



Días 14, 15 y 16 de octubre de 2022
BILBAO

ACTAS DE LAS IV JORNADAS DE SEPADEM



IV Jornadas de SEPADEM
Nuevos tiempos, nuevos rumbos



Conferencia Inaugural: Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos. ¿Cuándo, cómo y para qué?

D. Enrique Echeburúa.

Catedrático emérito de Psicología Clínica en la Universidad del País Vasco.

Los sucesos traumáticos generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y pueden dejar a la víctima en tal situación emocional que sea incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales. En general, el alcance del daño psicológico está mediado por la gravedad del suceso, el carácter inesperado del acontecimiento y el daño sufrido, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima, la posible concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar y laboral, por ejemplo) y pasados (historia de victimización), el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles. Todo ello configura la mayor o menor resistencia de la víctima al estrés.

La intervención psicológica temprana en personas que han padecido un suceso traumático tiene como objetivo detectar a las personas de riesgo, evitar la aparición o agravación del trastorno y discriminar a las víctimas necesitadas de las no necesitadas para derivar a las primeras a los dispositivos asistenciales. Los objetivos de una intervención en crisis son hacer frente a los síntomas más inmediatos y establecer unas medidas de higiene psicológica, basadas en la regularización de la comida y del sueño, en la recuperación de las rutinas de la vida cotidiana y en la expresión compartida de los sentimientos experimentados con amigos y familiares.

Más allá de la asistencia inmediata, una víctima de un suceso traumático solo debe buscar ayuda terapéutica cuando las reacciones psicológicas perturbadoras duran más de 4 a 6 semanas, cuando hay una interferencia negativa grave en el funcionamiento cotidiano (familia, trabajo o escuela) o cuando la persona se siente desbordada por sus pensamientos, sentimientos o conductas. Entre estas personas necesitadas de ayuda se encuentran especialmente aquellas que cuentan con antecedentes psicopatológicos, que han sufrido secuelas físicas graves (por ejemplo, tras un atentado terrorista), que se sienten solas, que tienen hijos pequeños a su cargo, que quedan en unas condiciones económicas precarias o que son inmigrantes en una situación irregular o inestable.

Los objetivos fundamentales de la terapia, que debe adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente, son proporcionar alivio inmediato a los síntomas más graves (lo cual puede ser conseguido, a veces, por los psicofármacos), hacer frente al trauma, restaurar en la víctima el sentido básico de seguridad en el mundo y en las personas y facilitar la reintegración social de la víctima en el contexto comunitario.

Actas IV Jornadas de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias – SEPADEM.

Bilbao, 14-16 octubre 2022.



El plan de tratamiento se debe plantear de forma escalonada con arreglo a una jerarquía de necesidades. En primer lugar, se trata de hacer frente a los síntomas más graves (insomnio, pesadillas, ansiedad intensa, humor depresivo, etcétera). En segundo lugar, hay que abordar el núcleo del trauma (reexperimentación del suceso ocurrido, conductas de evitación y reacciones de sobresalto). Y, por último, se trata de regular las emociones, de recobrar la autoestima y de recuperar la confianza en las demás personas.

Un enfoque novedoso en el tratamiento del trauma es la terapia de exposición a los estímulos traumáticos. Exponerse a las imágenes del suceso traumático bajo el control del terapeuta ayuda a digerir emocionalmente el *atracción* emocional que una persona ha sufrido. Así, recordar y verbalizar lo ocurrido en un ambiente de apoyo facilita la transformación de las imágenes caóticas y fragmentadas del trauma, mantenidas en la *memoria emocional*, en sucesos ordenados espacial y temporalmente bajo el control de la *memoria verbal*. Es en este proceso de transformación de las vivencias en recuerdos y en la integración adecuada de éstos, ya digeridos, en la biografía de la persona cuando la víctima puede experimentar un alivio de los síntomas y una recuperación de la capacidad de control.

Algunas emociones son predictoras de la eficacia del tratamiento de exposición en imaginación a los recuerdos traumáticos. En concreto, el miedo -incluso el horror- responde bien al tratamiento; por el contrario, la ira y la venganza o la culpa responden peor al tratamiento. La reestructuración cognitiva puede ser útil en estos casos como ayuda complementaria.

Por último, el autocuidado de los terapeutas es un elemento fundamental en quienes están tratando habitualmente con este tipo de pacientes. Para ello, el trabajo en equipo y las sesiones grupales de reciclaje desempeñan un papel muy importante.



Mesa 1. Duelos por desaparición: "El duelo congelado o ambiguo".

"Visibilizar la Ausencia: necesidades del familiar frente a una desaparición"

Araceli Ortega Martínez.

Psicóloga emergencista. Miembro SEPADEM.

1. Partiendo de la definición del concepto de duelo en general, identificar cuándo un duelo se complica / patologiza y sentar las bases diferenciales del duelo ante desapariciones.

2. Exponer las necesidades psicológicas de los familiares de una persona desaparecida.

3. Presentar una herramienta de evaluación de la sintomatología postraumática en familiares de personas desaparecidas.

4. Exposición de un recurso específico: participación como psicóloga en un programa de TV sobre Desapariciones. Además, se ofrece el testimonio del director del programa y periodista Luis Algoró sobre la necesidad de crear este espacio desde los medios audiovisuales para el apoyo de los familiares de personas desaparecidas.

1. Entendemos un duelo como aquel proceso de adaptación emocional ante una pérdida significativa que puede ser una persona, un objeto, una situación, una abstracción o una relación, por ejemplo. Su origen proviene del latín "dolus" (dolor) aunque tiene otro significado derivado de duellum (duo (dos) y bellum (guerra)). Cuando hablamos de la reacción psicológica ante la pérdida de un ser querido nos referimos a la primera de éstas, aunque en cierto modo la persona que está en un proceso de duelo está en lucha consigo mismo recomponiéndose y resignificando su experiencia de pérdida. Este proceso es natural, con una duración limitada en el tiempo (presumiblemente se puede extender durante el primer año tras la pérdida) y la evolución tiende a ser favorable, sin necesidad de apoyo psicológico inicial. Conforme se extienden en duración o intensidad las reacciones que la componen y dependiendo de las estrategias de afrontamiento que se tengan, se puede complicar e incluso patologizar con la aparición de trastornos psiquiátricos consecuentes. Tras ver las manifestaciones normales del duelo a nivel psicológico, fisiológico, cognitivo y comportamental así como aclaración de mitos, se exponen factores que determinan la evolución del duelo: cómo era la persona, el tipo de relación o nivel de apego existente (apego ansioso), las características de la muerte, si se participaba en su cuidado, asuntos pendientes con la persona fallecida,



personalidad del doliente, etc. Junto a estos factores mediadores vemos factores de riesgo además como culpa o dolor intensos, pensamientos de suicidio, desesperación, dificultades de funcionamiento en lo cotidiano o abuso de psicofármacos o sustancias. La ausencia del cuerpo de la persona desaparecida o el desconocer su paradero, como es en el caso de las desapariciones (ausencia de la prueba de la realidad para Freud) complica la aceptación tanto intelectual como emocional de la pérdida (fase de aceptación de Kübler Ross (1969); primera tarea de aceptación de la pérdida, Worden (1982) u Rando (1984)) y el consiguiente inicio de la elaboración de este proceso. Tras exponer qué entendemos por una desaparición y los distintos escenarios y sus desenlaces se concluye el tremendo impacto a nivel multifactorial que soporta el familiar. El duelo por desaparición tiene identidad propia. Es un duelo complicado en el que el objeto perdido no se encuentra por lo que se denomina “duelo suspendido” “duelo inconcluso”, “duelo no autorizado” o “duelo silente”. Los familiares han de gestionar la incertidumbre, un dolor suspendido, la culpa, la ausencia, la falta de respuestas, de información, la espera constante, la invisibilización, el miedo, la incertidumbre, etc. sin permitirse iniciar rituales de duelo al no tener la certeza de vida o de no vida del familiar. Se convierte en un duelo intermitente, no autorizado y crónico, donde los fenómenos de “aparición” de la persona desaparecida, el apego a pertenencias y el mantenerlas intactas o la rememoración constante de los últimos momentos antes de la desaparición buscando indicios predominan. El duelo se congela al igual que la vida de los dolientes. Un proceso de duelo sin resolver donde el papel del profesional, preferiblemente con formación en emergencias es acompañar, contener afectivamente y promover autocuidado junto con un acompañamiento psicológico y un soporte social, así como facilitar los rituales de inicio de duelo conforme se produzca una asimilación y presencia interior simbólica frente a la ausencia exterior. Factores como tener una red social que sostenga, estrategias de afrontamiento adecuadas, etc., protegerán al doliente de un duelo patológico

2. Las necesidades del familiar de una persona desaparecida marcarán el trabajo de duelo. El duelo no se enfoca con el reencuentro del familiar perdido vivo o muerto sino con el trabajo psíquico, con la conceptualización de la ausencia física en presencia simbólica interna gestionando la incertidumbre. Es aprender a gestionar la espera de manera adaptativa, una esperanza realista. La búsqueda de respuestas y la necesidad de saber qué pasó es una forma de “reparación”. El familiar presenta crisis en todas las áreas de su vida y un entorno desarticulado (junto al desajuste emocional se sienten solos, incomprendidos y en un contexto social que no le da respuestas) La única evidencia del familiar es la ausencia de su ser querido. Surge la ambivalencia entre la necesidad de realizar rituales de despedida para recibir el apoyo social frente a su dolor y desesperanza y la necesidad de hablar y visibilizar a la persona desaparecida y mantener viva la esperanza. El apoyo social, policial y judicial son necesarios para no sentirse aislados o marginados sino vinculados a una comunidad que los apoye. Poner



en marcha investigaciones, las batidas o instar a la ciudadanía a colaborar y aportar cualquier indicio de presencia son fundamentales. El familiar se caracteriza por su anhelo de reencuentro y su perseverancia en la búsqueda, necesita justicia, apoyo social, acompañamiento psicológico especializado, recursos económicos y respaldo institucional, necesita honrar la memoria de su familiar desaparecido y visibilizar su ausencia, necesita respuestas.

3. Se presentan **gráficas sobre la evolución del número de denuncias totales y activas por desaparición en España (2021)** (1) y un Estudio sobre la Evaluación de la Sintomatología Postraumática de Familiares de Personas Desaparecidas (autores Aída de Vicente Colomina y Pablo Santamaría de TEA Ediciones). El objetivo fue evaluar el malestar y el sufrimiento psicológico que supone el hecho de perder a un familiar por desaparición. Los resultados apuntan a que, de los 29 indicadores de sufrimiento medidos, los familiares de personas desaparecidas presentaron 26 con nivel extremo de malestar, con una elevada puntuación en disociación (desrealización, amnesia disociativa, alteraciones en la identidad y TEPT severo), alteraciones somáticas e internalizantes, mayor impacto en el área interpersonal y externalizante y creencias negativas (no se “permiten vivir”) y en general un deterioro del funcionamiento global.

4. Expongo como **ejemplo de buenas prácticas el programa “Ausentes”** a cargo del periodista Luis Algoró donde he participado como psicóloga emergencista para hablar del tema del duelo complicado y duelo por desapariciones di 2021/2022. Se presenta una breve presentación en formato radiofónico y audiovisual donde dicho periodista comenta su motivación por apoyar a los familiares de personas desaparecidas sin casusa aparente y las iniciativas actuales que dan continuidad. Tras contactar con la Fundación QSD Global, se propone a Canal Sur Radio esta fórmula de programa y se habilita una sección dentro del programa de Mariló Maldonado “La tarde en tu búsqueda” Esta iniciativa ha sido galardonada con un reconocimiento en el Congreso de los Diputados. En televisión en el espacio “Ausentes” desde PTV para toda Andalucía y actualmente en 7TV con el espacio “Hasta encontrarte” se siguen dando voces a los familiares. Se constituyen todos ellos como excelentes recursos de sensibilización, formación e información, con participación en directo de familiares y ciudadanía que da respuesta a las necesidades de visibilización, movilización y apoyo social de estos familiares

(1) <https://www.epdata.es/datos/personas-desaparecidas-espana-datos-estadisticas/317>

(2) Informe Anual Personas Desaparecidas 2022

<https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/prensa/balances-e-informes/2022/InformePersonas-Desaparecidas-en-Espana-2022.pdf>



(3) Noriega Flores. M.M. Duelo en personas desaparecidas.

<https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/16989/17535>

(4) No los olvidamos. Necesidades de los Familiares de las personas desaparecidas en Colombia. Comité Internacional Cruz Roja <https://www.icrc.org/es/document/no-los-olvidamos-necesidades-de-los-familiares-de-las-personas-desaparecidas-en-colombia>

(5) Estudio sobre la Evaluación de la Sintomatología Postraumática de Familiares de Desaparecidos <https://www.qsdglobal.com/wp-content/uploads/2020/03/diptico-completo.jpg>

DESAPARICIÓN POR SUICIDIO. ACTUACIÓN DE FAMILIARES.

Leticia Rodríguez

Psicóloga emergencista. Miembro de SEPADEM.

