para acceder a un coche siniestrado y además estará formado en como brindar apoyo psicológico a la persona que esté atrapada en el interior del vehículo y poder así tranquilizarla.

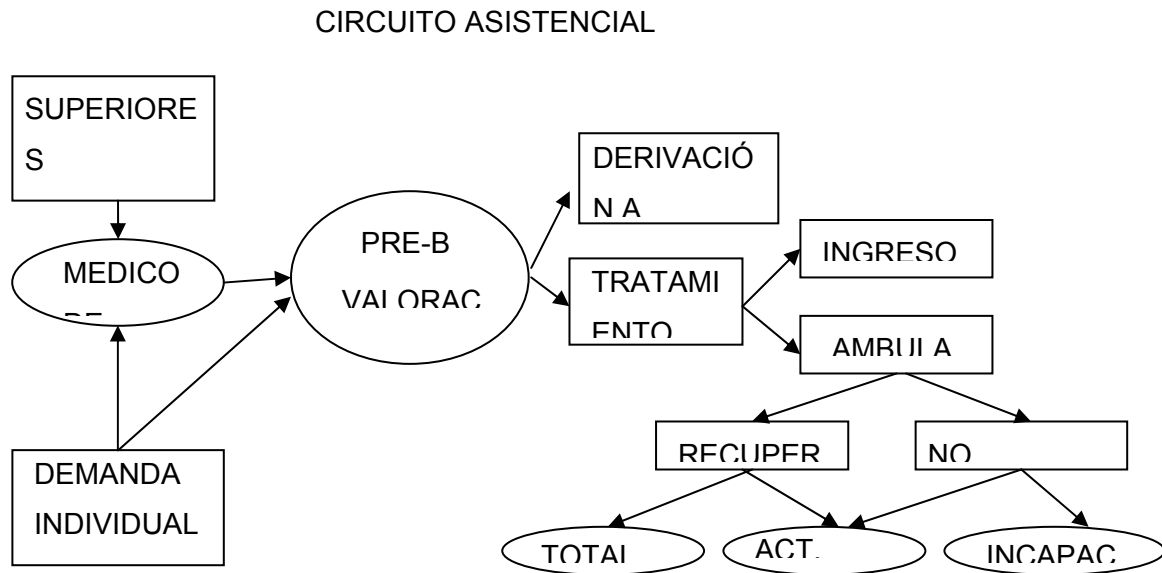
Todo esto hace que uno de los objetivos prioritarios de los servicios de emergencias y circuitos asistenciales sea el atender a este grupo de profesionales para reducir el impacto de las posibles alteraciones psicológicas (8).

En el año 2006 el Instituto de Atención Psiquiátrica: salud mental y toxicomanías (IAPS), en colaboración con el Ayuntamiento de Barcelona, puso en marcha un programa específico de intervención psiquiátrica y psicológica para los bomberos de Barcelona: El PRE-B. Este programa está dirigido a este colectivo de profesionales y a los familiares de primer grado.

El objetivo de este trabajo es el de describir el programa PRE-B exponiendo su circuito asistencial y su funcionamiento según los diferentes niveles de actuación. Así mismo pretendemos realizar la descripción de los factores epidemiológicos y clínicos que presenta la muestra tratada por el programa en el periodo del 2006- 2007.



## CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA



**Figura 1. Algoritmo explicativo del circuito asistencial del programa PRE-B.**

Como objetivos básicos del programa PRE-B destacamos las tareas de prevención, asistencia y formación:

- Prevención primaria, es decir, intervenciones dirigidas a las personas sanas para evitar que desarrollen cualquier tipo de patología psiquiátrica. Se realizará formación en riesgos laborales que puedan generar patología en su salud mental y se tratará de reducir el impacto de las experiencias traumáticas para evitar posible secuelas. Se trataría de adoptar medidas centradas en las incorporaciones de los nuevos bomberos. Se ha estudiado que los rasgos de personalidad asociados a un estilo positivo de afrontamiento

previenen el desarrollo de problemas psicológicos en las intervenciones traumáticas (9).

- Prevención secundaria dirigida a la identificación rápida del trastorno para reducir tanto la duración como la gravedad del trastorno. Las reacciones observadas para tener en cuenta son la identificación con la víctima, los sentimientos de desesperanza y culpa (10).

- Prevención terciaria dirigida a limitar las consecuencias del trastorno. En este caso el programa realizará la intervención directa dando asistencia a los pacientes y sus familiares directos si fuera preciso. La implantación rápida de estas medidas

permiten reducir el impacto psicosocial del trastorno (8). Se realizan consultas programadas y así mismo disponemos de un circuito de urgencias a disposición del programa.

- Formación en diferentes módulos. En un primer bloque se imparte formación acerca de los trastornos mentales y trastornos adictivos. En un segundo lugar se trata específicamente, tanto de forma teórica como práctica, los temas relacionados con el contexto psicosocial de las emergencias, la atención psicológica a las víctimas y la gestión del propio estrés. (11).

Este programa de salud mental y de soporte emocional a los bomberos de Barcelona desarrolla diferentes niveles de intervención para lograr los objetivos descritos

SOPORTE EMOCIONAL AL BOMBERO DE BARCELONA (SEBB)	
SELECCIÓN	SELECCIÓN DE PERSONAL. TEST, ENTREVISTA, EVALUACIÓN E INFORME.
PRIMER NIVEL	CURSOS DE FORMACIÓN DE SOPORTE EMOCIONAL Y PREVENCIÓN EN INCORPORACIONES.
SEGUNDO NIVEL	CURSOS DE FORMACIÓN DE SOPORTE EMOCIONAL Y PREVENCIÓN EN PRIMER CONTACTO DE SITUACIÓN TRAUMÁTICA.
NIVEL ASISTECIAL	
TERCER NIVEL	ACTIVIDAD ASITENCIAL CON EL MOTIVO DE INTERVENCIÓN EN SITUACIONES TRAUMÁTICAS. TITULARES Y FAMILIA.
CUARTO NIVEL	ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN CASOS DE PATOLOGIAS YA EXISTENTES. TITULARES Y FAMILIAS.

FIGURA 5 . Tabla explicativa de los diferentes niveles de actuación del programa PRE-B.

## MATERIAL Y METODOS

Realizamos un estudio descriptivo a partir de una aproximación naturalística, de una muestra de 34 pacientes que son tratados por el programa PRE-B en el periodo 2006-2007. La información de los pacientes se obtiene mediante entrevistas estructuradas (SCID) y auto informes. Los pacientes reciben tratamiento psiquiátrico, psicológico o ambos si es preciso. Se analizan las diferentes variables epidemiológicas y clínicas obtenidas.

