

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE MADRID**



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN GESTIÓN DE DESASTRES**

**TRABAJO FIN DE MÁSTER  
CURSO 2023-2024**

**Diseño de un protocolo para la gestión  
de un dispositivo de atención  
psicológica ante un desastre**

Ainhoa Rodríguez Palacios

Junio 2024

Tutor/a: Celia Ibáñez del Prado



# ÍNDICE

Resumen/Abstract	4
Introducción	5
Bases teóricas	5
Justificación	7
Datos epidemiológicos	8
Colectivos vulnerables: los niños ante los desastres	9
Objetivos	10
Metodología	10
Resultados	11
Discusión	14
Limitaciones	16
Conclusiones	16
Líneas de futuro	17
Bibliografía	18
Anexo 1. Tabla comparativa	20
Anexo 2. Encuesta a expertos	43
Anexo 3. Protocolo de actuación en dispositivo atención psicológica en desastres	49



## RESUMEN/ABSTRACT

Tras un desastre, la atención psicológica a las víctimas, sean directas o indirectas, es indispensable. Cada vez hay más evidencia científica sobre los beneficios que tiene esta asistencia en los primeros momentos tras el incidente. Sin embargo, la gestión de la asistencia psicológica en emergencias está aún en desarrollo y las organizaciones que la prestan tienen protocolos muy diferentes entre sí. En este artículo, se pretende realizar un protocolo genérico para un eventual desastre en España. Tras la revisión de bibliografía relacionada con la psicología en emergencias, y la comparación de los diferentes protocolos, se ha creado un protocolo genérico, adaptándolo al territorio español. Posteriormente, se ha realizado una consulta con expertos de los aspectos más importantes de este protocolo para corregir sus puntos débiles. Tras todo este proceso se concluye, por un lado, que los expertos no están de acuerdo con la inclusión de personal voluntario en la atención de emergencias, y por otro, que no existe una fórmula exacta para el cálculo del personal necesario.

**PALABRAS CLAVE:** psicología de emergencias, atención psicológica en emergencias, dispositivo de atención psicológica, protocolo psicología de emergencias, gestión desastres.

After a disaster, psychological care for victims, whether direct or indirect, is essential. There is more and more scientific evidence about benefits of this assistance in the first moments after the incident. However, the management of emergency psychological care is still developing and the organizations that provide it have very different protocols from each other. In this article, we aim to create a generic protocol for an eventual disaster in Spain. After reviewing the literature related to psychology in emergencies, and comparing the different protocols, a generic protocol has been created, adapting it to the Spanish territory. Subsequently, a consultation was carried out with experts on the key points of this protocol to correct its weaknesses. After this process, it's concluded, on the one hand, that experts do not agree with inclusion of volunteer staff in emergency care, and on the other, that there is no exact formula for calculating the necessary staff.

**KEY WORDS:** emergency psychology, psychological care in emergencies, psychological device, emergency psychology protocol, disaster management.



## INTRODUCCIÓN

Hoy en día, debido a varios factores como el aumento de la población y los núcleos urbanos, el desarrollo tecnológico y el cambio climático, la ocurrencia de desastres con múltiples víctimas va en aumento (Muñoz, M. et al., 2007). Además, la importancia de un enfoque biopsicosocial en la atención a las víctimas, nos exige el desarrollo de planes para que dicha atención sea verdaderamente integral. En este artículo, ponemos la atención en los servicios de atención psicológica y social en situación de crisis, ya que los protocolos de atención sanitaria y de salvamento ante emergencias, por lo general, están más desarrollados.

Quizás bajo la influencia de los primeros auxilios médicos, surgen los primeros auxilios psicológicos y así, la necesidad de organizar la asistencia psicológica en situación de desastre. En general, ante estos eventos, son mucho más numerosas las víctimas ilesas o leves con necesidad de ayuda social y psicológica in situ, que las que precisan atención médica urgente.

La psicología asociada a la emergencia abre un campo de actuación cuyo desarrollo es relativamente reciente (Soto-Baño, M. A. et al., 2021). Por esto mismo, cuesta encontrar un consenso unificado, así como bases teóricas sólidas para la formación e investigación sobre este tema. No obstante, la psicología de emergencias se está desarrollando rápidamente y busca mejorar la atención en momentos tan críticos como inmediatamente tras los desastres, así como la coordinación y gestión de los servicios ofrecidos en esta situación.

No hay duda del impacto social y la preocupación que despiertan las situaciones de riesgo colectivo, desde accidentes de tráfico hasta terremotos, atentados, inundaciones... Por ello, son muchas y muy diversas las organizaciones que ofrecen atención psicológica ante emergencias. Muchas instituciones (no todas) cuentan con protocolos diseñados para optimizar este servicio, reciclándose y actualizándose regularmente. Pero estos protocolos son muy diferentes entre sí.

En este trabajo se pretende investigar y proponer un modelo genérico que abarque desde un accidente de múltiples víctimas hasta una gran catástrofe en nuestro país, por lo que el esfuerzo se dirigirá a encontrar los aspectos comunes entre los diferentes protocolos y la bibliografía, para así intentar simplificar y optimizar la gestión de la atención psicológica.

### ○ Bases teóricas

Son muchas las investigaciones que le dan la importancia que merece a la asistencia psicológica temprana, sabiendo que no sólo se reducen los problemas de salud mental, sino que además se previenen la mayoría de los trastornos a largo plazo y se dan herramientas para aumentar la capacidad de recuperación de las víctimas (Pacheco, T. et al., 2008).



Así nacen los Primeros Auxilios Psicológicos, cuyo fin es reducir el daño, el malestar psicológico y proporcionar una ayuda psicosocial a las víctimas contactando con su entorno social y recursos previos disponibles (Muñoz, M. et al., 2007).

Ante un desastre, existen dos grupos de personas susceptibles de precisar asistencia psicológica: por un lado, las víctimas directas, los familiares y allegados, y por otro, los intervinientes.