INTRODUCCIÓN

El duelo es una de las experiencias más dolorosas en la vida. Cuando una persona querida fallece, los familiares muestran diversas reacciones. Si la muerte ha sido inesperada, traumática, por homicidio, suicidio, accidente de tráfico o laboral, el malestar psicológico es superior al de una muerte esperada. Cuando una persona desaparece y su cuerpo no se encuentra hay muchas más dificultades para los familiares para comenzar el proceso de duelo. La tasa de suicidios en España es de 8,3 por cada 100.000 habitantes, inferior a la tasa de suicidios a nivel mundial, que es de 9.26 por cada 100.000 habitantes. De los 3i941 suicidios que se produjeron en el año 2020, 2930 fueron suicidios de hombres frente a los 1011 de mujeres. Cada dos horas y medias se suicida una persona en España. Según el director general de la OMS Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, cada 40 segundos alguien en el mundo se suicida y esto es una realidad a la que hacer frente. Según A. Pangrazzi “la muerte raramente consiente despedidas elegantes o adioses limpios. Llega inesperadamente y deja a algunos con la angustia de haber sido abandonados deslealmente. El abandono no es tan terrible cuando hay tiempo y espacio para un verdadero adiós. Cuando no ha habido un verdadero adiós, o peor aún, un mal adiós, la muerte se convierte en odiosa y deja un sentimiento de vacío y perplejidad”



DUELO POR SUICIDIO

El duelo en el suicidio tiene varias peculiaridades; hay que tener en cuenta que el mismo suicidio lleva parejo un estigma, en el que se culpabiliza por el sufrimiento que provoca a los otros. En el duelo por suicidio, los familiares no saben si es mejor que dejen una carta de despedida o no, ya que quedan las mismas dudas. Pero lo que sí es cierto, que cuando el que se ha ido se ha “despedido” de alguna manera, se puede comprender lo que el fallecido sentía. El suicidio es un evento traumático per sé que tiene una serie de características como lo inesperado del suceso y la sensación de desconcierto que genera. Esa imprevisibilidad del evento hace que los familiares puedan sentir una sensación de pérdida de control, incredulidad, así como una serie de emociones poco adaptativas. Es muy importante tener en cuenta aquellas situaciones en las que el cuerpo no aparece, cuto duelo a elaborar es más complicado y agrava la situación; ya que por un lado tengo que procesar el hecho de que sea un suicidio y por otro la ausencia de cuerpo, que eso impide que pueda integrar la experiencia y por lo tanto que aplazar por ejemplo los rituales funerarios que ayudan a tomar tierra y a que el cerebro no fantasee con la idea de que el familiar se “ha ido de viaje” y entrará por la puerta en cualquier momento. Los sentimientos de culpa y vergüenza, son muy habituales en este tipo de procesos. El hecho de no poder haber evitado esa muerte genera sentimientos de culpa y la vergüenza es generada por el estigma social que lleva el suicidio.

FASES EN EL DUELO POR SUICIDIO 1. Shock y negación: es un mecanismo de defensa que resulta muy doloroso. Tenemos pensamientos intrusivos de los que nos cuesta salir. 2. Ira: el familiar tiene muchas preguntas para las que no hay respuesta. 3. Superación: no se comprende la decisión que ha tomado nuestro ser querido. El duelo por suicidio es difícil que llegue a ser aceptado, pero si comprendido. 4. Comprensión: dejamos de hacernos preguntas y buscamos aquello que aporte claridad. Empezamos a comprender que en ese momento no teníamos herramientas para poder ayudar a nuestro familiar. 5. Volver a la vida: volver a nuestras rutinas no significa que olvidemos o que no nos duela, sino que empezamos a vivir con esa ausencia y con el tiempo y lo que hemos hecho con ese tiempo, la intensidad disminuye.

INTERVENCIÓN CON FAMILIARES (PAP)

Recogida de información Ventilación: expresar emociones en los primeros momentos del suceso ayuda a procesa la experiencia traumática y evitar la aparición de procesos más complicados. Normalización Vs Anormalidad de la situación: normalizar reacciones y emociones, lo anormal es esa situación para la cual ni esperábamos ni contamos con los recursos y estrategias adecuados para hacer frente. Confrontar/desculpabilizar/Resignificación: en este tipo de situaciones hay momentos que se quedan atascados fomentando los sentimientos de culpa: Resignificar y desculpabilizar ayuda a procesar y integrar la situación y poder elaborar el duelo. Visión a futuro @: leticiarodriguezsanchez@gmail.com



ACOMPañAMIENTO EN UN DUELO IMPOSIBLE: “El caso de Marta Calvo”

Mariano Navarro Serer

Psicólogo Clínico y Emergencista. Miembro de SEPADEM

El 7 de Noviembre de 2019, Marta Calvo, una joven de 25 años, tras haber pasado la noche con una persona, desapareció sin que todavía en la actualidad se haya podido encontrar su cuerpo. Su agresor, actualmente condenado tras juicio con jurado popular, defendió su inocencia entregándose 21 días después de la cita cuando ya se encontraba en búsqueda y captura, argumentando que al despertar a la mañana siguiente la encontró muerta a su lado. Al saberse envuelto en un grave problema y tratándose de un individuo con antecedentes penales, refirió sentirse presa del pánico y antes de llamar a los servicios de emergencia decidió deshacerse del cuerpo descuartizándolo en varios trozos y distribuirlos por diferentes contenedores de los municipios colindantes al lugar de los hechos. Con este argumento trajo en jaque durante meses a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado que rastillaron el vertedero municipal de la localidad de Dos Aguas durante nueve meses con el fin de encontrar los restos de Marta; de igual forma la UCO de la Guardia Civil investigó con todos sus medios el baño donde supuestamente, y siempre en base al testimonio del asesino, este había llevado a cabo el descuartizamiento sin encontrar el mínimo indicio de que un acto tan deleznable se hubiera cometido en aquel lugar. Su declaración fue claramente desestimada por los investigadores tras muchos meses de investigación.

Mientras tanto, una familia entera, encabezada por Marisol Burón, madre de Marta, se deshacía en dolor y en un sufrimiento indescriptible por no hallar el paradero de su hija. Gracias a la última acción de Marta, enviando su ubicación a su madre, esta se presentó al día siguiente en el domicilio del asesino enfrentándose a él por primera vez y recibiendo por su parte la negación de conocer a Marta. Marisol Burón no pudo imaginar en ningún momento que se acababa de enfrentar al asesino de su hija, y en definitiva a un asesino en serie con un claro perfil psicopático demostrado por criminólogos de tan reconocido prestigio internacional como Vicente Garrido Genovés.

Jorge Ignacio Palma Jacome, de origen colombiano, encarcelado hacia años en Italia por tráfico de drogas, narcotraficante reconocido con causas abiertas en nuestro país, no era la primera vez que mataba a sus víctimas siguiendo siempre el mismo modus operandi, la introducción a traición y sin consentimiento de las mismas, de importantes rocas de cocaína de extrema pureza en los genitales de las chicas, llevándoles a un



estado de inconciencia con grave peligro de sus vidas, para satisfacer sus deseos libidinosos sin preocupación alguna sobre los letales efectos que esta práctica podría generar. Anteriormente a Marta había asesinado de igual forma a otras dos chicas e intentado con otras tantas dejándolas en ocasiones convulsionando por efecto de la droga y abandonándolas sin remordimiento alguno a su suerte.

Días después de la desaparición de Marta Calvo su familia me trajo a consulta a su madre, una mujer absolutamente rota por el dolor incapaz prácticamente de articular palabra. A partir de ahí se inicia lo que sin duda ha resultado en toda mi práctica profesional como el acompañamiento más duro a una víctima. Se trataba de un claro caso de duelo imposible o duelo ambigüo, en el cual la desaparición del cuerpo impide la toma de conciencia de una realidad imposible de asumir desde la creencia defensiva de que esta pesadilla siempre podría tener un final diferente. Las investigaciones policiales a lo largo de estos tres últimos años todavía no han dado fruto y Marta sigue sin aparecer, convirtiéndose este caso en una réplica del caso de Marta del Castillo.

El trabajo realizado con la madre ha sido complicado durante todo este tiempo, marcando diferentes objetivos dirigidos a ayudarla a la toma de conciencia de una dura realidad y alcanzando metas progresivas de recuperación dirigidas a un objetivo final: encontrar un nuevo sentido a su vida. Las fluctuaciones emocionales de la paciente han sido constantes y de diversa intensidad en base a los movimientos de la investigación, levantando en muchas ocasiones falsas esperanzas que desgraciadamente siempre han resultado infructuosas. A lo largo del trabajo psicoterapéutico no solo se ha pretendido centrar a la madre en la aceptación de la muerte de su hija, sino empoderarla progresivamente con la fuerza suficiente para continuar viviendo. Hemos ido marcando diferentes ritmos en base a la capacidad de respuesta de la paciente hasta conseguir que ella misma cada día más fortalecida, se implicara en la búsqueda de su hija de la única manera que podía hacer, removiendo la conciencia de nuestra sociedad.

Sin duda desde el principio el caso se convirtió en altamente mediático, siendo consciente de ello avisé a la familia de la necesidad de nombrar un portavoz para la atención de los medios de comunicación. Ante la ausencia de alguien que quisiera asumir esa responsabilidad me rogaron que fuera yo quien lo hiciera. De esta forma me convertí, según me dijeron algunos periodistas, en el primer psicólogo que ejercía esta función en casos similares, hasta ahora o bien la había realizado un miembro de la familia o el abogado de la misma. Desde el inicio de este nuevo rol asignado siempre he intentado que mis intervenciones estuvieran rodeadas de un mensaje de humanidad y cuidado a los afectados. Con el tiempo y en base al fortalecimiento progresivo de la madre y el objetivo de mantenerla activa y válida, llegó el día en que me solicitó dar la cara a los medios siempre que yo la acompañara. De esta forma juntos, a lo largo del



tiempo hemos consolidado un equipo compacto en el que en todo momento mi trabajo ha consistido en ser su apoyo incondicional en esta lucha ya de tres años.

En este tiempo la madre se ha implicado en una cruzada personal contra el sistema penal de este país, hasta ahora incapaz de condenar a un sujeto confeso de haber ocultado intencionadamente un cadáver. Con el fin de cambiar las leyes en este sentido y a través de la Plataforma creada en honor a Marta, quisimos presentar una Iniciativa Legislativa Popular para conseguir modificar el artículo 140 del Código Penal, el cual hace referencia a los supuestos para una condena de Prisión Permanente Revisable. Afortunadamente y gracias al apoyo de algunos grupos parlamentarios pudimos agilizar el proceso al poderse presentar el mes de Marzo pasado una Proposición de Ley para la consecución de este objetivo. Finalmente fue votada a favor su consideración y abierto el plazo de presentación de enmiendas para su votación definitiva. A día de hoy todavía estamos esperando. Situaciones como esta son una muestra de los constantes baches que la madre de Marta ha tenido que ir superando viendo como los apoyos van y vienen sin llegar a una percepción de justicia real.

La celebración del Juicio realizado el pasado mes de Junio en la que se llegó a conseguir un veredicto de plena culpabilidad por parte del Jurado Popular tras haber conseguido aglutinar en un mismo juzgado todas las acusaciones contra el asesino, vio truncada la alegría inicial cuando el 1 de Septiembre la magistrada responsable del caso dictó sentencia a través de la cual se desestimaba la pena de Prisión Permanente Revisable e incluso la condena por daño a la integridad moral de la familia argumentando que no estaba suficientemente probada. Un nuevo varapalo que a pesar del mismo sigue fortaleciendo a la madre para luchar por su hija desde el recurso a la sentencia.

En este tiempo he podido conocer otros padres en las mismas circunstancias, Antonio del Castillo y Juan Carlos Quer, víctimas de un inepto sistema judicial que les ha dejado marcados por vida y que como Marisol Burón siguen luchando por encontrar un nuevo significado a su existencia desde el drama de lo vivido.

Sin duda, acompañamientos absolutamente complicados donde la presencia incondicional de un profesional de la Psicología al lado de las víctimas, se convierte en una clara necesidad de apoyo incuestionable con el fin de conseguir elaborar una de las peores pérdidas que cualquier ser humano puede afrontar en la vida. La dureza del acompañamiento nunca ha nublado la satisfacción del mismo al dejar constancia de la importancia de nuestra función como profesionales de la Relación de Ayuda.



Mesa 2. Gestión de emergencias y desastres.

Grandes emergencias e impacto en la salud mental

Laurent Alfonso.

European Affairs Officer, Civil Protection. Miembro de SEPADEM.

Durante una emergencia grave, los servicios de emergencia considerarán y tratarán el riesgo al que se enfrentan y que amenaza a las personas, los bienes y el medio ambiente, con el fin de controlarlo y detenerlo.

Aunque la dimensión humana es importante en la estrategia aplicada en el marco de una gran intervención para estos servicios, basada en el número, las competencias, la distribución espacial y la duración, no se tiene suficientemente en cuenta la gestión de la población y de los individuos.

Prueba de ello es que cuando organizamos sesiones de lecciones aprendidas de las grandes intervenciones o ejercicios, los simulacros, nos centramos en el debriefing y en el análisis de la actuación de los servicios de emergencia en sus acciones técnicas, y en el respeto de las doctrinas, pero no en la gestión de las personas que han podido ser confinadas, evacuadas o heridas. Se da prioridad exclusivamente a la seguridad de las personas, centrándose en el resultado final, pero se presta poca o ninguna atención a los medios para lograr este objetivo y a las consecuencias para la salud mental de los implicados.

Los actores de la emergencia están trabajando en la interoperabilidad entre las diferentes entidades para darles coherencia y eficacia, con un lenguaje común. Pero qué pasa con la población, cómo unir los dos mundos, teniendo en cuenta el impacto en la salud mental, las necesidades y obligaciones reales o sentidas.

Por supuesto, hay que distinguir entre las grandes emergencias y las intervenciones cotidianas, y lo que las caracteriza, es decir, la escala en términos de número de víctimas potenciales y la duración. Paralelamente, lo que pueda afectar a la salud mental dependerá también de la tipología de la emergencia.

No nos afectará de la misma manera en el sentido de que todos tenemos nuestros propios antecedentes, sensibilidades, experiencias, dudas y miedos. La información



previa es fundamental, nos da miedo lo que no conocemos. Al igual que los profesionales, el ciudadano también debe estar preparado.

El impacto del entorno de comunicación juega un papel importante: la noción de temporada, el riesgo NBQ por ejemplo en Ucrania, prepara las mentes.

Una gran emergencia significa: muchos actores, necesidad de coordinación y objetivos. Necesitamos compartir una "imagen común". El nexo Prevención/Preparación/Respuesta requiere el compromiso de las autoridades (a nivel nacional, regional y local), los actores de la emergencia, la sociedad civil y el sector privado.

El concepto de plataforma permite este punto de encuentro, eliminar el sentimiento de desconfianza, cultivar la transparencia, establecer un lenguaje común, pasar de las palabras a la acción.

El riesgo existe, se genera porque hay un peligro, un objetivo y una vulnerabilidad. Cualquiera que sea la naturaleza del riesgo, se identifica: estudios, información/conciencia, reducción/mitigación, adaptación, previsión, anticipación antes/durante.