Los tratamientos son realizados por psiquiatría o psicología según se crea conveniente.

## RESULTADOS

Hemos obtenido una muestra de 34 pacientes con una media de edad de 44,2 años (ds 13,8) de los cuales son varones el 73,5% y el 26,5 % son mujeres. En la muestra hemos incluido tanto a los bomberos como a los familiares de primer grado a los que también da cobertura el programa. El estado civil predominante de los pacientes es de casados o que mantienen pareja estable con un 70,6% de la muestra, el 17,6% se encuentran solteros y el 1,8% separados. El 68% de los sujetos se encontraban en activo el 32% restante se encontraban de baja laboral.

SEXO	- Varones 73,5% - Mujeres 26,5%
EDAD MEDIA	- 44,2 años (Desviación típica 13,8)
ESTADO CIVIL	- Casados o con pareja estable 70'6% - Solteros/as 17'6% - Separados/as 1'8%
SITUACION LABORAL	- Activos/as 68% - Baja laboral 32%

Figura 6: Antecedentes y datos sociodemográficos de la muestra.

Respecto a la derivación de los pacientes a nuestro programa observamos que el 38,2% acudieron por iniciativa propia, 32,3% acuden por indicación de sus respectivos familiares, el 11,7% por indicación del médico de empresa, los enfermeros del Cuerpo de Bomberos derivan al 5,88%, al 2,9 les aconsejan acudir sus propios compañeros y por otro tipo de derivación acudirán el 9,02% restante.

Respecto a los diagnósticos estimados observamos que la mayor proporción de los pacientes atendidos fueron diagnosticados patologías “menores” como trastornos adaptativos y trastornos de ansiedad, coincidiendo con los cuadros clínicos que se presentan en la consulta de un médico que atiende a la población general. El tipo de tratamiento recibido por los pacientes fue en su mayoría combinado, es decir, llevado a cabo por psiquiatría y psicología en un 70% de las ocasiones. Específicamente el tratamiento psicofarmacológico fue cumplimentado por un 19% de los pacientes y el 11% realizó psicoterapia exclusivamente.

De los 34 pacientes tratados por el programa PRE- B en el año 2006 un 79% han sido dados de alta mientras que el 21% continua en seguimiento.

## CONCLUSIONES

Por la literatura revisada y dadas características en las que se desarrolla la actividad de este colectivo, creemos que es necesario la implementación del programa PRE-B, con funciones de formación, prevención y asistencia a los Bomberos de Barcelona.

Pensamos que las funciones formativas, deben ocupar un lugar destacado, no sólo para conseguir una mejor profesionalización y un mayor rendimiento, sino para ayudar a estos profesionales a realizar una gestión saludable de su vida laboral, social y familiar.

La confidencialidad es un elemento vital del éxito de este programa. El mismo, fue diseñado para beneficiarle tanto a los bomberos como a su familia. Decidimos incluir en el programa a los familiares de primer orden debido a que consideramos que la patología en el entorno próximo puede suponer un factor de vulnerabilidad que afecte a los bomberos tanto en su vida personal como en la profesional.

Desde la creación del PRE-B observamos que el número de casos que se ha incorporado al programa ha ido creciendo de forma exponencial, este dato puede corroborarnos en un primer término la utilidad de este recurso. Constatamos con esta investigación que el grupo de bomberos, aún siendo una fracción de población con gran componente vocacional y aptitudes de personalidad resistente, es

vulnerable a presentar síntomas psicológicos.

El porcentaje de un 79% de altas en este periodo de tiempo, puede ser un indicador inicial del funcionamiento óptimo del procedimiento y de la buena capacidad de afrontamiento de estos profesionales.

La principal limitación de este estudio es el pequeño número de pacientes reclutados debido a la reciente creación del programa. Queremos resaltar la importancia de necesidad de continuar con progresivas evaluaciones para poder consolidar los datos y para la identificación de fortalezas y debilidades del programa que pueden ser ajustadas en el desarrollo de las fases posteriores.

## BIBLIOGRAFIA

- » 1. Manuel Trujillo *Psicología para después de una crisis editorial*: aguilar s.a. de ediciones 2002.
- » 2. Matticks CA et al. *Health risk to firefighters. J Burn Care Rehabil.* ; 13(2). 1992.
- » 3. Kilburn KH., WarsaW RH, Shields MG. *Neurobehavioral dysfunction in firemen exposed to polychlorinated biphenyls (PCBS): Possible improvement after detoxification.*Arch Environ Health. 1991;46 (4):254-5.
- » 4. Wagner D et al. *Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in german professional firefighters. Am J Psychiatry* 155:1727-1732. 1998.
- » 5. St. Laurent, D. *The nutritional needs of rescue teams. Emergency Preparedness Digest*, April-June 1996, pp. 26-27.
- » 6. Boxer PA. *Psychological distress and alcohol use among fire fighters. Scand J Work Environ Health.* 1993; 19 (2):121-5.
- » 7. Ferrán Lorente Gironella. *La formación en primeros auxilios psicológicos y emergencias en el título de grado en psicología. Revista de Enseñanza de la Psicología: Teoría y Experiencia* (2005), 1 (1).
- » 8. Kichiner NJ. *Psychological treatment of three urban FIRE fighters with posttraumatic stress disorder using eye movement desensitization reprocessing therapy. Complement Ther Nurs midwifery.*10 (3):186-193.2004.
- » 9. . Kobasa SC, Puccetti M. *Personality and social resources in stress-resistance. Journal of Personality and Social Psychology.* 1983. 45, 839-850.
- » 10. Fullerton CS, MC Carrol JE, Ursano RJ, Wright. *Psychological responses of rescue workers: fire fighters and trauma. Am J Orthopsychiatry.* 1992; 62 (3):371-8.
- » 11. Lorente F., Subirá A. y Vacas M. *Atención psicológica a las víctimas, Manual de emergencias y apoyo sanitario. Barcelona: Escuela de Bomberos y Seguridad Civil de Catalunya –EBSCC-1998.*