Según la psicología de emergencias, se puede estructurar la intervención en estas situaciones de crisis, atendiendo a la similitud de las reacciones psicológicas que aparecen en los afectados. Según Bonanno, G. A. (2004), se pueden definir cuatro tipos de evolución del estado psicológico de las víctimas:

**RESILIENTE:** personas que son capaces de seguir adelante con sus rutinas y vida cotidiana con un mínimo de perturbación (35-65%)

**DE RECUPERACIÓN:** víctimas que tras unos meses de gran perturbación inicial consiguen recuperarse (15-25%)

**RETARDADA:** personas en las que la perturbación llega tras varios meses de mantener una vida aparentemente normal (1-15%)

**CRÓNICA:** cuando el deterioro funcional se produce precozmente y no se recupera (5-30%)

Existen diferentes conceptos para especificar el tipo de evento destructivo, ya sea urgencia, emergencia, desastre, catástrofe... que atienden a tiempos de atención, número de víctimas o desproporción entre necesidades y medios disponibles para la gestión del evento.

Si bien, en la teoría, no existe un consenso sobre qué incidentes se pueden considerar más generadores de malestar psicológico, se ha observado una serie de eventos que conllevan riesgo colectivo y, por tanto, generadores de trauma psicológico (Soto-Baño, M. A. et al., 2021).

#### SITUACIONES DE EMERGENCIA EXTRAORDINARIA

Atentados terroristas

Accidentes de tráfico, aéreos, ferroviarios...

Desastres naturales

Incidentes nucleares, radiológicos, biológicos, químicos (NRBQ)

Incendios

Amenaza de bomba

Derrumbes



## Disturbios

Guerras, genocidios, refugiados, desplazados...

No obstante, no se le puede atribuir únicamente al desastre su potencial estresor, ya que un mismo incidente puede provocar una crisis en una persona, y ese mismo incidente no provocarlo en otra (Benveniste, D., 2000).

Por otro lado, también se ha llegado a clasificar los diferentes tipos de víctimas de un desastre en seis niveles (Taylor, A., 1999).

**PRIMER NIVEL:** víctimas que padecen un contacto directo con el accidente, sufriendo daños sobre sí mismas y/o materiales.

**SEGUNDO NIVEL:** familiares y amigos de las personas englobadas en el primer nivel

**TERCER NIVEL:** equipos de primera respuesta al desastre, salvamento, rescate...

**CUARTO NIVEL:** voluntarios emocionalmente inestables, que toman contacto directo con el desastre con el fin de ayudar.

**QUINTO NIVEL:** personas con antecedentes de otros eventos traumáticos que se inestabilizan por el evento actual o personas que aprovechan este incidente para sacar algún tipo de beneficio

**SEXTO NIVEL:** víctimas del desastre que viven atormentadas por no entender por qué se han salvado de un peor desenlace.

## ○ **Justificación**

En el Plan de Acción sobre la Salud Mental de la OMS (2013-2020) se indica la importancia de la prevención, con un enfoque integral y multisectorial coordinado, tanto con las instituciones sanitarias como sociales. Además, en 2010, el Consejo de la Unión Europea, indicó que el apoyo psicosocial en emergencias y desastres debe ser incluido entre los servicios de protección civil, incluyendo no sólo a víctimas de la población general, sino también a intervinientes y gestores (Soto-Baño, M. A. et al., 2021).

Ante un evento en el que la vida se ve amenazada, no sólo es de esperar que se produzcan daños físicos en las víctimas, sino que la respuesta al estrés agudo propio de esta situación, puede provocar diferentes trastornos en los supervivientes como estrés post-traumático, trastornos de pánico, depresiones, abuso de sustancias... (Valero, J. C. et al., 2004) (Figuroa, R. A. et al., 2010).

Cada vez se cuenta con más experiencia en la asistencia en desastres, y está demostrado que la ayuda psicológica temprana, en los primeros momentos tras el evento, no sólo ayuda a paliar los primeros efectos en las víctimas, sino que es útil para disminuir secuelas psicológicas a más largo plazo (Soto-Baño, M. A. et al., 2021).



Además, los objetivos de esta asistencia psicológica temprana no sólo se centran en disminuir el malestar de la situación, sino que también pretende realizar un cribado de las personas con más factores de riesgo para desarrollar patologías en el futuro (cómo respuestas extremas al estrés agudo o antecedentes en patologías mentales). En cuanto a esto último, señalar que no sólo es importante la atención para disminuir el malestar in-situ, sino que también realizar un cribado de la necesidad de derivación urgente a centros de salud mental ante crisis agudas como ideación autolítica, crisis psicóticas, agresividad... (Cernuda Martínez, J. A. et al. 2013).

Por último, para prolongar la ayuda psicológica de alguna manera, se ha descrito la utilidad de disponer de folletos educativos, en los que, por ejemplo, se indiquen síntomas psicológicos dentro de la normalidad tras sufrir un evento traumático, así como indicadores patológicos para buscar ayuda psicológica. (Benveniste, D. et al. 2000).

### ○ **Datos epidemiológicos**

- Diariamente en el mundo mueren, de media, en torno a 500.000 personas, y un 20% lo hacen en desastres (guerras, accidentes, hambrunas, desastres naturales...) (Valero, J. C. et al., 2004).
- Se estima que entre un 15-25% de las víctimas de un acontecimiento traumático precisarán atención especializada por trastornos psicológicos (Valero, J. C. et al., 2004).
- Más concretamente, en torno al 23% de los expuestos a este tipo de eventos desarrollan estrés postraumático (Gaborit, M., 2006). Además, se estima que un tercio de las víctimas que desarrollan TEPT continuarán con síntomas 10 años después del suceso (Alves, R. B. et al., 2012).
- En pacientes con psicopatologías previas, éstas empeoran en un 17% (Valero, J. C. et al., 2004).
- Existen factores de riesgo que pueden variar estos porcentajes, como la edad y sexo de las víctimas o vulnerabilidad previa (Gaborit, M., 2006). Según el tipo de incidente, se desarrollarán más trastornos entre las víctimas de actos deliberados de otras personas, así como eventos repetitivos o permanentes en el tiempo (Alves, R. B. et al., 2012).