Todo el mundo tiene que preguntarse cómo se vería afectado, y las consecuencias. La suma de las preguntas individuales forma parte de la solución colectiva.

¿Estoy preparado psicológica, física y materialmente para afrontar y adaptarme a los riesgos para mí, mi familia y mis vecinos?

Las catástrofes naturales están en la lista de estresores, junto con los accidentes o las agresiones humanas (Enrique Echeburua)

La exposición a los riesgos provoca un sentimiento adverso, un malestar emocional, especialmente en las personas vulnerables. No estamos preparados para las catástrofes, dice la ONU, pero menos aún para el factor psicológico y la salud mental de las víctimas de estas catástrofes.

Tenemos que aprovechar nuestra inteligencia colectiva y nuestra diversidad. Nuestro enfoque debe ser holístico y sistémico, teniendo en cuenta los acontecimientos complejos, la simultaneidad, los efectos túnel, las prioridades, el equilibrio de medios, los efectos dominó y acumulativos, y tomando las medidas adecuadas. Las plataformas, que pueden adoptar varios formatos, permiten realizar este inventario y responder a estas preguntas, que no son exhaustivas.



Tenemos que hacer este esfuerzo para acercarnos, comprender y visualizar los escenarios. Por ejemplo, en Francia, tras los atentados de 2015, la gente aprendió a localizar las salidas de emergencia en lugares abiertos al público. Si ocurre algo, nuestro comportamiento será diferente según la estación, el día, la noche, la semana, el fin de semana, el entorno conocido o desconocido.

Esto debe llevarnos a lo que yo llamo el contrato social, es decir, el compromiso de la solidaridad y la subsidiariedad; pasar de la discusión en el café o la comida familiar, entre amigos, a las acciones concretas:

- ¿Cómo puedo ayudar?
- ¿Cómo puedo colaborar?
- ¿Cómo puedo facilitar?
- ¿Cómo puedo contribuir?
- ¿Qué sé hacer y qué hago bien?

Debemos situarnos en el tablero de nuestra familia, nuestro barrio, nuestra ciudad, nuestra provincia, nuestra región, nuestro país.

No todos somos iguales ante una catástrofe. Nuestra afiliación territorial nos diferencia. Los "puntos de contacto" con la catástrofe deben llevarnos a hacer un seguimiento de las víctimas o a participar en un sistema integrado.

Dada la complejidad de la persona como individuo, la complejidad de las situaciones, la sociología puede ayudar a los mandos/interventores a gestionar los riesgos, a tener en cuenta a las personas, con el apoyo de la psicología de la emergencia.



Aportaciones tecnológicas para estudio del impacto emocional y salud mental en intervinientes

Prof. Dr. Jesús Miranda Páez

Cátedra de Seguridad, Emergencias y Catástrofes Dpto. Psicobiología y Metodología CC Comportamiento Universidad de Málaga. Miembro de SEPADEM.

Impacto emocional y salud mental en intervinientes

Como se ha expuesto anteriormente, el personal interviniente en emergencias por la propia naturaleza de su labor, se ven expuestos frecuentemente a lo que hemos definido como incidentes o situaciones críticas, algunas de gran impacto emocional.

Los denominados Afectados de tercer nivel, Personal de Servicios de Urgencia y Emergencia (Intervinientes en general) suelen sufrir un mayor impacto con determinadas situaciones que incluyen: Lesiones graves en compañeros, Accidentes con múltiples víctimas y desastres, Suicidios de compañeros o Muertes o lesiones traumáticas en niños, entre otras.

Si hacemos un breve repaso histórico en la literatura contemporánea, encontramos referencias como Lifton (1967) fue uno de los primeros investigadores que trato sobre el deterioro psicológico de los equipos de rescate. En 1984 la Federal Emergency Management Agency (FEMA) y el National Institute of Mental Health (NIMH) de los EE.UU. empezaron a abordar el impacto psicosocial de los desastres en los equipos de respuesta. O datos que comparan las profesiones de emergencia versus otros contextos laborales, donde el 85% de intervinientes informan haber enfrentado alguna situación laboral impactante (Mitchell y Bray, 1990).

Algunos estudios sobre situaciones como el atentado del 11-M, muestran que el porcentaje de afectados por ataque de pánico en intervinientes es superior al valor encontrado en la población general. Un 13,94% del personal de emergencias frente al 10,9% de la población general. El porcentaje de prevalencia de estrés postraumático en el personal de emergencias transcurrido el mes desde los atentados del 11-M en Madrid era de un 1,2%, considerablemente inferior al encontrado en la población general de la ciudad de Madrid, un 4% (González Ordi et al, 2004).

Algunos cuadros conocidos que se describen en Intervinientes son el Estrés agudo por incidente crítico, el Desgaste por empatía y traumatización vicaria o el Estrés traumático secundario y Estrés Postraumático (TEP). Pero además, no podemos perder de vista que



Los intervinientes, y en especial los cuerpos policiales, son población con especial riesgo de Suicidio. Si hacemos una revisión de artículos publicados en prensa y noticias en los últimos 5 años, encontraremos cifras crecientes y alarmantes. Las revisiones sistemáticas y algunos estudios más recientes también reflejan la gravedad del tema y el interés que suscita desde el punto de vista de la investigación, algunos ejemplos son:

- Network analysis of distress, suicidality, and resilience in a treatment seeking sample of first responders (Análisis en red de la angustia, la suicidalidad y la resiliencia en una muestra de primeros intervinientes que buscan tratamiento). Warren N Ponder, Kyle Walters, Jeffrey S Simons, Raluca M Simons, Katelyn K Jetelina, Jose Carbajal (2022).
- Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals (Intervenciones psicológicas para favorecer la resiliencia de los profesionales sanitarios). KunzlerAM, HelmreichI, ChmitorzA, KönigJ, BinderH, WessaM, LiebK (2020).
- Workplace Stressors and First Responder Post Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. (Los factores de estrés en el lugar de trabajo y el trastorno de estrés postraumático del personal de primera respuesta: Una revisión sistemática y un meta-análisis). Julia Fielke, Pamela Pilkington (2020).

Estrechamiento y caída de la capacidad de atención

Es muy conocido el efecto del nivel de arousal sobre la capacidad atencional, esa relación en forma de “U” invertida nos recuerda el concepto de Procesos Controlados y Procesos Automáticos derivados de los estudios sobre Recursos Atencionales de Kahneman (1973).

Este tipo de efectos pueden tener una especial relevancia para el estudio del comportamiento y la respuesta de los intervinientes en situaciones que provoquen un alto nivel de activación. Toma de decisiones y emociones Hablamos del proceso de elegir entre opciones de una forma “intencional” cuando nos referimos a la toma de decisiones. Las emociones no sólo acompañan nuestras decisiones, es más, son una pieza necesaria para poder Tomar Decisiones.

Hay una preparación previa en nuestro cerebro hacia la acción que vamos a decidir, antes de tener consciencia de nuestra decisión; esto implica un carácter anticipatorio o futuro. La corteza prefrontal juega el papel principal de centro integrador de inputs externos e internos, de cognitos perceptuales y también de cognitos ejecutivos, la toma de decisiones parece surgir de aquí.

La toma de decisiones desarrollada en la corteza prefrontal, es función del conocimiento pasado y afianzado mediante el aprendizaje pero bañado por memoria emocional asociada que fluye desde el cerebro emocional, sin olvidar su capacidad predictiva. En



definitiva, cumple una importante función integradora de las emociones en la Toma de Decisiones. Desde el cerebro o sistema límbico surgen conexiones con un gran peso en la toma de decisiones, transportan información relacionada con el instinto y la supervivencia. Pero a su vez, desde la corteza prefrontal también, se produce una Inhibición de la activación de la amígdala, modulando la respuesta emocional.

Tecnología para asistencia en rescates y valoración del interviniente durante la emergencia: Una investigación en curso

En la Universidad de Málaga se están desarrollando experimentos para valorar diferentes parámetros del personal de rescate durante la ejecución de su intervención en tiempo real. Este estudio está financiado por dos proyectos:

- Towards Resilient UGV and UAV Manipulator Teams for Robotic Search and Rescue Tasks (TRUST-ROB) RTI2018-093421-B-100 (2019-2022).
- SAR 4.0: Leapfrogging to a New Paradigm in Cooperative Human-Robot Cyberphysical Systems for Search and Rescue. PID2021-122944OB-I00 (2022-2024).

Los investigadores principales Alfonso García Cerezo y Anthony Mandow, pertenecen al área de Ingeniería de Sistemas y Automática. Y dicho proyecto se desarrolla en colaboración con la Cátedra de Seguridad, Emergencias y Catástrofes de la UMA. Para la toma de los datos biométricos de los sujetos de estudio, se han empleado los sensores de electrocardiografía (ECG), actividad electrodérmica (EDA) y respiración (PZT) mediante kit adquisición de datos psicofisiológicos PsychoBIT. En las siguientes muestras, se procederá a integrar la valoración de otras covariables como: Resiliencia, Inteligencia Emocional, Discrepancia en NPB, Nivel de ansiedad, Percepción del riesgo, Alteraciones en la ejecución de la tarea y la atención. La tecnología 5G y 6G permiten una transmisión de datos a distancia con una buena calidad y especialmente con un tiempo de latencia ínfimo. Por lo que su uso con sensores biométricos permite realizar registros de las reacciones de carácter psicofisiológicos en tiempo real durante la actuación en el rescate por parte del interviniente.

Actualmente se están analizando los datos de los ensayos pilotos llevados a cabo en el ejercicio sobre desastre desarrollado en nuestra Universidad en junio de 2022. De ello, se pueden derivar diversos casos de uso:

- Retirar a tiempo del escenario de forma preventiva al personal interviniente que muestre valores anómalos o que se consideren peligrosos para su salud.
- Analizar datos que permitan conocer mejor las capacidades y las necesidades de los intervinientes registrando estas variables durante la ejecución de su trabajo en emergencias reales.



- Analizar asociaciones entre variables biométricas y alteraciones en la ejecución de la tarea
- Predecir y prever anticipadamente mediante modelos probabilísticos las alteraciones en la capacidad atencional en función de los marcadores biométricos correspondientes.

Breves Conclusiones e implicaciones

Las emociones no sólo acompañan nuestras decisiones, es más, son una pieza necesaria para poder Tomar Decisiones. Parte del proceso de ESTIMACIÓN/PREDICCIÓN en la Toma de Decisiones es inconsciente. El nivel de arousal sabemos desde hace tiempo que afecta a la capacidad atencional. La resistencia y adaptación al estrés compete al ámbito psicológico. Es fundamental reconocer la vulnerabilidad al estrés traumático entre los rescatadores e identificar a los individuos resilientes que puedan actuar más adaptativamente ante las demandas que puedan acontecer. El apoyo de tecnología 5G y 6G permiten una transmisión de datos a distancia con una buena calidad y especialmente con un tiempo de latencia ínfimo. Ello, se muestra de especial relevancia para el estudio de marcadores biométricos y psicofisiológicos durante una intervención en situaciones de rescate bajo alta presión.

COMUNICACIÓN Y REDES SOCIALES EN EMERGENCIAS

Jokin Zubieta.

Periodista

El paradigma de la comunicación ha cambiado radicalmente en estos últimos años. Los avances tecnológicos han evolucionado nuestra forma de comunicarnos e informarnos. Antes las Administraciones, empresas, organizaciones, ciudadanos, sólo estaban o se llegaba a ellos por los medios de comunicación "tradicionales".

Ahora, con los nuevos avances tecnológicos todo eso ha quedado casi obsoleto. Hoy en día, en el mundo 2.0, en el mundo digital, toda persona, institución, empresa, etc. debe disponer de su espacio propio en las redes sociales e Internet. Además, tiene que conseguir una comunidad digital lo suficientemente extensa para que sus mensajes sean difundidos por las redes sociales. Pero para conseguir esa comunidad digital, esos seguidores, es necesario cumplir unas normas:

- Veracidad de la información.
- Agilidad en la comunicación.



- Transparencia de la entidad, institución.
- Utilidad de la información transmitida.

Si no se cumplen esas normas, todo el trabajo que se realice será inútil. La reputación lo es todo en las redes sociales.

A diferencia de tiempos pasados, ahora además de consumidores de información, nos hemos convertido en prosumidores, esto es, consumimos y producimos información. Los teléfonos inteligentes o smartphones, se han convertido en el eje fundamental en las comunicaciones. En esta era digital, cualquier persona que disponga de un teléfono inteligente se convierte en un informador en potencia, pudiendo ofrecer datos de una manera global de manera instantánea a través de las redes sociales e Internet.

REDES SOCIALES

Por lo descrito anteriormente, podemos afirmar rotundamente que las redes sociales se han convertido en herramientas indispensables en la gestión de emergencias. Los motivos son los siguientes:

- Inmediatez y alcance geográfico.
 - permiten enviar datos de manera instantánea a nivel global.
- Facilidad de expansión del mensaje.
 - permiten fácilmente que los mensajes sean compartidos múltiples veces, llegando a un público amplio.
- Permiten el 112 inverso.
 - Los responsables de atención de emergencias ahora pueden enviar avisos preventivos y de seguridad a la población. Antes el usuario llamaba al 112 alertando de un incidente; ahora el 112 alerta públicamente.
- Análisis de la situación: Inteligencia.
 - La escucha activa de la conversación en redes sociales nos permite hacer un análisis de cómo está transcurriendo el incidente / crisis / evento.
- Multiforme (audio, vídeo, texto, imagen).
 - Puedes enviar la información en múltiples formatos.
- Geolocalización.



- Si el usuario da su permiso, se puede conocer desde dónde se está enviando los datos.

Además de las redes sociales, la obtención de datos en tiempo real y geolocalizados, permite que a través de Internet se pongan al servicio del público, pudiendo éste poder consultarlos en cualquier momento.

Además de la información pública de emergencias, las redes sociales nos permiten poder avisar a nuestros familiares de nuestro estado en caso de una crisis o situación de emergencia. Esta forma además de ágil, es extraordinaria porque permite que las líneas telefónicas no se colapsen debido a la alta demanda que suele darse en cualquier situación de gran emergencia.