# RESPUESTA PSICOSOCIAL DE EMERGENCIA TRAS EL TERREMOTO DE PERÚ

*Pacheco Tabuena, T.; Lasterra Sánchez, S.*

**SAMUR – Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid**

## Resumen

A las 6:35 p.m, hora local del miércoles 15 de agosto, un terremoto de 7,9 grados en la Escala de Richter con duración de 3,30 minutos y epicentro a 30,2 kilómetros de profundidad, asoló la localidad costera de Pisco, ubicada a 185 kilómetros al sur-sureste de Lima, capital de Perú. Las provincias más afectadas fueron Chincha e Ica. El desastre se saldó con más de 600 víctimas mortales, más de 2.000 heridos y miles de personas quedaron sin hogar. SAMUR-Protección Civil respondió a la solicitud de ayuda internacional, siendo convocados a través de la AECI (Agencia Española de Cooperación Internacional) y desplazando al lugar un operativo sanitario de ayuda humanitaria compuesto por 3 médicos, 2 psicólogos, 3 enfermeros y 6 técnicos, los cuales pusieron en marcha el modelo de trabajo multidisciplinar que día a día ponen en marcha. Este artículo describe y analiza la actuación psicológica post-catástrofe donde el tipo de intervenciones realizadas fueron acciones breves cuyo objetivo principal era buscar la recuperación de la estabilidad social e individual de las personas, facilitar el desahogo, orientación, alivio y estabilidad emocional, así como reintegrar a las personas a la vida social, laboral, escolar, familiar y afectivo-emocional a través de intervenciones individuales y grupos psicoeducativos con 196 personas.

**Palabras clave.** Terremoto, desastre, crisis, emergencia.

## Abstract.

Wednesday 15th of August at 6:35 p.m. local time, an earthquake, of 7.9 grades in the Richter scale, 3.30 minutes of length and a 30.2 kilometers epicenter deep, devastated the seaside town of Pisco, which is located 185 kilometers from Lima, the capital of Peru, to the Southeast. The most affected provinces were Chinca and Ica. The disaster caused more than 600 mortal victims, more than 2.000 injured people and thousands of persons that lost their houses.

SAMUR-Protección Civil responded to the international call, made by the Spanish Agency for International Cooperation (AECI), sending to the place a health team for humanitarian assistance composed by 3 doctors, 2 psychologists, 3 nurses and 6 technicians and this team developed a multidisciplinary teamwork model as they do daily.

This article describes and analyzes the psychological intervention after the disaster. The interventions were brief with the main objectives of recovering the social and individual stability of the people, helping them to release their emotions and giving them orientation and emotional support. Moreover, other aim of psychological intervention was to reinstate the people to the social, professional, educational, emotional and family life through individual and group actions with 196 persons.

**Keywords.** earthquake, disaster, crisis, emergency.

## INTRODUCCIÓN

Las características geológicas de Perú hacen que el país sea propenso a los movimientos sísmicos. En 2001 se produjo en la zona sur un sismo de 6.9 grados en la escala de Richter, considerado hasta ese momento como el más violento del país y cuyos efectos se sintieron en parte de Chile y Bolivia. En octubre de 2005 un nuevo sismo sacudió la localidad de Carumas (Departamento de Moquegua) y ocasionó daños severos en viviendas, causando más de 500 damnificados.

La población peruana está acostumbrada a sentir los temblores producidos por sismos, pero no estaban preparados para un terremoto de la magnitud que sacudió el sur del país el pasado 15 de agosto. Según el Informe Oficial de fecha 20 de Julio del 2007 realizado por el Instituto de Defensa Civil de Perú (INDECI), la evaluación preliminar del siniestro hasta ese momento ascendía a 503 muertos, 1.039 heridos, 35.214 casas destruidas, 4.053 casas afectadas, 2 hospitales destruidos y 16 hospitales afectados, siendo la localidad más seria y directamente afectada por el terremoto Pisco, localidad a 185 kilómetros de Lima.

Debido a que la carretera que conduce desde Lima a Pisco se encontraba muy deteriorada, con grietas y derrumbes que impedían el paso, las autoridades establecieron un puente aéreo para facilitar el acceso y despliegue de la ayuda humanitaria a la ciudad de Pisco, en cuyo aeropuerto se instaló un centro de operaciones de emergencia.

INDECI estableció 17 refugios en Pisco y 8 en Chincha para albergar a la población afectada. El Ministerio de Salud comenzó a elaborar el lunes día 20 de Agosto, un registro de las personas en las zonas más afectadas que precisaban asistencia psicológica debido a las traumáticas consecuencias del terremoto, para organizar la atención de los equipos de ayuda que iban llegando como respuesta al suceso.

De la revisión bibliográfica sobre anteriores sucesos con las mismas características se puede concluir que fueron investigaciones descriptivas que permitieron descubrir cómo reaccionaban las personas durante y después de los hechos y marcar diferencias en función de parámetros como edad y sexo.

Las personas que pasan por situaciones de desastres son personas normales que reaccionan de una manera esperada ante una situación inesperada.

El estudio considerado pionero en este campo es el de E. Liderman (1944) con los sobrevivientes y familiares de víctimas del incendio del Club Nocturno Coconut Grove en Boston (EEUU), donde se trata el manejo psicológico de la pérdida y pone de manifiesto que quienes usaron como mecanismo de defensa psicológica la negación, sufrían una alta frecuencia de trastornos psicossomáticos, síntomas neuróticos, depresión y otros trastornos psiquiátricos.

Tyhurst (1951) manifiesta que después de la fase de impacto psicológico durante el desastre se presenta otra de compensación en la cual la víctima supera el bloqueo inicial y valora mejor la situación. Las reacciones se ven como un proceso en tres fases superpuestas: periodo de impacto, periodo de recuperación y periodo postraumático .

Moore, Harry Estill y Friedsam (1959) describen el impacto emocional durante la fase de “choque” como un efecto “narcótico” que impide temporalmente que las personas asimilen el grado en que cambia su mundo y la posición que guardan en él .

Según un trabajo de Fritz Charles (1961), las personas ante situaciones de desastre tienden a sentirse seguras al estar dentro de una muchedumbre y presentan un estado muy sugestionable. De ahí la importancia de los estudios sobre el rumor y cómo manejar la información para neutralizarlo y tranquilizar a la población.

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA) publicó en 1970 un manual de “Primeros Auxilios Psicológicos en casos de Catástrofes” en el que se describen varios tipos de reacciones clásicas y los principios básicos que se deben tener en cuenta para ayudar a los afectados.

Concretamente en lo que respecta a terremotos, el 26 de julio de 1963 se produjo uno en Skopje (Macedonia), en el cual de una población de 200.000 personas, fallecieron 1.070 y el 80% de las casas sufrieron deterioro. El Instituto de Salud Mental de Belgrado envió un grupo de psiquiatras que llegó al área afectada unas 22 horas después de acaecido el sismo. El grupo permaneció durante 5 días, los autores calcularon que inmediatamente después del sismo sólo el 25% de la población fue capaz de prestar auxilio activo, casi el 75% presentó perturbaciones psiquiátricas leves y el 10% sufrió alteraciones mentales graves que obligaron a un tratamiento médico especial (Valero,1997).