Por tanto, las consecuencias psicopatológicas más frecuentes tras los desastres serían: síndrome de estrés postraumático (el más prevalente), síndrome de aflicción por catástrofe (más común en víctimas secundarias como familiares) y síndrome del superviviente (más común en ilesos) (Gaborit, M., 2006).

Además, el TEPT se asocia entre un 70-80% con abuso de sustancias (Valero, J. C., et al., 2004). El TEPT va a depender, para su desarrollo, fundamentalmente de tres factores (Errázuriz, P. et al., 2019):

- El desastre y sus características
- La vulnerabilidad de la víctima (psicopatologías previas, personalidad...)
- Apoyo psicosocial y el medio donde se produzca



## ○ **Colectivos vulnerables: los niños ante los desastres**

Las consecuencias del pánico sobre el desarrollo cerebral en niños pueden ocasionar cambios estructurales y funcionales irreversibles. Por tanto, se puede decir que se da una relación negativa entre la edad y la gravedad de síntomas, siendo especialmente crítica entre los 2 y 7 años de edad (edad en la que se desarrolla entre otras la autoestima, autorregulación... (Gaborit, M., 2006).

Además, en cuanto a sus reacciones, también difieren de los adultos. Se debe estar preparado para reacciones más explosivas una vez que el niño se encuentra en un entorno de confianza y seguridad, con aumento del llanto, miedo y demás (Figuroa, R. A. et al., 2010).

Según varios autores, la mayoría de las víctimas, el malestar psicológico ocasionado en niños tras un desastre tiende a ser algo transitorio, por lo que, eliminada la fuente de estrés y con el tiempo, es posible restablecer una relativa normalidad sin precisar asistencia a largo plazo (Gutiérrez, L., 2002).

Los niños exteriorizan una serie de reacciones y otros efectos a corto plazo parecidas a los adultos. Ellos se sienten seguros viendo su mundo como estable y predecible, por lo que, además de esa inseguridad repentina, se une la incomprensión de ciertos conceptos como la muerte y las lesiones. Una de las intervenciones por parte del equipo de profesionales es formar a padres y docentes sobre las reacciones de los niños ante desastres según el grupo de edad, además de cómo acercarse a estos niños y favorecer el afrontamiento eficaz (Padilla, E. M. Q., 2007).

Por otro lado, se podrían diferenciar tres condicionantes para el impacto psicológico del niño tras un desastre (Arriagada, P. et al., 2011):

- Su nivel de desarrollo o edad
- La exposición directa al desastre y magnitud del mismo
- El contacto con las reacciones de adultos allegados ante el desastre

En condiciones normales, los niños suelen imitar reacciones, sobre todo de los adultos de referencia. En una situación de crisis, buscarán apoyo en sus familiares y les influirá la manera de reaccionar de estos. Por esto es importante formar a los padres para que sean conscientes de que reacciones muy alarmantes pueden asustarlos más (Padilla, E. M. Q., 2007).

En niños muy pequeños que no tienen aún bien desarrollado el lenguaje, no pueden expresar lo vivido ni sus sentimientos, sin embargo, sí pueden exteriorizarlo mediante el juego (incluso años después). Por esto es importante, dentro del dispositivo de asistencia psicológica, contar con juguetes adecuados para diferentes edades (Benveniste, D. et al. 2000).

Otra de las causas de sufrimiento en niños es la falta de capacidad de protegerse a sí mismos sin un adulto, además del miedo al abandono. Por ello, dentro de la asistencia a menores es importante contar con una zona para ellos, más aún si se encuentran solos en



esos momentos, con adultos que temporalmente se ocupen de ellos hasta la llegada de familiares (Benveniste, D. et al. 2000).

## OBJETIVOS

### ○ Objetivo general

Desarrollar un protocolo genérico para la gestión de dispositivos de atención psicológica en desastres en España

### ○ Objetivos específicos

- Conocer la base teórica de la atención psicológica de emergencia en desastres
- Conocer los protocolos existentes de diferentes entidades que prestan asistencia psicológica en desastres
- Comparar los diferentes procedimientos de actuación
- Utilizar toda la información obtenida para adaptar el nuevo protocolo para un desastre en España
- Consultar con expertos el protocolo propuesto para mejorarlo

## METODOLOGÍA

Este trabajo tiene como objetivo principal el desarrollo de un protocolo genérico para la gestión de dispositivos de atención psicológica en desastres en España.

Para ello, en primer lugar, se ha consultado bibliografía relacionada, se ha hecho una comparativa entre esta bibliografía y los distintos protocolos existentes, y con todo ello se ha creado un protocolo de actuación, que posteriormente se ha consultado con expertos para terminar de matizarlo.

Para la consulta de la bibliografía se ha utilizado la base de datos 'Psycinfo', buscando 'psicología' AND 'desastre'. De los 40 resultados se han seleccionado los artículos que tuvieran relevancia para nuestro objetivo. Además, se ha ido encontrando más artículos relacionados con información de interés para nuestro estudio. De aquí se han ido extrayendo los datos más relevantes para la creación del futuro protocolo.

Posteriormente se ha realizado la búsqueda de protocolos de actuación existentes en diferentes organizaciones que prestan este servicio de atención psicológica en emergencias. Así, se han encontrado los siguientes documentos:

- Guía de recomendaciones de buenas prácticas en intervención psicológica en emergencias del Consejo General de Psicología en España (2023)
- Guía Técnica de planificación e intervención psicosocial en emergencias y catástrofes de la Dirección General de Protección Civil y Emergencias (2012)



- Manual de política, procedimientos y estrategia en acción humanitaria de Médicos del Mundo (2013)
- Manual de protocolos de los Equipos ERIE (Equipos de Respuesta Inmediata en Emergencia) especializados en Intervención Psicosocial de Cruz Roja Española (2015)
- Protocolos de la Unidad Militar de Emergencias (extraídos del documento de Cruz Roja)
- Protocolos en accidentes aéreos de diferentes compañías (extraídos del documento de Cruz Roja)
- Guía para apoyar intervenciones psicosociales en Emergencias y Desastres de UNICEF (Arriagada, P. et al., 2011).