Las redes sociales permiten publicar información en todas las fases de protección civil: prevención, planificación, alerta, emergencia, recuperación.

Un fase prioritaria en la que es muy recomendable informar es en la fase preventiva.

Hay que recordar que la prevención es la mejor arma que existe para luchar contra los accidentes. Un ciudadano bien informado es un ciudadano más seguro. De ahí que los mensajes preventivos y que ofrecen consejos, son siempre bienvenidos y aumentan el conocimiento y resiliencia ciudadana.

Pero también las redes sociales tienen su lado oscuro, sus peligros. Estos son:

- Desinformación:
 - Mal uso o poco conocimiento del uso de las redes sociales.
 - Crear una psicosis social. Al igual que un pirómano se enorgullece de su “obra” y quiere que sea notoria, hay personas enfermas que se dedican a difundir datos falsos para provocar miedo en la población.
 - Campaña de ingeniería social. Puedes alterar el sentimiento de las personas o la historia real de un suceso.
- Infodemia / infoxicación:
 - Gracias a la democratización de la conversación, existe multitud de información e informadores en las redes sociales e Internet. Discernir cuáles son veraces o de utilidad se convierte en muchas ocasiones en una tarea titánica.
- Doble repercusión



- Las acciones que se llevan a cabo en la vida real, tienen consecuencias en la vida digital y viceversa.

CÓMO COMUNICAR EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Algunos consejos para ofrecer información pública en situaciones de emergencia son los siguientes:

- Lenguaje claro, sin tecnicismos. Entendible. Supervisado por profesionales de la psicología para mejorar la calidad e idoneidad de la información a facilitar.
- Por todos los medios a nuestro alcance. Multiplataforma.
- Portavoz único. Coordinación multiagencias: mismo mensaje a transmitir.
- Actualización constante: hay que tener en cuenta que las emergencias son dinámicas.
- Plural. Hay que tener especial atención a personas con discapacidad auditiva, visual, intelectual, El mensaje debe llegar y ser entendido por el máximo de personas posible.
- Escucha activa de la situación.

¿EL FUTURO DE LA COMUNICACIÓN?

El tiempo nos ha demostrado que en poco tiempo el avance tecnológico ha sido impresionante en todos los ámbitos, y en la comunicación también. El futuro de la comunicación de emergencias podría ser:

- App integrales exclusivas.
- Canales WhatsApp / Telegram. Estas plataformas están en auge por las mejoras que están aplicando en su software.
- Códigos QR
- RAN/PWS (Red de Alerta Nacional – Public Warning System)
- Inteligencia Artificial (mejora de la alerta temprana) junto con los dispositivos IoT (Internet de las cosas).
- Realidad Virtual.



Mesa 3. Trauma y emergencias.

TRAUMA Y CEREBRO

Sonia Gálvez.

Psicóloga emergencista. Miembro de SEPADEM.

La Asociación de Psiquiatría Americana señala como trauma toda “Respuesta emocional a un evento terrible como un accidente, una violación o un desastre natural”. Pero una persona puede experimentar un trauma como respuesta a cualquier evento que encuentre física o emocionalmente amenazante o perjudicial. Es probable que cualquiera de nosotros lo sufra al menos una vez en la vida. Sin embargo se conoce que aproximadamente el 90% lo superará sin dificultades, dejando entre 7 y 10% de personas que desarrollarán un Trastorno de Estrés Postraumático.

Según el DSM5 se debe dar una exposición real o amenazada a muerte, lesión grave o violencia sexual tanto en experiencia directa como en diferentes gradientes de exposición, con uno o más síntomas de intrusión, evitación de estímulos relacionados, alteraciones negativas y de la alerta y reactividad asociada al evento, con duración superior a un mes. Vamos a intentar explicar cómo se produce esta sintomatología en el cerebro.

El sistema de procesamiento de la información está ampliamente distribuido en el cerebro, además precisa de una sincronización de potenciales de acción sinápticos para generar esa integración. Así, tomamos el modelo del procesamiento distribuido en paralelo para entender la organización de: sensación, percepción, pensamiento, aprendizaje, memoria, lenguaje, emoción y motricidad todo este procesamiento se organiza en redes o sistemas, la interacción de estos sistemas con las unidades unimodales (sentidos) y multimodales (asociativas, somatosensoriales) junto con un contexto producen la experiencia integrada.

El psiquiatra Bessel Van Der Kolk estudió a personas que habían sufrido un impacto y este procesamiento no se había completado, se encontraban en un estado de hiperactivación, el cerebro primitivo intentaba sobrevivir, había altos niveles de hormonas del estrés que dificultaban distinguir la información relevante, hipervigilancia y pérdida de autorregulación. También vio casos con flashbacks, muy desagradables por su impredecibilidad. Pérdida de flexibilidad y significados al no poder establecer puentes



entre el pasado y el presente. También trabajó con personas depresivas y con ansiedad donde observó historias de violencia y abusos, estas experiencias no elaboradas les generaba desconexión, flashbacks, pesadillas, ira. Los estudios de neuroimagen reflejaron una hiperactivación del área límbica (emocional) y del córtex visual (flashbacks) junto con una desactivación del área de Broca (lenguaje expresivo). Vivían la experiencia sin poder organizarla en un relato.

Así parece ser que se produce una activación mayor del hemisferio derecho, con la consecuencia del incremento de recuerdos sensoriales y emocionales junto con una reducción de la expresión a través del lenguaje así como la capacidad de organización y planificación. A la vez los altos niveles de hormonas del estrés estarán provocando problemas de atención y memoria, irritabilidad, alteraciones del sueño.

El sistema límbico o cerebro emocional es el propio de los mamíferos, se ocupa de sentimientos y emociones, con la finalidad de mantenernos vivos. Está formado por diferentes estructuras, como el tálamo, que recibe los inputs sensoriales y actúa de centro transmisor al resto de estructuras, responsable de la integración perceptiva, cognitiva, de memoria y sensorial. De ahí una vía va a la amígdala en una sola sinapsis y otra al córtex prefrontal. La amígdala unifica la información sensorial y le da significado emocional, busca señales de peligro y da la alerta antes que el neocórtex, activando la glándula suprarrenal que segrega adrenalina y el tallo cerebral que segrega noradrenalina. Esta estructura trabaja juntamente con el hipocampo, que procesa la información añadiendo los datos del córtex, lo que hace que aporte contexto. Si la conexión amígdala-hipocampo no funciona, por exceso de hormonas del estrés, se inhibe la evaluación cognitiva y su representación semántica, no se le da contexto a los recuerdos y se almacenarán en modalidades sensoriomotoras sin contexto temporal. El córtex prefrontal recibe señales del tálamo y la amígdala y aporta una respuesta más analítica modulando la activación de la amígdala, proporcionando datos contextuales al evento y facilitando la expresión por el lenguaje de las emociones. Si el sistema es defectuoso o los estímulos son extremos, se produce la lucha, huida o bloqueo. La teoría polivagal explica muy bien estos estados del sistema nervioso. Cuando el circuito que hemos comentado se satura hay recuerdos fragmentados, no diferenciación entre pasado y presente, las respuestas de defensa no finalizan por el alto nivel de hormonas del estrés, lo cotidiano pierde valor. Durante los flashbacks el córtex dorsolateral se ve inhibido con lo que no se tiene noción del tiempo, la amígdala hiperactivada da intensidad de la emoción y el tálamo inhibido genera huellas aisladas, sin integración. En la respuesta inhibida, disociación, las personas no sienten nada, la actividad cerebral se reduce, no pueden pensar, sentir, recordar ni comprender, se ha activado el sistema de emergencia del sistema nervioso.



Como propuesta de tratamiento la premisa básica es la neuroplasticidad para aprender a vivir el presente. Si el cuerpo está en sistema de emergencia, la vía de la palabra, llamada de arriba abajo, desde lo cognitivo a lo comportamental, no funciona. Se usará predominantemente la vía de abajo arriba, desde el cuerpo, aprendiendo a controlar las sensaciones y emociones internas, a través de la autorregulación, recuperando la sensación visceral de control. Será importante intervenir desde el presente, mejorando la experiencia diaria para recuperar las estructuras que fallaron cuando el trauma pasó. No se trata de reaccionar menos sino vivir mejor el presente, aprendiendo a desactivar los mecanismos de lucha, huida y desconexión. Lo ideal será la combinación de métodos de arriba abajo y de abajo arriba para un tratamiento completo, así, se saca la información sensorial bloqueada, se ayuda a aceptar la experiencia notando y describiendo sensaciones, integrando en una narración continua para que de la memoria fragmentada, pase a la memoria autobiográfica episódica.

Hemos visto que el trauma no es infrecuente, los efectos son terribles pero tienden a equilibrarse. En el trauma la memoria se almacena en un sistema somatosensorial no en memoria declarativa, el fallo en los circuitos genera fragmentación, falta de integración. Las propuestas son autorregulación, junto con activación cortical para contrarrestar la expresión subcortical de los recuerdos y teniendo en cuenta el contacto social como clave para la seguridad.

Bibliografía usada y recomendada:

Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.

Van del Kolk, B. El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. Primera edición. Barcelona: Ed. Eleftheria, S.L.; 2015

Payàs, A. Las tareas del duelo. Primera edición. Barcelona: Ed. Paidós; 2010.

Bergmann, U. Fundamentos neurobiológicos para la práctica del EMDR. Primera edición. Madrid: Asociación EMDR España; 2016.

Levine, P. Trauma y memoria. Primera edición. Barcelona: Ed. Eleftheria; 2018.

Davidson, R. El perfil emocional de tu cerebro. Primera edición. Barcelona: Ed. Destino; 2012.

Redolar, D. Neurociencia cognitiva. Primera edición. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2014



Trauma, cuerpo y psicósomática.

D^a. Patricia Acinas

Psicóloga emergencista. Secretaria de SEPADEM.

La mente domina al cuerpo

La mente no siempre domina a la mente

(Frank Herbert)

En esta ponencia se hizo una reflexión que estaba pendiente, sobre la relación entre trauma y cuerpo. Desde hace tiempo en la historia de la psicología se han ido recopilando elementos, ideas, conceptos sobre esta relación que nos permita superar el dualismo cartesiano cuerpo. mente. Y considerar de manera holística cuerpo y mente, que van conjuntamente y muestran relaciones entre ellos.

En la vida cotidiana, pronunciamos expresiones “Hasta que el cuerpo aguante”, “morir de pena” en situaciones de alto impacto emocional. El duelo traumático tiene muchas manifestaciones psicósomáticas. Y también podemos encontrarnos bloqueos físicos asociados a situaciones de peligro, somatizaciones en menores..

“para que se califique actualmente de “psicósomática” a una dolencia suele ser que la semiología no haya permitido atribuirle una etiología orgánica o biológica exhaustiva, clara y suficientemente específica para ser reconocida como explicación científica válida y completa” (Courel, 1996)

El cuerpo “habla” cuando no puede decir con palabras lo que pasado que ha impactado en la persona. Hay muchos traumas psicológicos que son infringidos con trauma corporal (ASI- Abuso Sexual Infantil, Agresión sexual, sumisión química, Tortura, amputaciones en secuestros, daños corporales, heridas, cicatrices.

En la disociación puede haber elementos corporales disociados (anestesia corporal, maneras de caminar, incluso enfermedades presentes en una personalidad y no en otra. **«La esencia del trauma es la disociación de la personalidad»** (Van der Kolk)

En el Trauma complejo hay un tipo, el Desnos o Trauma complejo tipo 3 que muestra sobre todo aspectos de trauma complejo a través de somatizaciones

El concepto de **carga alostática** nos permite entender las relaciones complejas en trauma, cuerpo y psiconeuroinmunología. Se manifiesta Cuando un individuo se ve



sometido a un elemento estresor de manera continuada su equilibrio interno se ve afectado. significa que el cuerpo trata de recuperarse tras un evento estresante pero no le da tiempo porque el estresor sigue activo, de manera que el cuerpo se acostumbra a vivir con esa sobrecarga.

Hay otras relaciones entre psicósomática y trauma a través de la microbiota y la psicobiota en nuestro intestino, donde también se segregan algunos neurotransmisores.

El **Síndrome de Tako Tsubo**, o del corazón roto, que es una afección cardíaca temporal que a menudo es provocada por situaciones estresantes y emociones extremas, enfermedad física grave o una cirugía. (Clínica Mayo). Produce cambios en la morfología del corazón que revierten en días/semanas.

Otra entidad que nos habla de esta relación, es el **síndrome de Resignación**, que tiene una aparición relativamente rápida de un nivel extremo de apatía, inmovilidad y mutismo sin una razón biológica aparente, que puede llegar al COMA. Biológicamente su organismo funciona perfectamente. Aparece en Suecia entre niños y jóvenes refugiados con trauma. Empiezan a mejorar cuando lo hace la situación de “refugiados” de sus progenitores.

Se nos insta a descartar organicidad ¿y por qué tenemos que descartar y no comprobar si hay componente de organicidad?, no son incompatibles, puede hacer elemento orgánico, psicósomático y también psicológico.

Hay Teorías que muestran la relación trauma y cuerpo, como la Teoría polivagal (Porges y Dana, 2009, 2019), mostrando la influencia del nervio vago, el más largo del cuerpo, en situaciones que la persona vive como traumáticas. Las reacciones de movilización e inmovilización están mediadas por el Sistema nervioso autónomo.

También hay tratamientos y terapias para el trauma a través del cuerpo. Son Técnicas corporales, experienciales, no verbales, basadas en el cuerpo, coherencia cardíaca, sensoriomotriz, somatic experience, focusing, EMDR, Abrazo Peter Levine (autoholding), EFT (terapia de liberación emocional), Coherencia cardíaca, Mindfulness, Shiatsu, digitopresión, acupuntura, Bioenergética (Lowen), Psicodanza

CONCLUSIONES

No podemos olvidar la importancia del cuerpo en el trauma

Se pueden emplear técnicas a partir de lo corporal para favorecer la elaboración del trauma

Queda mucho por investigar y corroborar.



El que no haya evidencia científica no quiere decir que no funcione en algunas o en todas las personas.