En 1970 el Dr. Raúl Jerí acudió con un grupo de médicos en los días siguientes al terremoto de Huaraz (Perú) a las zonas más afectadas. En las conclusiones de su trabajo de

investigación “Problemas de Conducta en los Desastres” presentado en el marco de la VII Conferencia Mundial de Defensa Civil celebrada en Caracas (Venezuela) describe las perturbaciones psicológicas observadas en la zona del terremoto y la importancia de tratarlas rápidamente, destacando la necesidad de llevar profesionales en salud mental rápidamente al área del desastre .

El San Fernando Valley Child (EEUU), publicó una Guía Clínica orientada a ayudar a los padres y los maestros en la comprensión y ayuda en las reacciones emocionales que presentan los niños víctimas de terremotos y otros desastres. Esta guía nació como una necesidad para la ayuda de la población infantil que sufrió el impacto del terremoto de 1971 en el área metropolitana de los Angeles (EEUU) .

En 2001, Iolanda Jaquetmet pone de manifiesto cómo los desastres también revelan problemas. En El Salvador los medios de comunicación nunca habían hablado tanto de violencia doméstica como lo vienen haciendo después del terremoto que asoló el país en enero 2001. .

En el caso que nos ocupa, el objeto de estudio de este artículo es profundizar en la respuesta psicosocial de emergencia iniciada tras el terremoto de Perú de Agosto del 2007, con una doble finalidad (descriptiva y crítico-constructiva), por una parte exponer qué encontramos, qué fue lo que se hizo y cómo, y por otra parte, facilitar que aquellos profesionales e instituciones a quienes pueda interesar, hagan suyo aquello que consideren un acierto y miren hacia el futuro planteándose qué se podría haber hecho mejor y cómo .

## **ORGANIZACIÓN DE RESPUESTA PSICOSOCIAL**

Siguiendo el modelo de trabajo multidisciplinar que hasta ahora se pone en marcha día a día en SAMUR - Protección Civil, se consideró necesario que junto con el operativo sanitario de ayuda humanitaria compuesto por tres médicos, tres enfermeros, tres técnicos, un técnico de comunicaciones y dos expertos en logística, también acudieran al lugar del desastre un equipo formado por dos psicólogos de emergencias.

El primer grupo compuesto por doce personas llegó el día 19 de agosto del 2007, siendo el lugar de destino Humay (localidad a 45 kilómetros de Pisco, compuesta por más de 8.000 personas, divididas en varias poblaciones y aldeas), donde se estableció el campamento y 2 Puestos Médicos Avanzados (PMA). Al grupo se unieron seis componentes de DYA País Vasco y Cataluña, y un responsable de la AEI (Agencia Española de Cooperación Internacional).

El segundo grupo, compuesto de dos psicólogos, llegó al lugar del desastre el día 20 de agosto de 2007, teniendo una primera parada en Lima (Perú), donde se mantuvo una reunión de coordinación con representantes de AEI en la cual principalmente se expusieron las

consecuencias devastadoras del terremoto vivido en el país y las necesidades detectadas dentro del área de Salud Mental.

Posteriormente el equipo de respuesta psicológica fue trasladado a Pisco (epicentro del terremoto), donde las réplicas seguían sintiéndose con fuerza y donde el paisaje era realmente desolador, pudiendo ver directamente el efecto devastador del terremoto. Se realizó una visita a la ciudad y los albergues-campamentos artificiales creados con todos los damnificados, los cuáles se habían organizado siguiendo grupos familiares, llegando a estar habitado alguno de ellos por hasta 5.000 personas.



### **Ciudad de Pisco tras terremoto**

El día 21 de Agosto de 2007 se inició la atención psicológica dentro del campamento que había establecido SAMUR - Protección Civil en Humay. Para la intervención psicológica se emplearon dos salas que había en el Centro de Salud de la localidad, ubicado en el mismo recinto que los PMA y la Sala de Triage.

En primer lugar se planteó la organización del trabajo a desarrollar, que en el caso de la atención psicológica seguía el siguiente flujo: los pacientes podían venir directamente desde el punto de triage (que era realizado por un técnico en emergencias médicas), o bien derivados desde el PMA donde el personal sanitario tras su valoración e intervención, consideraba necesaria la evaluación e intervención psicológica.

En segundo lugar se estableció la organización de turnos de trabajo de nueve horas diarias, se fijó horario de desayuno, comida y cena para todo el grupo de intervinientes, zona de trabajo y descanso separadas, participación en tareas comunes de todos los integrantes de la misión y contacto diario con la familia.

## **INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON DAMNIFICADOS**

La intervención psicosocial puesta en marcha por el equipo de psicólogos fue una forma de atención psicológica basada en la intervención en crisis o primeros auxilios psicológicos post-catástrofe, dirigida a todas aquellas personas que se habían visto ante una situación extraordinaria, de riesgo y peligro de la vida, en la que se presenta una desestabilización psicológica, emocional y de toda la estructura de la personalidad individual, familiar y de grupos humanos amplios.

La intervención se realizó inmediatamente después de que ocurrió el evento amenazante y destructivo, concretamente en la fase de emergencia, la cuál se extiende desde 3 días a un 1 mes, dependiendo siempre del impacto que provoque el fenómeno. Esta fase comprende acciones de rescate de vidas y cuerpos, suministro de alimentos y abrigo, construcción de albergues para víctimas y damnificados, apoyo logístico a estos albergues, atención psicosocial, evaluación preliminar de daños, procesamiento e información los mismos, organización emergente y acopio de ayuda nacional e internacional.

El tipo de intervenciones realizadas in situ tras la catástrofe fueron acciones breves cuyo objetivo principal era buscar la recuperación de la estabilidad social e individual de las personas, facilitar el desahogo, orientación, alivio y estabilidad emocional, así como reintegrar a las personas a la vida social, laboral, escolar, familiar y afectivo-emocional.

La labor psicológica por tanto, perseguía que las personas re-articularan procesos aproximativos de adaptación activa a la realidad y de auto-control frente a las situaciones desequilibrantes, además de apoyo preventivo a nuevas situaciones críticas.