Con toda la información extraída de estos protocolos y de la bibliografía, se ha realizado una tabla comparativa (Anexo 1).

A partir de esta tabla, se ha realizado una propuesta de protocolo con los aspectos más relevantes de la tabla. Pero para dar validez y confiabilidad a este protocolo, se ha realizado un acuerdo interjueces (Dubé, J. É., 2008). Esto se ha hecho mediante una encuesta (Anexo 2) a través de Google Forms, para enviarla a expertos en la gestión y la atención psicológica en desastres, consultando sobre los aspectos más importantes del protocolo. La encuesta se divide en dos secciones: una sobre datos sociodemográficos (8 preguntas) y otra sobre los aspectos del protocolo a consultar (9 preguntas). En este segundo apartado se pide valorar del 1 al 5 sobre, la pertinencia de la idea expuesta, si la definición es suficientemente clara y sobre si lo incluiría en un protocolo, además de dejar la posibilidad de expresar libremente una aportación, como experto sobre el tema, en cada una de ellas.

Esta encuesta se ha enviado a diferentes organizaciones que prestan servicio psicológico en emergencias y demás comités de expertos, pidiendo que sea reenviada a otras personas relacionadas con el tema (bola de nieve).

Con los resultados de la encuesta, se hará una presentación de los datos sociodemográficos de los expertos que han participado, y se analizará el acuerdo interjueces obtenido mediante el cálculo de la V de Aiken.

Con la obtención del acuerdo interjueces o la falta del mismo, se modifica el protocolo acorde a la opinión y las valiosas aportaciones de los expertos (Anexo 3).

## **RESULTADOS**

### **• ANÁLISIS DE DATOS**

La encuesta ha sido respondida por 13 expertos. Sus datos sociodemográficos de la 'sección 1' de la encuesta son los siguientes:

- Todos ellos pertenecen a alguna institución que preste o dé formación en atención psicológica de emergencia (SAMUR, Médicos del Mundo, Colegio Oficial de Psicología de Madrid, Bizkaia y Andalucía, Dirección General de Protección Civil,



Fundación ‘The Wellbeing Planet’, Grupo de intervención Psicológica en Emergencias de La Rioja, Dirección General De Emergencias 112...).

- La media de edad de los expertos que han participado es 50 años, en un rango de 31 a 64 años.
- Más de un 90% de los encuestados son psicólogos, contando además con la opinión de un técnico de Emergencias Sanitarias.
- En cuanto a sus años de experiencia laboral, van desde los 5 a los 40 años, obteniendo una media de 22,38 años.
- A la pregunta, ¿Tiene experiencia en la atención a víctimas de desastres o ha formado parte de la gestión de la misma?, sólo una persona ha contestado que no.
- Y a la pregunta, ¿Está familiarizado/a con los protocolos existentes?, sólo dos de los trece expertos han respondido negativamente.

Con los datos obtenidos en la ‘sección 2’ se ha obtenido la V de Aiken para valorar el acuerdo interjueces de cada uno de los ítems consultados. La fórmula empleada para calcularla es la siguiente:  $V = (M - 1) / k$ , donde ‘M’ es la media de las calificaciones obtenidas y ‘k’ el rango de las calificaciones posibles (Domínguez, S. A., 2016).

Los resultados de esta fórmula se pueden encontrar entre de 0 a 1, considerando un acuerdo interjueces alto si el valor es  $> 0,70$ . Los resultados se presentan en la tabla 1.

Pregunta	Respuestas	V de Aiken																								
Escenarios de actuación	<p>Bar chart showing responses for 'Escenarios de actuación'. The y-axis ranges from 0 to 10. The x-axis categories are Pertinencia, Definición clara, and ¿Lo incluiría en el protocolo?. The legend indicates ratings from 1 (Nada) to 5 (Totalmente).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>1 Nada</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5 Totalmente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pertinencia</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Definición clara</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>¿Lo incluiría en el protocolo?</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Categoría	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente	Pertinencia	0	0	0	3	10	Definición clara	0	1	1	3	8	¿Lo incluiría en el protocolo?	0	0	0	3	10	Pertinencia 0'88 Claridad 0'86 Incluirlo 0'94
Categoría	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente																					
Pertinencia	0	0	0	3	10																					
Definición clara	0	1	1	3	8																					
¿Lo incluiría en el protocolo?	0	0	0	3	10																					
Recursos humanos	<p>Bar chart showing responses for 'Recursos humanos'. The y-axis ranges from 0 to 8. The x-axis categories are Pertinencia, Definición clara, and ¿Lo incluiría en el protocolo?. The legend indicates ratings from 1 (Nada) to 5 (Totalmente).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>1 Nada</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5 Totalmente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pertinencia</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>Definición clara</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>2</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>¿Lo incluiría en el protocolo?</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Categoría	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente	Pertinencia	0	0	2	4	7	Definición clara	0	1	4	2	6	¿Lo incluiría en el protocolo?	1	1	1	4	6	Pertinencia 0'83 Claridad 0'75 Incluirlo 0'75
Categoría	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente																					
Pertinencia	0	0	2	4	7																					
Definición clara	0	1	4	2	6																					
¿Lo incluiría en el protocolo?	1	1	1	4	6																					
Cálculo de personal	<p>Bar chart showing responses for 'Cálculo de personal'. The y-axis ranges from 0 to 6. The x-axis categories are Pertinencia, Definición clara, and ¿Lo incluiría en el protocolo?. The legend indicates ratings from 1 (Nada) to 5 (Totalmente).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Categoría</th> <th>1 Nada</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5 Totalmente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pertinencia</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>6</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Definición clara</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>¿Lo incluiría en el protocolo?</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>6</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Categoría	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente	Pertinencia	1	0	4	6	2	Definición clara	0	5	2	3	3	¿Lo incluiría en el protocolo?	1	3	0	6	3	Pertinencia 0'65 Claridad 0'57 Incluirlo 0'63
Categoría	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente																					
Pertinencia	1	0	4	6	2																					
Definición clara	0	5	2	3	3																					
¿Lo incluiría en el protocolo?	1	3	0	6	3																					