Podemos prevenir agravamiento de trauma mediante terapias corporales

“La mente no domina al cuerpo, sino que se convierte en cuerpo, cuerpo y mente son una sola cosa” (Candice Pert)

Recursos Bibliográficos y audiovisuales

Acinas, M.P. (2012) Duelo en situaciones especiales: Suicidio, desaparecidos y muerte traumática. Revista Medicina Psicosomática. 2(1):1-17.

<https://docplayer.es/21012510-Duelo-en-situaciones-especiales-suicidio-desaparecidos-muerte-traumatica-grief-in-special-situations-suicide-missing-people-and-traumatic-death.html>

Castellanos, N. (2022). Neurociencia del cuerpo. Barcelona: Kairós.

CIE-11. 6B41 Trastorno de estrés postraumático complejo en CIE_11

<https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>

Cornell, A.W. (2016). Focusing en la práctica clínica. Bilbao: Desclée de Brouwer

Levine, P.A. (2018). Trauma y memoria, cerebro y cuerpo en busca del pasado vivo: una guía práctica para comprender y trabajar la memoria traumática. Barcelona: Eleftheria.

Ogden, P, Minton, K, Pain, C. (2009). El trauma y el cuerpo. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Roschild, B; (2015). El cuerpo recuerda. La psicología del trauma y el tratamiento del trauma. Eleftheria.

Salvador, M.C; (2016). Más allá del yo: Encontrar nuestra esencia en la curación del trauma. Barcelona: Eleftheria

Van der Kork, B. (2020), El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. Eleftheria

Williams, M B y Poijula, S. (2015) Manual de tratamiento del TEPT. Bilbao: Desclée de Brouwer.



DOSSIERES SOBRE TRAUMA INFANTIL EN FRANCÉS

<https://andreabescond.files.wordpress.com/2020/07/description-projet.pdf>

Dossier “Et si on parlait?”, Violence auprès des enfants

(Dossier “¿Y si hablamos? Violencia hacia los niños)

REVISTAS

Revista psicósomática y Psiquiatría. Descarga gratuita de números y artículos

<https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/cuadernos-medicina.cfm>

Revista de Sociedad Española de Psicósomática y Psicología Médica. Descarga gratuita de artículos.

<https://www.psicociencias.org/revista/revistaVolumenes.php>

VIDEOS

<https://www.youtube.com/watch?v=6DeRCH0uQA>

3:53 (inglés subtulado español). Vídeo TEPT en Anatomía de Grey. Trauma en Cristina.

<https://www.youtube.com/watch?v=8OIUEli4G6Q>

duración 1:31” Sobre el síndrome de resignación. ***La Vida Me Supera || Life Overtakes Me || Sub Español || Official Trailer || Netflix Junio 2019***



TALLER. Prevención del suicidio en la infancia y adolescencia.

Inmaculada Aragón.

Psicóloga emergencista. Miembro de SEPADEM.

Encuadrar y contextualizar aquellos rasgos que son importantes para educar en la adolescencia. Analizar las habilidades sociales que los adultos debemos desempeñar para acompañarlos durante esta etapa y poder ofrecerles la seguridad y apoyo que necesitan.

Se realiza una descripción de las variables y rasgos que hay que tener presentes para la prevención, detección e intervención en la conducta de suicidio. Para ello hay que tener presente las características individuales que se enumeran con los respectivos factores de riesgo en los ámbitos individual, social, escolar y familiar. Se incide especialmente en todos los elementos de prevención a abordar. Igualmente, se realiza una clasificación de algunas de las señales verbales y no verbales que ayudan en la detección de la conducta de suicidio. Se ponen ejemplos de algunas expresiones; cambios de conducta; alusiones en el consumo inusual de alcohol, drogas, etc.; actos de cierre o despedidas en las dos modalidades, tanto presencial como virtual por medio de las redes sociales.

Otro punto importante, al que se hace alusión durante el taller, es la recomendación de recursos de material enfocado al buen uso de las nuevas tecnologías con el fin de que pueda ayudar a los adolescentes a un correcto afrontamiento de riesgos y problemas futuros en las relaciones con otros menores o adultos. Adjunto en bibliografía las webs a las que hago referencia.

Se realizan varias dinámicas vivenciales para que los asistentes puedan poner en práctica estrategias y herramientas que les acerquen a ponerse en situaciones de conflictos de los adolescentes.

1. Dinámica de la gestión de las emociones. Observando diferentes rostros, se enseña cómo manejar la escalada en situaciones de enfado y agresividad. Aprender a acompañar las emociones de tristeza, rabia, miedo, vergüenza y alegría. Qué expresiones se pueden decir y cuales han de evitarse en esos momentos. Mientras se miran los rostros, les pido a los participantes que



observen la secuencia de imágenes mientras, simultáneamente, se propone realizar el ejercicio de contraer y relajarse.

2. Y pueden observar que efectos nos ocurren y cómo el cambio de actitud en situaciones de agresividad puede ayudar a reconducir el nivel de escalada en momentos de tensión y confrontación directa.
3. Dinámica Agentes en el acoso. Se divide a todos los participantes en grupos pequeños, a lo largo del salón, distribuyendo los siguientes roles: agresor-acosador, víctima, observadores y portavoz. Se realizan dos secuencias: los observadores actúan de forma pasiva, contemplando la situación de “presión” que está recibiendo la víctima sin ayudarla para, en un segundo momento, adquirir el rol de observadores activos, con el fin de evitar la “presión” o acoso que había recibido. Se analizan posteriormente cómo se han sentido todos los participantes dentro de sus roles, resaltando la importancia de todos los agentes implicados en el acoso. Para un afrontamiento eficaz, hay que intervenir con todos ellos. Se resalta la importancia de trabajar en coordinación con profesionales, familia y escuela con el fin de prevenir y detectar las conductas de suicidio y poner en marcha las estrategias necesarias. Para hacer más creíble la situación se delimita el espacio físico con marcas en el suelo.
4. Dinámica El abrazo de la mariposa. Se hace un círculo de todos los asistentes alrededor de la ponente, quien explica las tres fases de la técnica de relajación, sumadas a elementos de la visualización de un lugar seguro para cada persona. Se describe los distintos pasos de cómo llevarla a cabo: posición de las manos, ritmos de respiración, visualización del lugar seguro recorriendo los cinco sentidos, terminando con la concentración en palabras de refuerzo individual. Por problemas de tiempo, se quedaron pendientes diferentes Role-playing enfocadas a más situaciones de acoso, ciberacoso; e intervención en situaciones de conductas en el ámbito escolar para transmitir pautas a los profesionales, especialmente del ámbito educativo.
5. Se explica brevemente la relación entre la correspondencia de los estilos de comunicación de los propios adolescentes y los estilos parentales: permisivo, autoritario y democrático porque es importante trabajar en ambos niveles tanto individual como a nivel de dinámicas familiares.



BIBLIOGRAFÍA

Invisible. MORENO, ELOY. Ed. Nube de tinta.

Cómo educar con firmeza y cariño. JANE NELSEN.

www.prevensuit.org

www.papageno.es

www.anar.org

www.is4k.es – Internet segura for kids

Día Internacional de Internet - Stop Cyberbullying

<https://www.youtube.com/watch?v=Nnti8H3bO7w>



Mesa 4. Cuidar al cuidador.

El aplauso de las ocho

Gema del Pozo.

Psicóloga emergencista. Miembro de SEPADEM.

Cuando pensamos en la frase “el aplauso de las ocho” es fácil que se nos vengan a la cabeza ese momento que apareció desde el primer día de confinamiento debido a la pandemia de COVID-19 y que consistió en salir a los balcones o ventanas a aplaudir. Y aplaudimos a los profesionales sanitarios primero, a aquellos que se estaban jugando la vida en los hospitales mientras el resto estábamos en casa, pero poco a poco se fueron reconociendo también las labores que realizaron otros profesionales como policías, bomberos, dependientes de tiendas o farmacéuticos.

Pero, haciendo memoria, ¿somos conscientes de cómo empezó realmente todo?

El 17 de enero de 2020 ya se podían encontrar en prensa pequeñas menciones a un virus surgido en China al que la OMS vigilaba, y que resultó haber saltado en esas fechas a países vecinos como Tailandia y Japón, si bien eran noticias secundarias, nada a lo que prestar especial atención en esas fechas.

Apenas dos semanas después, a primeros de febrero, se notifica el primer caso en territorio español del que ya se conocía como Coronavirus o COVID-19, si bien era de un alemán que se había contagiado en su país de origen y que no había sido hasta llegar a España cuando dio positivo. A pesar de esto las noticias no eran malas, se destacaba que el paciente estaba estable y con sintomatología leve; los medios seguían hablando de que era “como una gripe”.

Un mes y medio después, el 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la situación como pandemia global, y el 14 de marzo el Gobierno de España estableció el estado de alarma, con el consiguiente confinamiento a la población. Casi a la par empezaron a correr por whatsapp mensajes de convocatoria a la población con un único objetivo: reconocer mediante el aplauso unánime desde las ventanas o balcones el esfuerzo que estaban realizando los profesionales sanitarios. Esa primera convocatoria se hizo a las 22.00 horas, pero al ver el éxito que tuvo se acabó cambiando



a las 20.00 horas para que los más pequeños de la casa pudieran aportar también su granito de arena.

Con el paso de los días, lo que empezó siendo un reconocimiento a estos profesionales se acabó convirtiendo en el punto de reunión con los vecinos, para animarse mutuamente incluso para bailar o jugar al bingo.

Paralelamente a esos aplausos, en cuanto los profesionales sanitarios alertaron de que, de seguir con el mismo ritmo de positivos e ingresos hospitalarios, habría problemas con el material más pronto que tarde, se empezaron a coser mascarillas caseras, se buscaron alternativas a los respiradores hospitalarios, llegando a diseñar acopladores para máscaras de esnórquel que pudieran usarse con las máquinas de ventilación artificial. Además, profesionales y no profesionales empezaron a ofertar horas de escucha y atención psicológica para los que pudieran necesitarlo, tanto a personas que estuvieran en primera línea como a cualquier persona confinada que pudiera necesitarlo.

Como sabemos, la situación no hizo más que empeorar. Los fallecimientos, ingresos hospitalarios y positivos confirmados no hacían más que aumentar bruscamente, y como ya habían avisado, el material empezó a escasear. Los sanitarios empezaron a tirar de inventiva para proteger el equipo que les quedaba, cubriéndolo con bolsas de basura o reutilizando mascarillas más allá de su límite recomendado, lo que acabó provocando que ellos también enfermaran. La falta de médicos y enfermeras hizo que se movilizara a estudiantes de los últimos cursos, no titulados e incluso jubilados que pudieran ayudar a paliar la falta de profesionales.

También se crearon dispositivos especiales de atención psicológica en las UCI para ayudar tanto a profesionales como a pacientes y familiares.

Durante los meses más crudos de la pandemia muchos hospitales se convirtieron en centros 100% COVID, y muchos médicos se vieron obligados a reconvertir su especialidad a la de intensivista para poder atender las necesidades del hospital, o cambiar su forma de ejercer para poder hacerlo de una manera segura.

Esto provocó que aparecieran sentimientos de frustración, agotamiento, deseos de abandonar y a la vez culpabilidad si se iban a casa a descansar, tanto por cómo estaba de saturado el hospital y sus compañeros, como por el miedo y la incertidumbre ante la posibilidad de contagiar el virus a sus seres queridos, lo que provocó una situación de alerta constante.



Por otro lado, las familias de enfermos se encontraron que el acompañamiento a las familias estuvo prohibido o muy limitado para poder frenar al máximo la exposición y expansión del virus. Además, al estar el sistema tan saturado, las familias recibían información sobre sus seres queridos una única vez al día. Esa llamada, muchas veces, era la única vinculación que tenían con sus familiares, que por su estado de salud no podían llamar ellos mismos para informar a sus seres queridos.

Con el paso de las semanas, muchos profesionales empezaron a buscar la forma de que se pudieran realizar videollamadas con los enfermos, sobre todo con aquellos que estaban tan graves que no tenían un buen pronóstico.

Cuando el enfermo fallecía y se comunicaba a la familia empezaba un nuevo reto para las familias, el despedirse de su ser querido sin velatorio, con entierros de hasta 3 personas y con cremaciones a las que no se podía asistir y que en ocasiones se realizaron incluso fuera de la ciudad en la que residía la persona. Estas situaciones facilitaron que aparecieran síntomas compatibles con estrés agudo y estrés postraumático. Los comentarios que hacían muchos de esos familiares tenían varios aspectos en común, como la duda constante de cómo se habría contagiado su ser querido, si habría sufrido estando en la residencia o el hospital o si habría tenido miedo. También aparecieron sentimientos de culpa porque esa persona hubiera fallecido sola, por no haber sido capaz de cuidarlo o por haberlo mandado al hospital cuando podría haber estado en casa.

Además, respecto al entierro o cremación, muchas familias expresaban la duda de si habrían enterrado o cremado a su familiar o si cabría alguna mínima posibilidad de que se tratase de un error, quedando la esperanza de que pudiera seguir vivo e inconsciente en algún hospital. Con todo esto, los aplausos y el ambiente festivo comenzaron a generar un gran rechazo, ya que no veían reconocidos su dolor y sufrimiento.

Cuando llegó la desescalada, hubo personas, especialmente pertenecientes a colectivos especiales, que empezaron a experimentar mayor sintomatología: mayores, enfermos crónicos y familias en duelo experimentaron más miedo, ansiedad o angustia al ver conductas imprudentes, sobre todo después de ese “saldremos mejores” que no dejaba de oírse. Esta sintomatología se convirtió, en ocasiones, en dificultades para retomar actividades cotidianas como pasear o hacer la compra, ya que al ver las imprudencias de la gente que les rodeaba el miedo de contagiarse aumentaba considerablemente.



NECESIDADES DETECTADAS

Analizando la situación con el paso del tiempo se ha podido detectar que muchas familias han seguido necesitando certezas acerca de la identidad de la persona a la que habían despedido, ya que las dudas del principio se habían acabado convirtiendo en pensamientos rumiativos e incluso obsesivos.