De este modo, el contenido de la intervención en crisis llevada a cabo en Perú estaba orientada a que las personas liberasen las respuestas que no fueron exteriorizadas o que no fueron las adecuadas ante la situación crítica vivida. Lo que se buscaba es que las víctimas directas del terremoto lograsen desde la perspectiva actual (en el aquí y el ahora), explicar y tomar conciencia de la nueva realidad y que compartieran lo experimentado con otras personas, minimizando de ese modo las consecuencias poco saludables o desorganizativas y facilitando una mayor probabilidad de crecimiento.



En todos los casos, los objetivos generales que se perseguían eran:

- » Restablecer el equilibrio psicológico de las personas.
- » Integrar el incidente a su estructura de la vida.
- » Aprender nuevas formas de enfrentar los problemas.
- » Prevenir la aparición de reacciones post-traumáticas.

Así como los objetivos específicos fueron:

- » Evaluar estado psicológico en las áreas fisiológica, cognitivo, conductual - motora y emocional, a través de entrevista semi-estructurada.
- » Evaluar necesidades básicas: principalmente se quería conocer si éstas estaban cubiertas. Hasta nuestra llegada, la población con la que nos encontramos no había recibido ayuda humanitaria y fueron en días posteriores cuando comenzó a llegar comida, agua y mantas. Se les había hacinado en siete albergues de aproximadamente 100 personas, compuestos por carpas en la calle en zonas seguras donde si había réplicas, no hubiera peligro. Sin embargo el clima de la zona (temperaturas medias por la mañana y temperaturas muy bajas con elevada humedad por la noche), hacía que el vivir en la calle desencadenase la aparición numerosas patologías físicas, principalmente en ancianos y niños.
- » Analizar antecedentes o sucesos vitales estresantes de la persona: se consideraba fundamental conocer el estado psicológico previo de la persona antes de vivir el suceso traumático, por lo que se evaluó si existía patología psiquiátrica previa y /o sucesos traumáticos anteriores. En este punto podemos señalar la existencia de un porcentaje elevado de patología previa y suceso vital estresante vivido, que posteriormente se refleja.
- » Facilitar la ventilación emocional y relato de la vivencia: centrándonos principalmente en cómo vivió el suceso traumático, pensamientos y emociones desencadenadas y resolución de la situación. Las reacciones e interpretaciones de la persona que sufre el impacto de una catástrofe dependen en gran medida de la formación de su personalidad, de las condiciones económicas, la cultura, los valores, el modelado y el grado de intensidad del impacto vivido. De esta manera las formas de sentir, actuar y

responder en los adultos, adolescentes, niños y niñas eran distintas; así como también entre las situaciones particulares de cada grupo familiar y cada persona.

- » Normalizar sintomatología presente: cuando la valoración de sintomatología reflejaba una respuesta normal ante un suceso anormal, el psicólogo explicaba cuáles eran las reacciones emocionales comunes tras un movimiento sísmico y la normalidad de estas.
- » Control de rumores, ideas irracionales y miedos: el estado de alerta generado por los sismos y los terremotos es diferente a aquellos desastres provocados por el hombre, en principio no hay una comprensión racional de su fuente y la población adopta una actitud conformista respecto a la fatalidad de los hechos. Por lo general, la interpretación lógica que surge es: la naturaleza como fuente de los sismos no se puede controlar. El temor ante los eventos telúricos es poderoso y crea impotencia y desasosiego, pues cada sismo o su réplica implican un movimiento que en cualquier lugar y hora puede ser fatal, tanto que a veces, no es posible librarse del mismo. La única situación que logra reducir en parte ese temor y pánico colectivo son los lugares abiertos y despejados, así como el acercamiento y apoyo entre las personas. Así mismo cabe destacar la importancia de los rumores creados a partir de la experiencia y que intentan dar una explicación a lo ocurrido. En este sentido nos encontramos verbalizaciones del tipo: “la tierra se va a partir en dos”, “ha llegado el fin del mundo”, “después del terremoto va a venir un tsunami”. Por ello, fue imprescindible trabajar la facilitación de expresión de estas ideas irracionales así como su confrontación. Esta tarea fue fundamental en el trabajo de grupos familiares, ya que los menores eran el espejo exacto de las creencias erróneas de sus familias.
- » Proporcionar técnicas de control de activación fisiológica: la población que acudía al psicólogo presentaba principalmente elevada activación psicofisiológica, que aumentaba con las réplicas diarias que se vivieron. Se realizó un entrenamiento en técnicas de respiración abdominal y se pautó la realización de estos ejercicios en su medio, teniendo en cuenta la dificultad de que todos ellos estaban viviendo en la calle en una situación precaria.
- » Facilitar el retomar actividades diarias y gratificantes: los adultos habían interrumpido su trabajo, los campos estaban destrozados y las carreteras intransitables, los menores no podían asistir a la escuela ya que se habían convertido en escombros. No obstante, la intervención del psicólogo destacaba la importancia de volver a la vida diaria, teniendo en cuenta las dificultades que suponía empezar de cero para la población atendida.

- » Detectar patología aguda tras terremoto, para poder derivar si se consideraba necesario a Servicio de Salud Mental de Pisco. En este caso, se entregaba al paciente un informe de asistencia psicológica para que se entregara al profesional de referencia.

La intervención psicológica realizada fue una intervención por presencia (Benyakar, 2002) distinguiendo atenciones individuales, atenciones a grupos familiares de no más de cuatro personas y grupos psicoeducativos. Estos últimos se realizaron en dos poblaciones donde se había visto la necesidad de apoyo psicológico pero existía gran dificultad para el traslado a nuestro campamento, siendo la población diana los menores y su figura parental de referencia.

## **Intervención específica con niños**

Los efectos provocados por los desastres naturales se perciben a nivel material, social y psicológico. Para atender el plano social, moral, emocional y espiritual es importante promover acciones educativas, organizativas y psicosociales de apoyo a los grupos vulnerables que han sufrido mayormente el impacto, un ejemplo de estos grupos son los menores.

Con este grupo, las intervenciones que se realizaron fueron tanto individuales como grupales, teniendo como objetivo general facilitar el proceso de recuperación espontánea de la estabilidad social e individual de los menores y como objetivos específicos:

11. Proporcionar espacios para que los niños y niñas exteriorizaran las vivencias y reacciones afectivo-emocionales provocadas por el terremoto, como un desahogo a la acumulación interna de situaciones desequilibrantes.
12. Proponer orientaciones y medidas que contribuyeran a la estabilidad y autocontrol emocional y cognitivo ante situaciones de desastres.
13. Facilitar y apoyar el proceso de inicio de duelo.
14. Fortalecer la participación social e individual de los menores.