Esquema de organización	<p>Bar chart showing scores for 'Esquema de organización'. The legend indicates: 1 Nada (blue), 2 (red), 3 (orange), 4 (green), 5 Totalmente (purple). The y-axis ranges from 0 to 6.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Criterio</th> <th>1 Nada</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5 Totalmente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pertinencia</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>6</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Definición clara</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>¿Lo incluiría en el protocolo?</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Criterio	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente	Pertinencia	0	0	2	6	5	Definición clara	0	2	1	4	6	¿Lo incluiría en el protocolo?	0	0	3	4	6	Pertinencia 0'8 Claridad 0'76 Incluirlo 0'8
Criterio	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente																					
Pertinencia	0	0	2	6	5																					
Definición clara	0	2	1	4	6																					
¿Lo incluiría en el protocolo?	0	0	3	4	6																					
Organización interna	<p>Bar chart showing scores for 'Organización interna'. The legend indicates: 1 Nada (blue), 2 (red), 3 (orange), 4 (green), 5 Totalmente (purple). The y-axis ranges from 0 to 10.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Criterio</th> <th>1 Nada</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5 Totalmente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pertinente</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>Definición clara</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>¿Lo incluiría en el protocolo?</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Criterio	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente	Pertinente	0	0	1	3	9	Definición clara	0	0	0	4	9	¿Lo incluiría en el protocolo?	0	0	0	3	10	Pertinencia 0'89 Claridad 0'92 Incluirlo 0'94
Criterio	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente																					
Pertinente	0	0	1	3	9																					
Definición clara	0	0	0	4	9																					
¿Lo incluiría en el protocolo?	0	0	0	3	10																					
Niños	<p>Bar chart showing scores for 'Niños'. The legend indicates: 1 Nada (blue), 2 (red), 3 (orange), 4 (green), 5 Totalmente (purple). The y-axis ranges from 0 to 10.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Criterio</th> <th>1 Nada</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5 Totalmente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pertinencia</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Definición clara</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>¿Lo incluiría en el protocolo?</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Criterio	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente	Pertinencia	0	0	0	3	10	Definición clara	0	1	0	2	10	¿Lo incluiría en el protocolo?	0	0	0	3	10	Pertinencia 0'94 Claridad 0'9 Incluirlo 0'94
Criterio	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente																					
Pertinencia	0	0	0	3	10																					
Definición clara	0	1	0	2	10																					
¿Lo incluiría en el protocolo?	0	0	0	3	10																					
Dispositivo familiares	<p>Bar chart showing scores for 'Dispositivo familiares'. The legend indicates: 1 Nada (blue), 2 (red), 3 (orange), 4 (green), 5 Totalmente (purple). The y-axis ranges from 0 to 10.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Criterio</th> <th>1 Nada</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5 Totalmente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pertinente</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Definición clara</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>¿Lo incluirías en el protocolo?</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>	Criterio	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente	Pertinente	0	0	0	3	10	Definición clara	0	1	1	2	9	¿Lo incluirías en el protocolo?	0	0	0	2	11	Pertinencia 0'94 Claridad 0'86 Incluirlo 0'96
Criterio	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente																					
Pertinente	0	0	0	3	10																					
Definición clara	0	1	1	2	9																					
¿Lo incluirías en el protocolo?	0	0	0	2	11																					
Asistencia post-desastre	<p>Bar chart showing scores for 'Asistencia post-desastre'. The legend indicates: 1 Nada (blue), 2 (red), 3 (orange), 4 (green), 5 Totalmente (purple). The y-axis ranges from 0 to 10.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Criterio</th> <th>1 Nada</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5 Totalmente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pertinencia</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Definición clara</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>¿Lo incluiría en el protocolo?</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table>	Criterio	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente	Pertinencia	0	0	0	2	11	Definición clara	0	1	0	1	11	¿Lo incluiría en el protocolo?	0	0	0	3	10	Pertinencia 0'96 Claridad 0'92 Incluirlo 0'94
Criterio	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente																					
Pertinencia	0	0	0	2	11																					
Definición clara	0	1	0	1	11																					
¿Lo incluiría en el protocolo?	0	0	0	3	10																					
Atención a intervinientes	<p>Bar chart showing scores for 'Atención a intervinientes'. The legend indicates: 1 Nada (blue), 2 (red), 3 (orange), 4 (green), 5 Totalmente (purple). The y-axis ranges from 0 to 10.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Criterio</th> <th>1 Nada</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5 Totalmente</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pertinencia</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Definición clara</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>¿Lo incluiría en el protocolo?</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>11</td> </tr> </tbody> </table>	Criterio	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente	Pertinencia	0	0	1	1	11	Definición clara	0	0	2	0	11	¿Lo incluiría en el protocolo?	0	0	0	2	11	Pertinencia 0'94 Claridad 0'92 Incluirlo 0'96
Criterio	1 Nada	2	3	4	5 Totalmente																					
Pertinencia	0	0	1	1	11																					
Definición clara	0	0	2	0	11																					
¿Lo incluiría en el protocolo?	0	0	0	2	11																					

Tabla 1. Análisis de datos

Con estos datos, en los ítems que se ha obtenido que no hay acuerdo interjueces, se modifica el protocolo, eliminando o modificando ese apartado. Y, por otro lado, además de



los datos estadísticos, se ha tenido en cuenta los comentarios de los expertos, ya que proporcionan información e ideas muy valiosas para mejorar el protocolo final (Anexo 3).