También se percibió la necesidad de realizar algún tipo de reconocimiento u homenaje a los seres queridos que habían fallecido por la pandemia, y cuando se solicitaba muchas veces se encontraban con rechazo de la familia o los amigos por encontrarlo “morbo” al haber pasado ya un tiempo del fallecimiento, sin entender que la familia directa seguía inmersa en esa primera etapa del duelo en la que se necesita acompañamiento y reconocimiento de la pérdida.

CONCLUSIONES

Si bien la pandemia fue una situación excepcional que obligó a tomar medidas excepcionales, estas dificultaron el desarrollo adecuado del duelo en muchas familias.

Es importante reconocer que las pérdidas traumáticas necesitan un abordaje diferente al que se hace en un duelo habitual, y habría que valorar un abordaje de tipo psicosocial para favorecer el desarrollo del mismo.

La atención psicológica que se hizo en el periodo más agudo de la crisis permitió detectar necesidades de las familias que de otro modo no habrían llegado a consulta o lo habrían hecho después de arrastrar el sufrimiento durante muchos meses.



FATIGA PSICOLÓGICA Y FATIGA POR COMPASIÓN.

Natalia Lorenzo Ruiz.

Psicóloga emergencista. Miembro de SEPADEM.

Diversos estudios evidencian que el impacto y las consecuencias para la salud mental de la COVID-19 tendían a intensificarse en algunos colectivos específicos destacando, en este sentido, los y las profesionales cuyo trabajo implicaba, necesariamente, el contacto directo con la enfermedad. Desde las primeras fases de la pandemia estos profesionales han tenido que hacer frente a niveles muy importantes de presión física y emocional debido al riesgo de contagio, pero también al aumento de su jornada laboral y/o su carga de trabajo, a las deficientes condiciones de profilaxis en las que éste se realizaba, a las especiales y permanentes demandas de concentración y vigilancia, a la incertidumbre provocada por el desconocimiento de la enfermedad y su tratamiento, al contacto diario con el sufrimiento y la soledad de los pacientes y sus familiares, al miedo a contagiar a sus propios allegados, e incluso al posible aislamiento y discriminación social, todo lo cual propició el agotamiento físico y emocional de estos profesionales que se identificó en estos trabajos (Chen et al., 2020; Dosil et al., 2020; Fernandes y Ribeiro, 2020; García et al., 2020, Gómez-Salgado et al., 2020; Peiró et al., 2020; Sun et al., 2020)

Se comienza entonces a hablar de la fatiga por estrés, que ya había definido Selye en 1936 “cuando la dosis de estrés acumulada supera su umbral óptimo de adaptación, el organismo empieza a manifestar señales de agotamiento”. La aparición de la fatiga manifestando ese agotamiento depende de los mecanismos de adaptación del individuo, de su perfil psicológico y del conjunto de las situaciones similares vividas en el pasado y la frecuencia de las mismas (Pérez-Martínez, 2017).

Pero qué pasa cuando además de la exposición a un elevado estrés por carga de trabajo y la carga mental incorporamos también la relación de ayuda, que implica una interacción entre dos o más personas donde una parte solicita ayuda y la otra la presta, y que como cualquier relación, implica una interacción emocional.

Pues bien, la exposición a pacientes en situación de trauma, sufrimiento y malestar emocional que demandan ayuda puede representar una fractura emocional difícil de gestionar por parte de los profesionales de ayuda. Estamos hablando de la fatiga por compasión, también denominada desgaste por empatía.

La fatiga por compasión (CF) es una forma de estrés secundaria de la relación de ayuda terapéutica. Se presenta cuando se desborda la capacidad emocional del profesional sanitario para hacer frente al compromiso empático con el sufrimiento del paciente.



Puede presentarse de manera súbita y se desarrolla como resultado de la exposición del profesional con las experiencias traumáticas de sus usuarios combinado con la empatía que se genera. Los síntomas son similares a los del trastorno por estrés postraumático. La única diferencia es que los síntomas no se experimentan como resultado de un trauma directo, sino que se basan en el trauma sufrido por los usuarios que se atienden.

La satisfacción por compasión (CS), es la formación adaptativa, o el resultado de un afrontamiento positivo derivado de cuidar al otro, y equilibra aquellos aspectos negativos de trabajar con personas enfermas y traumatizadas.

Entonces, la intención ha de ser generar CS y prevenir CF y el agotamiento a través de variables como el apoyo comunitario, la capacitación continua, la capacitación en habilidades laborales.

Sentimos el sufrimiento, empatizamos para realizar nuestro trabajo, entendemos porque también lo estamos vivenciando, y nos conectamos con nosotros mismos buscando estrategias de cuidado para poder seguir ayudando.

Uno de los primeros pasos para el autocuidado es precisamente, reconocerse como una población de riesgo y por tanto vulnerable.

Ayudar a otro ser humano supone adentrarse en uno mismo y en las propias experiencias. Detenernos para sentir, pensar, reflexionar, poner nombre y elegir la acción a seguir.

Empatía y compasión como instrumentos de cuidado hacia el otro, pero también para nosotros mismos en nuestra función de acompañar en el camino del sufrimiento.

Recursos Bibliográficos y audiovisuales

Acinas, M.P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de Cuidados Paliativos. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, 2, 4: 1-22.

Albornoz, Ona (2021). La fatiga por compasión y las estrategias de autocuidado en contexto de pandemia. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.



González Procel, C. y cols. (2018). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Dominio de las Ciencias*, Vol. 4, núm. 1, enero, 2018, pp. 483-498.

Ramirez Dueñas, K. y cols. (2022). Riesgo de fatiga por compasión y vulnerabilidad al estrés en los profesionales de la salud. *Revista de Educación y Desarrollo*, 63. Octubre-diciembre de 2022.

Side Effects

<https://www.youtube.com/watch?v=wN5BqCKO9DY&t=10s>



Mesa 5. Emergencias, desastres y catástrofes internacionales.

Experiencias en la coordinación acompañamiento psicológico y social en accidente base super tanquero de petróleo de Matanzas, Cuba 5 agosto 2022

Dr. Alexis Lorenzo Ruiz, Ph.D.

Miembro de AMPE.

A nivel mundial cada vez son más frecuentes y con mayores impactos sobre la salud humana, medioambiente y desde lo financiero & económico los accidentes de origen tecnológico e industrial. Los cuales generan emergencias catalogadas como situaciones de crisis de gran magnitud.

En la ciudad de Matanzas en Cuba, está localizado la zona industrial con mayor capacidad de almacenamiento de hidrocarburos. El 5 de agosto 2022 allí por consecuencias de una tormenta local descargas eléctricas se produce un incendio de grandes proporciones. Ante lo cual se activa por parte del sistema de medidas de defensa civil a cada uno de sus servicios y fuerzas especializadas, con la coordinación general del Cuerpo de Bomberos del país.

Dado su magnitud, también el país solicita ayuda tecnológica y de recursos humanos a nivel internacional, con respuesta positiva desde México y Venezuela con fuerzas especializadas. Como está establecido en Cuba, se activan diferentes grupos de trabajo, entre ellos, a un equipo de profesionales de salud mental, integrado por Especialistas en psiquiatría de adulto e infante juveniles, psicología, trabajo social, enfermería, medicina de varias áreas, profesionales- socorristas y voluntarios de la Cruz Roja Cubana, autoridades y trabajadores del Gobierno Local y de otras entidades del territorio. Durante 15 días de actuación en el terreno, en cada área fue diseñada y ejecutada una diversidad de actividades de acompañamiento psicológico y social para la amortización del sufrimiento humano en cada uno de los grupos de trabajo implicados en la emergencia.

Sus objetivos potenciar el autocuidado, aumentar la autoayuda, generar bienestar y facilitar los mecanismos de readaptación en tan difíciles circunstancias de trabajo de miles de personas de una amplia gama de especialidades y profesiones. Hubo



inicialmente dos Bomberos fallecidos, y otros 14 desaparecidos hasta que finalmente los especialistas de medicina legal y forense, emitieron el dictamen de fallecidos y no existir la posibilidad de identificación personal. Con quienes los integrantes de los equipos de apoyo psicosocial tuvieron un desempeño diario, intenso y de permanente acompañamiento a todas las familias.

Se ejecutaron acciones de contención y control emocional, trabajar autoestima-autovaloración, estilos de afrontamiento, entre otros temas; todos típicos para este momento de disruptivo y de dolor. Especial actuación fue ejecutada en la preparación y realización de la notificación del dictamen médico legal, del proceso de las honras fúnebres, duelo, luto, entre otros.

Todas estas actividades y sus consideraciones se basaron en el respeto a la ética del comportamiento humano y desempeño profesional / voluntariado en este tipo de circunstancias críticas.

Se concluye, que cuando este tipo de actuación se basa en el respeto a la memoria histórica del trabajo en Cuba en situaciones de desastres, con ajustes al contexto y especificidades del evento crítico, el trabajo multi y transdisciplinar, el permanente proceso de preparación psicosocial de las fuerzas especializadas y de las comunidades, contar con el absoluto apoyo de las autoridades del Gobierno y del Estado; todo ello facilita implementar programas de acompañamiento psicosocial, a la par y con el mismo nivel de protagonismo y efectividad, que todos los demás que acontecen. Se demuestra así, la pertinencia de los niveles de entrenamiento como una habitual necesidad para facilitar la aplicabilidad y continuidad de la presencia y actuación desde lo psicosocial en este tipo de situaciones.

Emergencia en Villa El Salvador: intervenciones psicológicas

Mg. Mario Yika Mezzano

Psicólogo. Miembro de AMPE.

Introducción

El Perú es un país con gran diversidad climática, contando con 28 de los 32 climas en el mundo, a lo que se suma su geomorfología, su ubicación en el borde sur oriental del Océano Pacífico, y a ser parte del denominado Cinturón de Fuego del Pacífico, da como resultado no solo un país con gran riqueza y diversidad étnica y cultural, sino también con un alto nivel de vulnerabilidad y una gran variedad de potenciales peligros que han



llevado a su población a convivir a lo largo de su historia con múltiples escenarios de riesgo (Política Nacional de GRD al 2050).

Presencia de: sismos, tsunamis, heladas, inundaciones, erupción de volcanes, incendios estructurales, incendios forestales, deslizamientos de tierra, aluviones de lodo y piedras (huaycos), Fenómeno El Niño, entre otros.

La Emergencia

El 23 de enero de 2020, a las 06:57 horas, se registró un incendio urbano por la deflagración de un camión cisterna de GLP, ocasionando daños a la vida y salud de las personas y a las viviendas ubicadas en el cruce de las avenidas Edilberto Ramos y Villa del Mar, distrito de Villa El Salvador, provincia de Lima, Perú.

Debido a un desnivel de la calzada, el camión cisterna sufre un fuerte golpe en la parte baja de su estructura, lo que ocasiona daño en las tuberías que contenían el GLP; produciéndose la inmediata fuga de gas, que se propagó a lo largo de tres cuadras. Debido a una chispa, el gas se prendió, afectando personas y propiedades en la zona.

Primera Respuesta en Salud Mental

Luego de la intervención de Bomberos para apagar los incendios y trasladar heridos a diferentes hospitales, se activó el Sistema Nacional de Gestión de Desastres (SINAGERD), procediéndose a movilizar diversas instituciones para el apoyo respectivo de la población afectada.

La primera respuesta en salud mental tuvo una duración de tres días (23 al 26/1/20).

Se activaron las Brigadas de Salud Mental MINSa, que brindaron atención psicológica continua a los afectados directos e indirectos, personas transeúntes que fueron afectadas o que fueron testigos directos del siniestro, además de dar atención psicológica casa por casa (PAP); y el Programa de Psicología de Emergencias del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú (CGBVP) para la desmovilización y dar soporte emocional a los bomberos participantes (36) en la emergencia.

A los tres días del incidente crítico, el SINAGERD instaló el COE-SALUD (26/1/20).

Las sesiones realizadas siguieron el procedimiento siguiente:

- Establecer contacto psicológico.
- Dar apoyo y comprensión.



- Evaluar circunstancias experimentadas.
- Evaluar consecuencias del evento crítico.
- Proporcionar información acerca de las reacciones habituales ante eventos críticos.
- Reestructuración cognitiva.
- Determinar acciones inmediatas y favorecer conductas adaptativas.
- Cierre.
- Derivación y seguimiento en hospital móvil y hospitales del Ministerio de Salud.

Segunda Respuesta en Salud Mental

La segunda respuesta en salud mental tuvo una duración de seis meses (26/1/20 a 23/6/20).

Se instaló el módulo de atención de salud mental de la Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional del Ministerio de Salud. Se realizó seguimiento de casos en Hospital Móvil y Hospitales MINSAs (5).

Se instaló el módulo del Programa de psicología en emergencias y desastres del Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú.

El Ministerio de Educación, organizó 10 equipos de 20 profesionales c/u, brindando soporte socio-emocional y actividades lúdicas a 880 niños entre los 3 y los 17 años de edad, para procesar la información de los educandos afectados; en la atención se priorizó a la población afectada directamente, brindando espacios de recreación.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables brindó acompañamiento psicológico a los afectados, así como acompañamiento social para las gestiones de los deudos en el servicio funerario y entierro; también se realizaron visitas a las familias de viviendas afectadas a fin de verificar que otras necesidades presentaban y apoyarlas. El Programa CUNAMAS realizó actividades lúdicas, contención y soporte socio emocional a 44 niños.

Técnicas psicológicas utilizadas en la población afectada

§ Primeros Auxilios Psicológicos.



- § EMDR: El Abrazo de la Mariposa.
- § TCC.
- § TRE.
- § Talleres de pausa activa, manejo de emociones.
- § Ludoterapia.
- § Acompañamiento en Duelo.
- § Acompañamiento en la identificación de cadáveres.
- § Asesoramiento – Counselling a familiares de afectados.
- § Asesoramiento a directivos del COE-Salud.

Consolidado de atenciones en salud mental

A los seis meses de ocurrido el incidente crítico, el COE-Salud reportó que se atendieron 2,645 personas afectadas por trastornos psicológicos, debido a la emergencia (55.41% del total atendido). Se reportaron las manifestaciones, como: Temor, Ansiedad, Trastornos del sueño, Inseguridad, Duelo y TEPT.