En el trabajo realizado por el equipo de psicólogos con los menores cabe destacar la importancia de las intervenciones destinadas a (1) apoyo del proceso adaptativo de inicio de duelo, pues en la zona en la que nos encontrábamos, quienes iban a enfrentarse a corto plazo

con pérdidas eran los niños, ya que muchos de ellos estaban escolarizados en Pisco, donde hubo numerosas muertes de menores; (2) proporcionar información preventiva que facilitase conductas motoras y emocionales adecuadas ante las réplicas y (3) facilitar técnicas de relajación que se entrenaban para que las pusieran en marcha con sus familiares directos.

En el caso de los menores son los padres, las madres y en definitiva las personas adultas quienes definen las formas o patrones educativos que se convierten en fuente de tranquilidad o de intranquilidad, según sea el caso, para niños y niñas. Muchos casos de menores fuertemente perturbados por el seísmo se derivaban de las reacciones incontroladas de pánico que tuvieron los adultos próximos y de las noticias alarmantes que se propagaban por diversas vías.

Los niños/as carecen de explicaciones sobre qué sucede y por qué sucede. Por lo tanto, dependerá de la sencillez de los argumentos y de las reacciones apropiadas de las personas adultas la tranquilidad relativa y la seguridad del niño/a.

Las reacciones psicológicas y psicofisiológicas de los menores en términos generales están fundamentadas en una reacción "natural" frente al peligro, amenaza o situación anómala que a su juicio y a juicio de los adultos debe evadirse para no ser afectado o lastimado por tales fenómenos. Se alteran respuestas básicas de sus funciones vitales como el dormir, comer, hacer sus necesidades fisiológicas, jugar, comunicar, seguridad y protección. De ahí que sus primeras reacciones y alteraciones se originan en los mecanismos de funcionamiento de estos procesos vitales.

También la exposición a otros medios de comunicación como la televisión, la radio y la prensa, puede generar nerviosismo y miedo en la niñez si las personas adultas no dan las explicaciones oportunas. Los adultos deben aprovechar el medio para orientar y tranquilizar a los niños y niñas, sin embargo, precisamente de ese juicio equilibrado y responsable de los progenitores es de lo que carecían los grupos familiares con los que nos hemos encontrado.

Todo lo anteriormente expuesto se trabajó a través de intervenciones individuales, grupos familiares y 5 grupos psicoeducativos, estos últimos divididos de la siguiente manera con un total de 32 personas atendidas: el primero se realizó con 7 niños de edades comprendidas entre 3 y 10 años y un adulto de referencia; los dos siguientes con un total de 15 menores entre 6 y 12 años y los dos restantes con menores de 6 años junto con una persona adulta de referencia.

Además, con los niños, se emplearon técnicas específicas como el dibujo o relato libre para facilitar el desahogo emocional tras el suceso vivido.

## INTERVENCIÓN CON INTERVINIENTES

Por otra parte mencionar que en esta misión, entre las funciones del equipo de psicólogos, estaba inicialmente prevista la necesidad de apoyo psicológico, en mayor o menor grado, a los intervinientes desplazados, debido a su calidad de víctimas ocultas potenciales, ya que la labor que se iba a realizar implicaba una demanda extraordinaria de tiempo, fuerte exposición a emociones intensas, condiciones de trabajo especiales, estancia lejos de familia y amigos con comunicaciones limitadas.

Desde un punto de vista clínico está comprobado que circunstancias propias de un desastre pueden dar lugar a reacciones físicas, conductuales, emocionales y cognitivas que, de no ser neutralizadas de forma rápida y efectiva, pueden interferir en las habilidades del interviniente para desarrollar su labor en esos momentos e incluso en su posterior retorno a la actividad laboral habitual y a sus relaciones familiares y sociales.

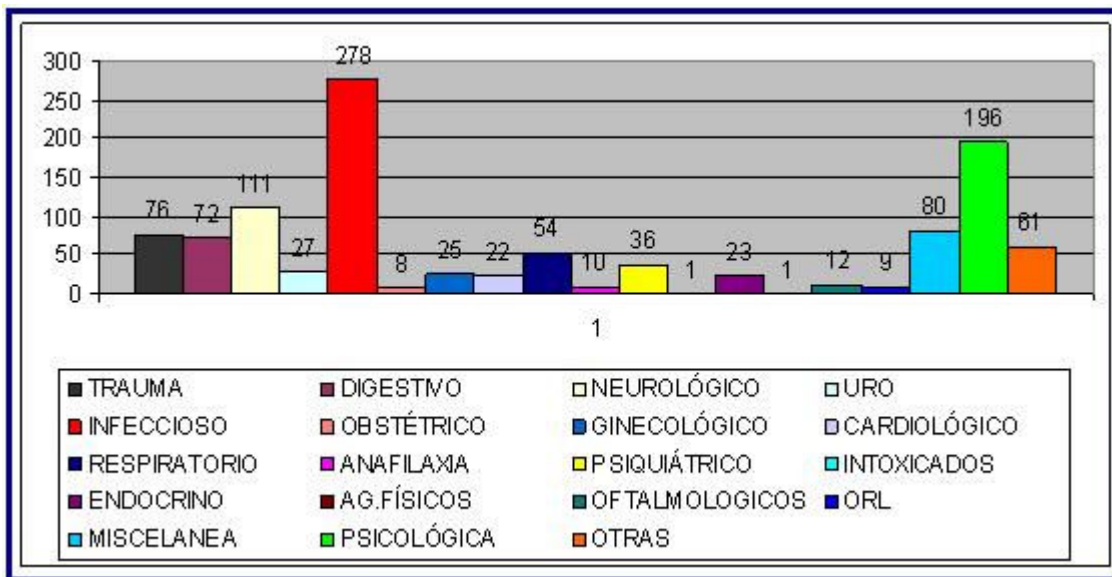
Entre otras de las tareas llevadas a cabo por el equipo de psicólogos hay que citar:

- » Complimentar informes de asistencia psicológica de todos los pacientes atendidos, donde se reflejaba la filiación del paciente, valoración e intervención realizada.
- » Coordinación con otras Instituciones como fue la llevada a cabo con el Ministerio de Salud, donde la principal tarea de coordinación fue la exposición de las patologías encontradas en la población atendida, y con el equipo de psicólogos perteneciente a Médicos sin Fronteras, con los que se estableció un canal de derivación de aquellos sujetos que detectaban con fuertes reacciones emocionales tras el terremoto.