## DISCUSIÓN

El protocolo inicial, previo a la consulta con expertos, se ha realizado basado en bibliografía y en los protocolos existentes en diferentes instituciones. En cuanto al cálculo de personal necesario, el protocolo de Cruz Roja (Manual de protocolos de los equipos ERIE especializados en intervención psicosocial, 2015) tiene muy bien pormenorizado y justificado el cálculo. Es cierto que su protocolo tiene un ámbito de actuación muy amplio, ya que actúan tanto en España como en desastres en el extranjero. En este último caso, tienen que tener bien definido el personal y demás logística que deben trasladar al lugar del suceso.

Sin embargo, en relación al uso de este cálculo en nuestro protocolo, no ha habido acuerdo interjueces. Es cierto que sólo el ámbito de actuación modifica en gran medida tanto las necesidades como los recursos disponibles. Para poner al lector en contexto, extraigo la pregunta consultada con los expertos en la encuesta (Anexo 2):

[...] Para el cálculo de psicólogos necesarios (Manual de protocolos de los equipos ERIE especializados en intervención psicosocial, 2015), se tiene en cuenta los factores de vulnerabilidad de las víctimas. Se calcula que en la población general existe un 8% de personas con algún tipo de psicopatología o antecedente. Este grupo de población tiene una mayor probabilidad de precisar atención psicológica especializada ante una situación de desastre. Además, cada psicólogo puede atender a unas 10 víctimas, por lo que se puede utilizar la siguiente fórmula:

$$\text{n}^\circ \text{ psicólogos} = (0,08 \times \text{n}^\circ \text{ afectados}) / 10 \text{ [...]}$$

Así, además de los datos numéricos, los expertos han expresado su opinión en la respuesta abierta, compartiendo, entre otros conocimientos, los siguientes:

- ‘Un psicólogo puede atender a varias personas o familias, pero cada atención necesita horas para conectar y poder ayudar a una víctima.’
- ‘El 8% de personas con antecedentes no es un dato para pensar que serán ellos quienes necesiten asistencia en un desastre. La intervención psicológica en una situación de esta naturaleza es preventiva, por tanto, es útil que todos los afectados/as sean atendidos para que los psicólogos/as utilicen técnicas preventivas y puedan hacer seguimiento también a los que no tienen antecedentes de ningún tipo.’
- ‘Los psicólogos asistenciales en situaciones de crisis, emergencia o catástrofe suelen actuar en binomio. Además, atender a 10 víctimas al mismo tiempo me resulta excesivo, con el riesgo de que se desborde la situación y no poder atender con calidad.’
- ‘Hay que ser cauto a la hora de establecer fórmulas. Que un psicólogo pueda atender a 10 víctimas, dependerá de la situación en la que se encuentre cada una de ellas, según triage psicológico.’



Por todo esto se ha decidido eliminar dicho cálculo de personal, dejando en manos del equipo coordinador del dispositivo la decisión del número de intervinientes necesario.

Además, otro tema de controversia, pese a haber llegado a acuerdo interjueces, ha sido la inclusión de personal voluntario en el dispositivo. La V de Aiken obtenida en este ítem ha sido: pertinencia 0'83; claridad 0'75; inclusión en protocolo 0'75. Pero más allá de los datos numéricos, los comentarios han sido especialmente críticos con esta propuesta de organización. De nuevo para poner en contexto se extrae el enunciado de la pregunta.

[...] 10.- El personal que interviene dentro del dispositivo de atención psicológica se divide en cuatro grupos:

+ **Socorristas de acompañamiento:** personal voluntario previamente formado en Primeros Auxilios Psicológicos y entrenados en la actuación en este tipo de dispositivos. Además de acompañar y atender a los afectados en sus necesidades básicas, realizan un screening mediante "Triage psicológico" de las personas que necesitan una atención especializada.

+ **Profesionales titulados:** Psicólogos (preferiblemente formados en psicología de emergencias), trabajadores sociales, personal sanitario

+ **Voluntarios:** Si no cuentan con formación previa, pueden ocuparse de labores más administrativas

+ **Jefes de equipo:** con formación y experiencia suficientes para encargarse de labores organizativas [...]

Los comentarios de expertos más significativos han sido los siguientes:

- 'No incluiría personal voluntario, ya que es importante que los nuevos protocolos se organicen en base al trabajo asalariado y a la profesionalización de la psicología de emergencias. En la crisis del COVID hubo muchas críticas, sobre todo a SUMMA-112, precisamente por eso. El término socorrista de acompañamiento no es adecuado a mi juicio.'
- 'Cualquier triaje lo tiene que realizar un Profesional de Psicología de Emergencias. Los voluntarios/as socorristas de acompañamiento, muchas veces suplen la función de los profesionales, pues suelen pertenecer a ONGs que convenían con las instituciones y éstas ya creen que tienen el dispositivo de atención psicológica cubierto. No pueden hacer "triage psicológico" por muy formados/as que estén en primeros auxilios psicológicos, porque no son psicólogos/as.'
- 'A los socorristas de acompañamiento se les forma en Primeros auxilios socio-emocionales, de primer nivel. Los primeros auxilios psicológicos, son de nivel avanzado y los aplican los psicólogos especializados en emergencias.'
- 'Especificaría muy bien la delimitación de las funciones de cada sección de recursos humanos. Cuidado con voluntarios que realizan primera atención, el posible riesgo de TEPT y mala praxis es muy alto. Debemos profesionalizar la atención psicológica: ésta debe ser realizada exclusivamente por psicólogos acreditados. Los trabajadores sociales y el resto de personal sanitario tienen otras funciones igual de necesarias.'
- 'El problema de los 'socorristas de acompañamiento' es que acaban haciendo funciones que competen única y exclusivamente a los profesionales de la psicología. Esta cuestión debe quedar muy clara y definida en los protocolos.'