El Ministerio de Salud (MINSa) señaló en su Informe de vigilancia epidemiológica al 4º día (27/1/20), que 250 pobladores afectados (65.8%) corresponden a atenciones por trastornos psicológicos. También se brindó atención de salud mental a niños afectados de 10 a 13 años de edad, y se realizaron talleres con los respectivos padres. Asimismo, se realizó Taller “Salud Mental Autocuidados”, dirigido al personal militar asistente que apoyó en las actividades de rehabilitación.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, realizó paseo recreacional con familias damnificadas.

El Cuerpo General de Bomberos Voluntarios del Perú, realizó desmovilización psicológica a personal de bomberos participantes en la emergencia; desmovilización psicológica a personal de salud mental participantes en la emergencia; y, apoyo social y psicológico a familiares de fallecidos.



En general, durante los días de intervención, cerca de 129 profesionales de la salud mental brindaron soporte emocional a las personas que resultaron afectadas, entre ellos a los heridos, los familiares de los fallecidos y vecinos.

Conclusiones

Las actividades de Rehabilitación y Reconstrucción en la zona afectada por la deflagración de gas, contribuyeron a la recuperación emocional de los pobladores afectados; asimismo se realizaron ferias laborales, campañas de salud (diversas especialidades) y se atendió a personas discapacitadas, afectadas por la emergencia.

Se realizó trabajo coordinado entre las instituciones del estado y privadas, mediante reuniones multisectoriales, que permitieron una rápida, coordinada y adecuada atención a la población afectada del distrito de Villa El Salvador.

Link del video Deflagración de gas en Villa El Salvador. Lima, Perú:
youtu.be/VASP98LIgDc



Mesa 6. La muerte silenciosa que no cesa.

REFLEXIONES SOBRE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN LAS FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD

Mar de Manuel.

Psicóloga emergencista. Miembro de SEPADEM.

Mi objetivo es compartir con vosotros mis reflexiones tras casi 20 años de experiencia profesional, tanto en psicología de emergencias como en psicología clínica.

Mi andadura en la psicología de emergencias comenzó en el 2004 cuando me uní al Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes del Colegio Oficial de Psicología de Cantabria, gracias a la firma del Convenio de Colaboración con el Gobierno de Cantabria pude intervenir en todo tipo de intervenciones como: desapariciones por golpes de mar, accidentes de tráfico, comunicación de malas noticias, un atentado terrorista en Santoña, derrumbamiento de un edificio en Santander con resultados de varios muertos y múltiples afectados...

Una de las situaciones que más se repetían era la intervención en conducta suicida:

- Intervención in situ ante un intento.
- Comunicación a los familiares y allegados de un fallecimiento por suicidio
- Acompañamiento a los familiares hasta que el juez dictamina el levantamiento de cadáver por suicidio...

En cada una de estas intervenciones íbamos aprendiendo y descubriendo:

- Cuando interveníamos, el GIPEC lo hacía de forma coordinada con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, entre otros dispositivos.
- Cuando llegábamos, éramos siempre muy bien recibidos. Para cualquier profesional, incluidas las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, el enfrentarse a intervenir en conducta suicida, sin la formación previa requerida, puede generar un desgaste emocional de difícil reparación.

Por este motivo, y por la persona con la que se interviene, la figura que debe estar en primera línea es la figura del profesional de la psicología especialista en emergencias y catástrofes.



En paralelo también abrí mi consulta privada en psicología clínica. Y de nuevo me encontré con la conducta suicida, en este caso empecé a trabajar con personas con ideación suicida, y algunos de ellos coincidió que eran policías y guardias civiles.

En aquellos años empecé a investigar estadísticas sobre conducta suicida en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad eran sencillamente inexistentes. Algunos años después, esto ha mejorado un poquito.

Ahora encuentras algunos datos en noticias de prensa del tipo “según datos recogidos por el periódico...” pero que no citan la fuente. El caso es que no hay datos oficiales expuestos a la población general, o, si los hay no son de fácil acceso. En cambio, si haces una búsqueda en internet sobre tasa de suicidio en España, una de las primeras entradas es la del INE... ¿por qué no hay la misma transparencia cuando hablamos de fuerzas y cuerpos de seguridad?

Recientemente encontré un reportaje que me pareció de lo más interesante en el diario digital “El Español”. Entre otros aspectos explica que desde que Alberto Martín, en el 2016, puso en marcha la Asociación Andaluza Preventiva del Suicidio Policial (AAPSP) y desde que él empieza a llevar un registro propio los datos empezaron a cambiar significativamente:

Año	Nº Fallecidos	Año	Nº Fallecidos
2010	6	2016	28
2011	6	2017	46
2012	9	2018	27
2013	11	2019	29
2014	9	2020	31
2015	6		

¿Cómo puede producirse este cambio tan significativo en los datos? ¿Qué interés hay en querer seguir tapando esta realidad? Y estos datos son así, teniendo en cuenta que estamos hablando de una población que ha sido previamente seleccionada a través de test de personalidad y entrevistas psicológicas.

Todos sabemos que la conducta suicida es una realidad compleja y multicausal, y como tal debe ser abordada.

Como he dicho al principio de esta comunicación, no dispongo de un estudio científico, pero a través de mi trabajo en la clínica, si he detectado algunos factores que creo que puedan estar influyendo para darse esta terrible realidad.

Ya os adelanto, que las ideas que aquí os voy a exponer no explican toda la realidad, pero si creo que por lo menos hacen un pequeño esbozo...



ALGUNOS FACTORES QUE PUEDEN CONTRIBUIR A EXPLICAR EL POR QUÉ DE ESTA ALTA TASA DE CONDUCTA SUICIDA:

- Estos profesionales, día a día se relacionan con el lado más desolador del ser humano: personas que incumplen leyes, peleas, violaciones, atracos, robos, asesinatos, vejaciones, mutilaciones... En este contexto, hay mayor probabilidad que se acabe teniendo una visión del mundo, como poco, negativa y desesperanzadora, donde quizás no merezca la pena vivir...
- Son personas que día a día, pueden correr el riesgo de meterse en su papel de super héroes, que nada les afecta y que pueden con todo... Además, viven en un mundo jerarquizado, donde “pedir ayuda” es de cobardes o débiles. Así que si en algún momento conectan con su vulnerabilidad o falta de recursos, simplemente huyen de ella.
- El acceso a medios letales es un factor de riesgo en la conducta suicida. Estos profesionales conviven con el acceso a armas.
- Movilidad geográfica para poder ascender, lo que hace que sea más complejo el estables redes sociales de calidad que se transformen en factor de protección. - Dificultad para conciliar con la vida familiar, debido a un trabajo a turnos, guardias de fin de semana, jornadas nocturnas...

¿QUÉ PODEMOS HACER?

- Recordar, tener claro, ser consciente, y gritar a todo el mundo que la conducta suicida es una conducta prevenible.
- Instaurar un plan de salud mental específico para fuerzas y cuerpos de seguridad. Compuesto por profesionales de salud mental especializados en la clínica y en la prevención de la conducta suicida. Un servicio de atención psicológica externo al cuerpo, al que puedan acudir de forma totalmente anónima, fácil y rápidamente, cualquier persona.
- TODOS los profesionales de las fuerzas y cuerpo y seguridad, obligatoriamente tienen que recibir formación permanente sobre gestión emocional y autocuidados. Además deben saber reconocer cuando ellos tienen que pedir ayuda, o cuando un compañero está en sufrimiento. Y por supuesto tienen que conocer cuáles son los servicios externos a los que pueden acudir
- Formación específica tanto a familiares como a los propios profesionales sobre la detección de señales que puedan esconder un problema de salud mental.
- Que se puedan coger una baja por motivos psicológicos, y que esa baja no vaya a repercutir negativamente en su expediente.



- Formación específica tanto a familiares como a los propios profesionales donde se aborde: o Nociones básicas para comprender la complejidad de la conducta suicida. o Conocer mitos y realidades de la conducta suicida o Detección de indicadores de la conducta suicida y qué hacer antes ellos.

- Una evaluación psicológica periódica de la salud mental de estos profesionales.

- Intervención con los supervivientes, es decir, de los familiares y allegados que ya han perdido a una persona importante por conducta suicida. Hay que ofrecerles espacios donde se les pueda acompañar tanto individual como grupalmente.

Y para finalizar me gustaría despedirme con una muy buena noticia y un deseo:

- La buena noticia es que “la prevención de la conducta suicida es responsabilidad de todos, así que todos tenemos la obligación y el derecho de transformarnos en agentes de prevención”.

- el deseo es “todos unidos por el objetivo de cero muertes por suicidio”.

Bibliografía:

- De la Serna, J.M. (2021) “Suicidio Policial: Guía para una Prevención Eficaz”. Ed: Tektime
- López Frías, D “Soy policía y voy a suicidarme”: las 31 bajas en Fuerzas de Seguridad de las que no se habla. El Español.

- López Vega, D.J. (2018) “¿Todo por la patria?” Ed: Kokoro.

ABORDAJE DE LAS AUTOLESIONES EN LOS ADOLESCENTES

Inmaculada Aragón.

Psicóloga emergencista. Miembro de SEPADEM.

Contextualizar y hacer el encuadre de algunos rasgos clave de la etapa de la adolescencia, para poder comunicarnos con los adolescentes. Se transmiten pautas para facilitar una intervención y comunicación eficaz y práctica en el abordaje de las autolesiones. Se abordan, a lo largo de la ponencia, algunos de los retos que existen en la etapa de la adolescencia, poniendo ejemplos y situaciones que hacen referencia a estos.



La búsqueda de novedades, su implicación social con sus iguales y en sus redes sociales, el aumento de la expresión y de la intensidad emocional que tienen en sus vivencias y sus experiencias. Esto se corresponde a características asociada a su motivación, ante situaciones nuevas, problemas con el control de la impulsividad, cambios de humor, los riesgos en los que se exponen en algunos de sus círculos sociales, añadidos a comportamientos de riesgo con sus relaciones de apoyo.

La influencia de la presión de los iguales, cómo les afecta en la formación y en la crisis de su identidad.

Concepto y significado de las autolesiones

Se matizan las diferencias entre los factores de riesgo, de protección, junto a las señales verbales y de conducta que se relacionan con ellos.

Se expone la clasificación de autolesión no suicida y se analizan sus propias características: aislamiento social, lesiones auto infringidas, maneras como: cortarse, quemarse..., para obtener sensaciones, como explicación como desorden de la regulación emocional, dificultades en las habilidades y carencias en la solución de problemas, etc.

Clarificar el círculo de autolesión con sus etapas correspondientes: emociones, sentimientos, autolesión, alivio temporal y posterior culpa y remordimiento.

Estrategias y pautas

1. Habilidades y tolerancia al malestar emocional:
 - a. Actividades agradables que ayuden a cambiar el foco de atención.
 - b. Enseñar plan de emergencia
 - c. Autoinstrucciones y estrategias de afrontamiento

2. Habilidades de Mindfulness:
 - a. Trabajar los pensamientos
 - b. Describir las emociones
 - c. Enseñar la respiración



3. Habilidades de regulación emocional

- a. Trabajar el Modelo A, B y C
- b. Reestructuración cognitiva
- c. Entrenamiento en eficacia interpersonal:
 - i. Conocer las características de los estilos de comunicación: pasivo, agresivo y asertivo
 - ii. Técnicas para enseñar a mejorar la asertividad

BIBLIOGRAFÍA

Quiéreme cuando menos me lo merezca... porque es cuando más lo necesito. FUNES, JAUME. Ed. Planeta. Barcelona, 2018.

Sal de tu mente y entra en tu vida para adolescentes. CIARROCHI, JOSEPH y Col. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao, 2016.

El día que mi hija me llamó zorra. Claves para educar en la adolescencia. RUIZ DESIRÉE, SARA. EDITORIAL ALMUZARA, SL. 2022

Manual práctico de terapia dialéctico conductual. MCKAY, WOOD, BRANTLEY.

Cartas DIXIT. ROUBIRA, JEAN-LOUIS y ECHEGOYEN, PAUL. Ed. Libellud. Poitiers (France).



Conferencia de Clausura. Trauma y apego.

D. José Navarro.

Facultad de Psicología de Salamanca.

El modelo de apego se viene utilizando de forma creciente en la forma de entender la respuesta y la sintomatología ligada al trauma y en su tratamiento. Esta ponencia trata de hacer un resumen de las aportaciones que el autor entiende como más significativas de la Teoría del Apego aplicada al trauma.

Se parte de una definición en la que se han escogido aquellos aspectos que van a jugar después un papel importante a la hora de entender a la persona afectada por un evento crítico y a la hora de intervenir. El apego implica la necesidad de buscar, de crear contextos seguros en los que sea posible la relación y el aprender; seguridad, (regulación) emocional y competencia cognitiva son los efectos de un apego seguro.

La relación de apego en la infancia crea un modelo operativo interno seguro, inseguro o desorganizado que es el encargado de evaluar y responder a las situaciones de estrés cuyo coste emocional dependerá no sólo de la magnitud del impacto del estresor, sino también del tipo de apego creado en la infancia -modelo operativo interno- del sujeto. Importante: esta evaluación y la respuesta al estresor es subcortical y automática (funcionalmente inconsciente). El estrés traumático tiene la posibilidad de cambiar el modelo previo del sujeto afectado de seguro a inseguro y con ello el sistema operativo interno, por lo cual la gestión de situaciones estresantes posteriores pasa a ser deficiente y en el peor de los casos patológica.

Cuando los eventos traumáticos se multiplican y el sujeto tiene además antecedentes de abuso en la infancia (apego inseguro), las posibilidades de desarrollar una patología grave son mayores. Estos eventos le desregulan y le disparan la necesidad de encontrar un contexto seguro haciéndole muy vulnerable a los mensajes del contexto.