## RESULTADOS

Los lugares de intervención fueron Humay y dos poblados cercanos (Santa Rosa y Payasca, donde se realizaron 1102 intervenciones, de las cuales un 18% (196 sujetos) recibieron atención psicológica. Dentro de esta población, el 54% eran varones y 46% eran mujeres, distinguiendo la población adulta (47%) y la población pediátrica (53%).

Destacar que la patología psicológica fue la segunda más frecuente, precedida por la patología infecciosa y seguida por la neurológica. (Gráfica 1)



**Gráfica 1. Patologías atendidas**

Así mismo se observa un ritmo creciente de trastorno psicológico según pasaban los días frente a un ritmo decreciente del resto de patologías. En concreto, el primer día fueron atendidos por el psicólogo 32 pacientes y el último día 65 pacientes.

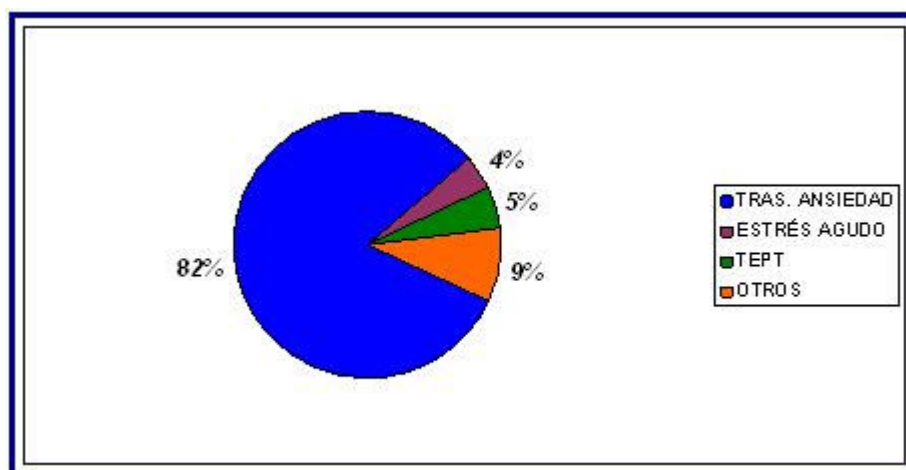
Podemos distinguir las reacciones y patologías encontradas según los grupos de adultos y menores:

(a) POBLACIÓN PEDIÁTRICA: dentro de las reacciones encontradas en esta población, las que se repitieron en mayor medida fueron:

- » Trastorno sueño
- » Pérdida apetito
- » Apego excesivo
- » Llanto
- » Conductas regresivas
- » Miedos específicos (a estar sólo, oscuridad, etc.)
- » Pensamiento mágico
- » Pérdida de interés de actividades

Siendo las patologías más frecuentes en la población pediátrica atendida:





**Gráfica 2. Patología psiquiátrica en población pediátrica**

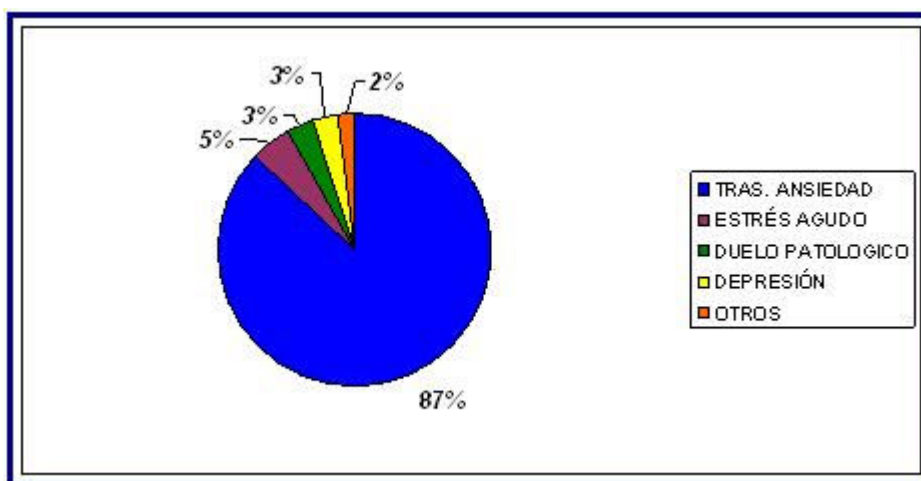
A través de la gráfica podemos observar que existe una mayor proporción de problemas de ansiedad debido directamente a la vivencia del sismo. Aparecieron también casos de estrés agudo, principalmente en sujetos que habían estado durante horas debajo de los escombros hasta su rescate. En cuanto al TEPT y duelo patológico encontrado no fue obviamente debido a la vivencia del sismo, pero sí el cuadro empeoró con esta vivencia.

En el apartado de otras patologías podemos distinguir casos de enuresis, problemas atencionales y comportamentales, así como la verbalización por primera vez a un profesional del hecho de haber sido víctima de agresión sexual en el pasado.

(b) POBLACIÓN ADULTA: las reacciones más frecuentes en esta población fueron,

- » Trastorno sueño
- » Pérdida apetito
- » Tristeza
- » Hiperalerta e inquietud motora
- » Preocupación
- » Somatización

Las patologías más frecuentes en la población adulta atendida fueron:



**Gráfica 3. Patología psiquiátrica en población adulta**

Al igual que en la población pediátrica, podemos observar que existe una mayor proporción de problemas de ansiedad debido directamente a la vivencia del sismo (87%), Aparecieron también casos de estrés agudo (5%). Aparecieron también en menor medida: duelo patológico (3%) y depresión (3%) presente como patología anterior al sismo pero siendo un cuadro clínico que empeoró tras este suceso. Dentro del apartado otros se encontraron principalmente casos de demencia, descontrol de impulsos y agresividad.

En cuanto a la intervención con intervinientes del equipo desplazado al lugar del desastre, no fue necesaria ninguna intervención específica.

## CONCLUSIONES

Este tipo de desastres descritos afectan a la sociedad tanto a nivel individual como colectivo. El abanico de secuelas, y por tanto necesidad de recuperación, abarca infraestructuras, economía, aspectos sociales, físicos y psicológicos, existiendo fuerte interrelación entre todos ellos ya que la comunidad ha quedado desorganizada.

A nivel psicológico y tras los resultados expuestos anteriormente, podemos afirmar que las víctimas del terremoto presentan una ligera desestabilización emocional, así como un empeoramiento de cuadros psicopatológicos previos, pudiendo llegar en algunos casos, a cuadros de estrés postraumático o incluso desestructuración de la personalidad.