A tenor de estos comentarios se ha decidido modificar este tema e intentar contar con personal profesional. Se han incluido las entidades de dónde, según Protección Civil, se



podría solicitar personal profesional para constituir el dispositivo. Todo ello precisa de la creación de convenios previos, para la activación de psicólogos/as ante un desastre.

Los comentarios denotan el malestar de un grupo de profesionales que, de alguna manera, ven el trabajo del personal voluntario como intrusismo profesional. Como dice uno de los expertos, esta idea ha sido extraída de una ONG. Al igual que en el tema anterior, dicha organización actúa fuera de España, dónde la disponibilidad de profesionales es más escasa, y la figura de un voluntario formado puede ser bastante útil.

## LIMITACIONES

Dado el desarrollo de los servicios públicos en materia de atención en emergencias de nuestro país, se empezó buscando sus protocolos de asistencia psicológica pero, en organismos públicos, sólo se encontró en Protección Civil. El resto de servicios, o no lo tienen o no es accesible al público.

Sin embargo, en las ONGs es mucho más común encontrar protocolos de actuación al respecto, muy elaborados y detallados.

Por otra parte, como menciona Salazar, I. et al., 2007, ante una crisis es más la vocación de ayudar que la de investigar, por lo que es difícil encontrar programas basados en evidencias obtenidas de investigaciones sistemáticas sobre asistencia psicológica en emergencias.

Además, no hay muchos puntos en común en los diferentes protocolos consultados. Tanto su estructura como su contenido son muy diferentes entre sí. Entiendo que esto es debido a que cada organización actúa en ámbitos diferentes. Por esto, entre otras cosas, creo que es necesario unificar criterios y redactar un procedimiento de actuación consensuado.

## CONCLUSIONES

Se ha logrado crear un protocolo genérico para la gestión de dispositivos de atención psicológica en desastres en España (Anexo 3), consiguiendo así el objetivo general de este estudio.

En cuanto a los objetivos específicos, se han ido cumpliendo según se ha ido desarrollando el trabajo.

Primero se ha consultado la bibliografía relacionada a la atención psicológica en emergencias. Si bien la bibliografía se centra en las bases teóricas de la atención psicológica y no en la gestión de los dispositivos que la prestan, se han ido extrayendo los datos más relevantes para protocolizar la actuación.

Después se han buscado todos los protocolos posibles, incluyendo los consejos de buenas prácticas del Consejo General de Psicología que, si bien no es un protocolo en sí



mismo, orienta bastante en cuanto a los requisitos para una adecuada atención en emergencias.

Con la creación de la tabla comparativa (anexo 1) se ha puesto en común todos los datos, observando que hay ciertos aspectos que unos protocolos desarrollan y otros no. Se ha comparado toda la información ordenándola según la base teórica de los Primeros Auxilios Psicológicos.

Utilizando esta comparativa se ha formado un primer protocolo, susceptible de cambio, tras la opinión de expertos en la atención psicológica de emergencias.

Tras dicha consulta se ha obtenido información muy interesante. Como conclusión general, atendiendo al acuerdo interjueces, el único ítem dónde no ha habido acuerdo, ni en la pertinencia, ni claridad, ni en incluirlo en el protocolo, es el cálculo del personal necesario según el número de víctimas. Además, en la definición de las necesidades de recursos humanos, incluyendo personal voluntario, se llega a acuerdo interjueces, pero es cierto que es el más débil en comparación con el resto de ítems, y los encuestados son bastante críticos en sus comentarios sobre la inclusión de personal voluntario.

Sin embargo, el protocolo consultado parece tener puntos fuertes, como son la aportación de ampliar los lugares de atención psicológica, la atención especializada a niños, la asistencia post-desastre y la atención a intervinientes.

## LÍNEAS DE FUTURO

El protocolo modificado tras la consulta a expertos no deja de ser un procedimiento genérico, susceptible de ser ampliado y adecuado a la institución que lo quiera utilizar. Me ha resultado sorprendente no encontrar procedimientos de actuación en los servicios de emergencias médicas de la Comunidad de Madrid (SUMMA, SAMUR...), sabiendo que cuentan con asistencia psicológica de urgencias y que prestan servicio en catástrofes.

Además, como se ha comentado en las limitaciones del estudio, no hay prácticamente investigación sobre la eficacia de los protocolos de asistencia psicológica. Por esto, se podría proponer el diseño de un proyecto de investigación común, para los diferentes protocolos existentes (incluyendo este, si se implanta en alguna organización), que valore, de manera prospectiva, la evolución de las personas atendidas en un dispositivo de asistencia psicológica. De esta manera se podrían objetivar puntos de mejora de los protocolos, y quizás ir unificando criterios.



## BIBLIOGRAFÍA

Muñoz, M., Ausín, B., Pérez-Santos, E. (2007). Primeros auxilios psicológicos: protocolo ACERCARSE. *Psicología Conductual*, 15(3), 479-505.

Soto-Baño, M. A., Clemente-Suárez, V. J. (2021). Psicología de emergencias en España: delimitación conceptual, ámbitos de actuación y propuesta de un sistema asistencial. *Papeles del psicólogo*, 42(1), 56-66.

Pacheco, T., Condés, M. D., Pérez, E., Benegas, J. N., & Ajates, B. (2008). Psicología: Disciplina necesaria en emergencia extrahospitalaria. *Prehospital Emergency Care*, 4, 383-390.

Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American psychologist*, 59(1), 20.

Soto-Baño, M. A., Clemente-Suárez, V. J. (2021). Psicología de emergencias en España: Análisis actual, normativa y proposición reguladora. *Papeles del psicólogo*, 42(1), 46-55.

Benveniste, D. (2000). Intervención en crisis después de grandes desastres. *Trópicos: La Revista de sociedad psicoanalítica de Caracas*, 1, 1-6.

Taylor, A. (1999). Hacia la clasificación de desastres y víctimas. *Traumatología*, 5 (2), 12-25

De la Salud, A. M. (2013) *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020* (No. WHA66. 8).