La aportación de la Teoría del Apego para el tratamiento de todos estos problemas pasa por la mentalización. La mentalización no la presentan los creadores del modelo como un tipo de terapia nuevo, sino como la variable que justifica que cualquier tipo de tratamiento tenga efectos positivos. Mentalizar parte del interés (y no sólo de la curiosidad) del terapeuta por el problema de su paciente, implica una correcta interpretación de cuáles son sus problemas y necesidades, de la creación de una relación sólida en la que el paciente se sienta entendido. Y lo que es más importante, transmitir toda esa comprensión al paciente para que se sienta entendido. La mentalización implica no sólo entender de forma intuitiva y/o racional, es también un acto de comunicación, el paciente, el interlocutor, tiene que sentirse entendido. Todo ello



desemboca en la creación de un espacio de seguridad que permite la profundización de las relaciones, el compartir más intimidad, y en pasar de la narración a la conclusión. En términos de trauma, eso significa, en el mejor de los casos, dar sentido a lo que pasó e integrarlo como una parte desdichada de la existencia. La vida del sujeto deja de estar fijada al tiempo del trauma, lo que no significa que los síntomas hayan desaparecido, si los sigue teniendo ahora los sabe gestionar mejor.

Otra de las aportaciones clínicamente importantes tiene que ver con la forma de analizar la narración del paciente. De lo que cuenta se evalúan no sólo los contenidos de lo que le pasó que nos permiten entender la naturaleza traumática de su experiencia. Los trabajos sobre apego adulto de Main, enfatizaron la necesidad de evaluar también el nivel de coherencia del discurso. Lo importante no sólo es lo que le ocurrió a la persona, sino cómo lo vive ahora, y eso se evalúa a través del nivel de coherencia de la narración. Cuanto más incoherente es la narración peor es la relación del sujeto con su experiencia y mayor la posibilidad de una patología más grave.

No es posible presentar la influencia del apego en la comprensión e intervención de las situaciones traumáticas sin hacer referencia a las neurociencias. Viene siendo un esfuerzo continuo de los autores relacionar los problemas de apego en la infancia, y en eventos traumáticos, con el funcionamiento del cerebro. La sintomatología se explica por las zonas del cerebro afectadas, y el funcionamiento, y el éxito eventual, de las intervenciones que utilizamos los profesionales se explican por la capacidad que tienen de restaurar esos funcionamientos afectados.

Restaurar la seguridad y regular la respuesta emocional son los dos aspectos básicos que según la Teoría del Apego permiten la posibilidad de un crecimiento post-traumático.



Exposición de conclusiones de las IV Jornadas de SEPADEM.

Alfredo Guijarro.

Presidente de SEPADEM.

La conferencia inaugural a cargo del profesor Enrique Etxebarúa, verso sobre ¿Cuándo intervenir? se refería a que personas ayudar, porque no todas necesitan ayuda, aunque si todas necesitan proximidad y comprensión; existen diferencias personales (tres pilares fundamentales: la personalidad, la historia personal y la red de apoyos) que delimitan que personas tienen mejor pronóstico y a quien hay que ayudar. También la duración, la intensidad y la repetición influyen; existe una relación entre el aumento de estas circunstancias y el dolor que generan.

¿Qué hacer? Una intervención en crisis tiene que garantizar la seguridad e impedir la revictimización. Hay que valorar el tratamiento psicológico especializado. La coordinación entre los diferentes servicios es necesaria para evitar que la víctima tenga que narrar lo ocurrido en varias ocasiones. Que el tratamiento grupal necesita una adecuada programación para que no se convierta en un problema en lugar de en una solución.

Mesa 1 duelos por desaparición “el duelo congelado o ambiguo.

- Leticia Rodríguez
 - o Abordo la desaparición por suicidio. La ausencia de unos restos de los que poder despedirse incrementan el dolor de la pérdida; señalo la falta de formación en intervención y prevención del suicidio. También de la importancia que se da de los detalles anteriores al suicidio.

- Araceli Ortega

Comento que en un duelo la intervención psicológica no siempre es necesaria; el duelo es un proceso normal limitado en el tiempo cuya evolución previsiblemente será favorable, pero que en el duelo por personas desaparecidas hay que hacer hincapié que no son ideas o pensamientos, que detrás de cada desaparición hay una persona física y un grupo que sufre. A este grupo hay que marcarles tareas para la elaboración de este proceso como: acepta la realidad, trabaja tus emociones, adáptate a la nueva situación, reorganiza tu futuro y apóyate en tu red de apoyo. La necesidad de realizar un ritual simbólico de despedida.



- Mariano Navarro
 - o Son duelos imposibles, Estamos hablando de 5411 desapariciones sin resolver al año.
 - o Se hablo del caso de Marta Calvo, del sufrimiento de la familia, Como un elemento común. Por mucho que los hechos estén probados y reconocidos por el agresor, siempre queda una pequeña esperanza, que dificulta la elaboración.

Mesa 2. Gestión de emergencias y desastres.

- Jokin Zubieta
 - o Fundador de vost, equipos multidisciplinares sobre gestión de redes sociales. Comento que hay un cambio radical en la gestión de la información “la inmediatez”, que facilita el análisis de la situación.
 - o La información en emergencias reduce la incertidumbre, incrementar el conocimiento y ayuda a tomar decisiones. Sus requisitos son la veracidad, agilidad, transferencia y utilidad.
 - o Pero las emergencias son mucho más que RRSS, los datos on line en tiempo real es otro elemento de información. La bidireccionalidad de la información, nos sirven como fuente de datos para el análisis de la situación. Como consecuencias negativas la desinformación, la infoxicación (pirómano informático) y la aparición de infodemias (campañas de ingeniería social).
 - o Como comunicar en redes: con un lenguaje claro (pocos tecnicismos), supervisado por técnicos especializados, distribución por todos los medios, un único portavoz y mensaje, actualización, y fuentes contrastadas. El futuro va a estar dominado por las redes.
- Laurent Alfonso
 - o Primero prevenir, luego preparar y por último intervenir. Diferenciando el riesgo diario y riesgo mayor (natural o accidental o provocado por el hombre). El riesgo NBQR, siempre latente.
 - o La gestión se basa en el estudio de múltiples factores, con diferentes escenarios y diferentes equipos. Debemos tener en cuenta el enfoque holístico y sistemático, la focalización es negativa.
 - o El factor humano es el más importante, la inteligencia colectiva y la diversidad son aspectos a tener en cuenta.



- Jesús Miranda.
 - o Incidió en la importancia de intervenir con los propios intervinientes. Mas impacto negativo en intervinientes que en la población en general, especial énfasis en el suicidio., sin embargo, hay menos atención. Estar atentos al efecto del estrechamiento y caída en la capacidad de atención.
 - o Los nuevos estudios con mediciones fisiológicas en tiempo real cobran importancia. Las emociones no solo acompañan, sino que son parte del proceso de decisión. La resistencia al estrés es un aspecto que compete al ámbito psicológico.

Tercera mesa. Trauma y emergencias.

- Patricia Acinas
 - o Remarco que en ocasiones no hay una causa que justifique la aparición de síntomas. El trauma no es solo consecuencia de la situación sino también de como la percibe la persona que la sufre.
 - o La relación cuerpo mente es algo más que una mera interacción estímulo respuesta, hay en este proceso una interpretación de lo que sucede que también influye en la respuesta. Hay patologías en las que este proceso es claro (Enuresis, Encopresis, cefaleas, fibromialgia, etc.). El síndrome de Tako-Tsubo (síndrome del corazón roto), como los traumas producen cambios cardiológicos en los afectados. La capacidad de recuperación es diferente en cada persona. Las situaciones de riesgo son también diferentes según las circunstancias de cada uno, por lo que hay tener en consideración a los grupos de riesgo. Como conclusión hay una interacción cuerpo mente en la que se puede interactuar.
- Sonia Gálvez
 - o Destacó como nuestro cerebro procesa el trauma y que en algunas ocasiones el procesamiento incompleto es lo que hace que el trauma se mantenga en el tiempo.
 - o Planteó como debemos fomentar el procesamiento adecuado del cerebro ante un trauma, para disminuir la hiperactivación y poder procesarlo mejor. Y disminuir la activación producida por todo el engranaje de hormonas y neurotransmisores.



- o Expuso la labor de la amígdala y las reacciones propiciadas por otras estructuras corporales y cerebrales.
 - o Explicó la existencia de métodos más corporales/emocionales y otros más cognitivos para poder salir adelante tras un trauma psicológico.
 - o Y que es necesario la autorregulación del terapeuta y enseñar al paciente a autorregular para poder ir avanzando en que la persona mejore.
- Mesa 4. Cuidar al cuidador.
 - Gema del Pozo
 - o Análisis del cambio social producido por la Covid 19. La sociedad si estuvo a la altura las diferentes administraciones siempre fueron a remolque. Lo que en principio fue espontáneo se convirtió en algo cotidiano y esperado tanto por los profesionales como por la propia sociedad que vio en este aplauso una nueva forma de cohesión y apoyo social. Apareció el intrusismo altruista en la mayoría de los casos, pero también los hubo de forma interesada. La falta de equipación chocaba con el homenaje de la sociedad. El rechazo que iba creciendo dentro de los profesionales de ver que la gente se empezaba a relajarse y los casos a aumentar
 - o Lo dramático de la despedida virtual, sin el abrazo de los seres queridos, la búsqueda y recuperación de los restos del ser querido. Entierros a seis metros del otro familiar autorizado. La necesidad de tener certezas sobre de quien eran los restos que entregaban a la familia.
 - Natalia Lorenzo
 - o Aparece el miedo, miedo al contagio, miedo a contagiar, pero sobre todo miedo a lo que no se conoce. Con el miedo la presión en el trabajo que además lejos de bajar en intensidad seguía subiendo exponencialmente y el material seguía sin ser el adecuado.
 - o Aparece la fatiga por estrés que no es algo que afecte a todos por igual, sino como ya se ha visto depende de cada persona y de lo que rodea a cada persona. La fatiga psicológica está relacionada con la carga trabajo y la situación anímica personal. Hubo muchos profesionales expuestos a esta fatiga psicológica. También la fatiga por compasión después de muchas horas de escucha activa, de empatizar con nuestras víctimas, es difícil tener un equilibrio entre empatía y



empatía. La importancia de prevenir sobre todo con colectivos tan alejados de la petición de ayuda.

- Mesa 5. Emergencias, desastres y catástrofes internacionales.
- Alexis Lorenzo.
 - o Incendio en la ciudad de Matanzas, a cien kilómetros de la Habana, producido por un rayo, la reacción fue inmediata, pero las dimensiones eran tan grandes que dificultó la intervención. Se activaron unidades de todo el estado, se derivaron los accidentados al hospital de la ciudad de Matanzas y los casos graves a la Habana. La nube tóxica afectó también a la capital del país. Se pidió ayuda internacional. El apoyo psicológico fue decisivo, sobre todo a los familiares de los intervinientes. Comenzaron con la evaluación y filiación para intervenir con las familias. La prensa tenía personal especializado en la zona. Por la difícil identificación de los restos de los seres queridos, se optó a realizar ese proceso de forma grupal por familias. Notificación de fallecimiento, antes de salir en prensa. Fétetros sin nombres en el funeral de estado. Un equipo por familia desde el inicio.
- Mario Yika.
 - o La deflagración de una cisterna afectó a personas y a edificios próximos, dos manzanas de casas resultaron dañadas. En un distrito en la ciudad de Lima, una barriada nueva de clase trabajadora. población vulnerable por la precariedad de las infraestructuras de protección civil.
 - Se atendieron a personas quemadas. Se declaró el estado de emergencia, con gran repercusión. Con los intervinientes se programaron sesiones, debido a la alta carga emocional de la intervención. Durante todo el proceso hubo asistencia psicológica. La intervención también se extendió a las familias. Se atendieron 6245 personas. Se solicitó información a las empresas para saber si podían seguir con sus actividades. Trabajo muy coordinado con gran trascendencia a nivel estatal. La lección identificada fueron los fallos administrativos que es necesario depurar, para próximas intervenciones.



- Mesa 6. la muerte silenciosa que no cesa.
- Mar de Manuel
 - o Inicios de la atención en suicidio fueron fundamentalmente administrativos con poca formación, pero muy motivados. Se activaba a través del 112, gran cantidad de intervenciones, desapariciones, terrorismo, accidentes de tráfico y suicidio. En las intervenciones no estamos solos, siempre en colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, con poca preparación inicialmente pero que hacen su función con la mejor de las intenciones. El primer interviniente puede ser cualquiera, el profesional llega cuando el episodio ya este iniciado. Al desgaste emocional de la intervención se une el desgaste emocional de los otros aspectos de la vida. Los datos no son transparentes, el estrés profesional es un elemento que facilita la aparición de sintomatología adversa. Insuficiencia de protocolos.
- Inmaculada Aragón
 - o La adolescencia es una etapa muy sensible, con muchos cambios, una implicación social más amplia y un aumento de la intensidad emocional, que se experimenta de forma creativa. Aparece crisis de identidad y mala regulación de impulso, que se refleja en un aumento de la impulsividad. Las conductas autolíticas cada vez son más sofisticadas y de difícil localización. Hay que trabajar la tolerancia, mindfulness, tolerancia a la frustración y acompañar las emociones. Trabajar las habilidades sociales de eficacia interpersonal. Adquiere mucha importancia el grupo de relación y la influencia de las redes sociales.

· Conferencia de Clausura. José Navarro:

- o Habló de la importancia del apego en la génesis y mantenimiento del trauma. Y de la preponderancia del modelo de apego en estos momentos para explicar aspectos esenciales del trauma.
- o Destacó la necesidad de crear contextos seguros en terapia y fuera de esto, en la vida cotidiana para que la persona pueda ir avanzando en su camino de recuperación.
- o Incidió en que si hay múltiples estresores que producen trauma y alguno está relacionado con la infancia, el malestar es mayor y el trauma puede estar más enraizado.



- o Expuso que el éxito de las intervenciones en trauma está relacionado con tener en cuenta estos factores y otros más que pertenecen a la persona y las circunstancias en que se produjo todo.



***Sociedad Española de Psicología
Aplicada a Desastres, Urgencias y
Emergencias***
SEPADEM

www.sepadem.org

info@sepadem.org

 [SepademEspaña](https://www.instagram.com/SepademEspaña)

 [@Sepadem](https://twitter.com/@Sepadem)

 [Sepadem](https://www.facebook.com/Sepadem)

 [sepadem_spain](https://www.linkedin.com/company/sepadem_spain)