El grado de afectación en cada persona viene determinado, fundamentalmente, por su estado psicológico previo. Por este motivo el grupo más vulnerable es el de los niños, ya que no han alcanzado todavía un desarrollo mental que les permita asimilar y asumir lo que a través de todos sus sentidos han percibido en tan sólo segundos. Con frecuencia una de estas percepciones es que las figuras que normalmente les transmiten seguridad (padres,

familiares, adultos en general), la han perdido y están también asustados e indefensos ante lo sucedido.

Por consiguiente cobra especial importancia la intervención temprana que se realizó con el colectivo infantil a fin de normalizar los síntomas y limitar una evolución patológica de los mismos, permitiendo que el desarrollo psicológico y emocional del niño pudiera alcanzar los niveles deseados. En caso contrario su estructura intrapsíquica quedará fragmentada y marcada por una visión modificada de la realidad.

Las zonas más afectadas por el desastre eran marginales, se caracterizaban por su pobreza económica y escaso desarrollo intelectual. Gran parte de las víctimas atendidas presentaban como antecedentes alcoholismo, violencia de género (tanto agresores como víctimas), agresiones sexuales (tanto mujeres adultas como niñas y niños, dentro y fuera del ámbito familiar), situaciones que ya en sí mismas dan fe de un estado psicológico y emocional previo deteriorado que se vio desbordado por el terremoto.

Por tanto su necesidad real de atención casi siempre superaba al enfoque de actuación psicológica de urgencia centrado y limitado a las consecuencias del terremoto, que era nuestra labor. Al facilitar la expresión emocional de lo vivido y de los motivos de su aflicción, nos solíamos encontrar con un relato que se remontaba a hechos ocurridos años atrás y a situaciones no deseadas que se repetían de forma habitual en su vida diaria, pérdidas no elaboradas, traumas sin resolver, etc.

También fue frecuente la solicitud por parte de adultos, en especial mujeres, de pautas de educación y líneas de actuación con menores, llegando en algún caso a verbalizar su preocupación al haber comprobado cómo en determinados momentos perdían el control de situaciones y descargaban con los niños su agresividad, en gran parte generada por otros motivos.

Así, nuestra presencia generó en una población con muy difícil acceso a atención psicológica y una presencia evidente de reacciones psicológicas con necesidad de intervención, una esperanza exagerada que hay que saber manejar para evitar su decepción al mostrarles que no es posible resolver en nuestro limitado tiempo de permanencia allí todo lo que durante años han ido acumulando en su “papelera de reciclaje”.

No obstante el aprender a respirar, a manejar sus crisis de ansiedad, tomar conciencia de que lo que sienten no es anormal ni extraño dada su situación, sentir que llorar y hablar de los problemas y de lo que emocionalmente les “duele” es positivo y no una muestra de debilidad, y recomendarles o sugerirles que busquen, si lo estiman necesario, un apoyo psicológico más estable y duradero en el tiempo, les da fuerza y ánimo para continuar su camino.

En este mismo sentido cabe destacar que su pobreza y las dificultades que, a todos los niveles, se han visto obligados a superar hasta ese momento hacen crecer en estas personas una fortaleza interior y una capacidad para sobreponerse a las desgracias, fuera de lo común.

En cuanto a la intervención con los intervinientes, es preciso puntualizar que si no fue necesaria una sola actuación específica fue debido a que tanto a la organización de turnos de trabajo, alimentación, espacios comunes y descanso, así como a la preparación profesional de los intervinientes seleccionados actuaron como factores de protección ante cualquier desestabilización emocional, cumpliéndose la premisa de que la capacidad de afrontamiento para el estrés en situaciones críticas de los intervinientes en este tipo de misiones es muy elevada, por lo que el riesgo de trauma psicológico es mínimo e inversamente proporcional a su preparación (Pacheco, T et al., 2006).

Como conclusión final, podemos afirmar la existencia real de una necesidad de apoyo psicológico a las víctimas directas inmediatamente después al suceso traumático vivido por el alto componente preventivo que supone para las personas atendidas.

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a todos los hombres, mujeres, niños y niñas que nos han permitido ayudarles en un momento tan difícil. Gracias por su cariño y sonrisas.

Gracias a todos los compañeros de SAMUR- Protección Civil, DYA Cataluña y País Vasco ("con vosotros...al fin del mundo"!).

GRACIAS A TODOS.

## BIBLIOGRAFIA

- » APA. American Psychological Association (1970). *Manual de Primeros auxilios en Catástrofes*.
- » Benyacar, M. (2002). "Salud mental y desastres: Nuevos desafíos". *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 35(1): Ene. – Mar: 3-25.
- » Fritz, C. (1961). "Disasters". *Revista Contemporary Social Problems*, p. 651-694.
- » Gordon, N. "Cómo Luchar contra las Reacciones de los Niños a los Terremotos y otros Desastres". *San Fernando Valley Child Guidance Clinic* . 1-16
- » Jaquemet, I. (2001). "Apoyo psicológico, ¿lujo o necesidad? ". Recuperado el 15 de diciembre de 2007, de [http://www.redcross.int/ES/mag/magazine2001\\_3/psycho.html](http://www.redcross.int/ES/mag/magazine2001_3/psycho.html)
- » Jerí, R., (1973). *Problemas de Conducta en los Desastres*. *Revista Sanidad Fuerzas Policiales de Perú*. 34(3):131-135
- » Moore, H . y Friedsam , H. (1959) "Reported Emotional Stress Following a Disaster". *Revista Social Forces*, vol. 38, n. 2, 135-139.

- » Pacheco, T et al.(2006). *Estado de salud general y psicosocial de intervinientes tras las catástrofes de Indonesia y Pakistán. Cuadernos de Crisis. n.5,vol.2:43-61.*
- » Tyhurst, J. (1951) . *"Individual Reactions to Community Disaster: The Natural History of Psychiatric Phenomena"* . *Revista The American Journal of Psychiatry, 107: 764-769.*
- » Valero, S. (1997). *"El Afronte de la Muerte"*. *Monografías.com. Recuperado 15 de diciembre de 2007 de <http://www.monografias.com/trabajos10/afro/afro.shtml#bi>.*
- » Valero, S. (1997). *"Psicología en Emergencias y Desastres, una nueva especialidad"*. *Monografías.com. Recuperado de 15 de diciembre de 2007 de: <http://www.monografias.com/trabajos10/emde/emde.shtml?relacionados>*

# *Cuadernos de* **CRISIS**

La Revista Semestral de la Psicología de las Emergencias y de la Intervención en Crisis

<http://www.cuadernosdecrisis.com>

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