Valero, J. C., León, F. G., Giménez, M. L., Gestoso, C. G., Venegas, J. M., Cerdeira, N. L. (2004). Consecuencias psicopatológicas de las catástrofes y desastres: el síndrome del estrés postraumático. *Psiquis*, 25(1), 4-11.

Figuroa, R. A., Marín, H., González, M. (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Revista médica de Chile*, 138(2), 143-151.

Cernuda Martínez, J. A., Arcos González, P., Castro Delgado, R. (2013). Impacto de los desastres sobre la salud mental. *Rev. Rol enfermería*, 842-848.

Gaborit, M. (2006). Desastres y trauma psicológico. *Pensamiento psicológico*, 2(7), 25-25.

Alves, R. B., Lacerda, M. A. D. C., Legal, E. J. (2012). A atuação do psicólogo diante dos desastres naturais: uma revisão. *Psicologia em estudo*, 17, 307-315.

Errázuriz, P., Fischer, C., Behn, A., Letelier, C., Monari, M. (2019). Orientaciones prácticas para psicoterapeutas que atienden a pacientes con TEPT después de un desastre natural. *Psykhe (Santiago)*, 28(1), 1-13



Gutiérrez, L. Equipo de Psicología de Catástrofes. Dirección General de Protección Civil y Emergencias (2002) *Los niños y los desastres*. Revista de Protección Civil - núm. 13

Padilla, E. M. Q. (2007). Niños y niñas después de un desastre. Guía de intervención psicoafectiva dirigida a personal no especializado en salud mental. *Psicología Conductual*, 15(3), 507-523.

Arriagada, P., Valdebenito, L. (2011). Para reconstruir la vida de los niños y niñas: guía para apoyar intervenciones psicosociales en emergencias y desastres. In *Para reconstruir la vida de los niños y niñas: Guía para apoyar intervenciones psicosociales en emergencias y desastres* UNICEF

Consejo General de la Psicología en España (2023) *Guía de recomendaciones de buenas prácticas en intervención psicológica en emergencias*

Dirección General de Protección Civil y Emergencias (2012) *Guía técnica de planificación e intervención psicosocial en emergencias y catástrofes*

Dirección de Operaciones Internacionales. Grupo de Acción Humanitaria de Médicos del mundo (2013) *Manual de política, procedimientos y estrategia en acción humanitaria de médicos del mundo, España*.

Cruz Roja Española (2015) *Manual de protocolos de los equipos ERIE especializados en intervención psicosocial*, 1-83

Cruz Roja Española (2015) Protocolos de la Unidad Militar de Emergencias. *Manual de protocolos de los equipos ERIE especializados en intervención psicosocial*, 121-186

Cruz Roja Española (2015) Protocolos en accidentes aéreos. *Manual de protocolos de los equipos ERIE especializados en intervención psicosocial*, 195-231

Dubé, J. É. (2008). Evaluación del acuerdo interjueces en investigación clínica. Breve introducción a la confiabilidad interjueces. *Revista argentina de clínica psicológica*, 17(1), 75-80.

Domínguez, S. A. (2016). Validez de contenido usando la V de Aiken con intervalos de confianza: aportes a Rodríguez et al. *Arch. argent. pediatr*, e221-e222.

Salazar, I., Caballo, V., González, D. (2007). La intervención psicológica cognitivo-conductual en las crisis asociadas a desastres: una revisión teórica. *Psicología Conductual*, 15(3), 389-405.

SAMUR - Protección Civil (2017) *Procedimientos operativos: Incidentes con Múltiples Víctimas y Triage*



## ANEXO 1 - Tabla comparativa

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS 1	Bibliografía	Consejo de Psicología 2	Protección Civil 3	Médicos del mundo 4	Cruz Roja 5	UME 6	Accidentes aéreos 7	UNICEF 8
Reclutamiento psicólogos/personal	<p>- Para el desempeño profesional de psicólogos en organismos gestores de emergencia, no se requiere estar en posesión de ninguna titulación específica en emergencias, únicamente con la licenciatura o grado en psicología. Aquellos que trabajen en organismos pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, deben ser Especialistas en Psicología Clínica</p> <p>- Ante un desastre, muchos profesionales formados y cualificados se prestan voluntarios para atender a las víctimas. Es importante una correcta gestión de la ayuda para optimizar la atención.</p>	<p>- Profesional de la Psicología de Emergencias, con formación y capacitación específicamente para ello.</p> <p>- Sería conveniente establecer un sistema de selección/ filtraje para asegurar que los/as profesionales de la Psicología que van a realizar las tareas en situaciones de emergencia cuenten con ciertas competencias.</p> <p>- Este operativo puede estar integrado en dispositivos públicos y/o privados (Protección Civil, Centro de Emergencias 112, Ayuntamientos, Comunidades Autónomas (CCAA), Diputaciones, Departamento de Salud, empresas, entre otros).</p>	<p>- Provisión del personal mediante recursos propios y convenios de intervención, o solicitud de otros recursos</p> <p>- Considerar la activación de recursos psicosociales dependiendo del tipo y consecuencias del incidente o emergencia, y número de afectados.</p> <p>- Para el cálculo del total de afectados, se pueden utilizar las estimaciones generales de Cruz Roja: una media de 2 afectados Indirectos por cada afectado directo (herido, ileso, fallecido o desaparecido)</p> <p>- En cuanto a la estimación de efectivos, es conveniente tener en cuenta que dadas las características de alto impacto emocional que puede conllevar la situación, no es aconsejable que los profesionales psicosociales trabajen más de 6 horas por turno.</p> <p>- Dos criterios (número total de personas afectadas y variables de vulnerabilidad) serán los parámetros que se utilizarán para el cálculo de efectivos necesarios, y contribuyen también a estimar el nivel de dificultad de la tarea; entendiéndose que a mayor número de variables relativas a la vulnerabilidad psicológica, social y ambiental, involucradas en una</p>	<p>La intervención en salud mental y psicosocial se realizará de forma concertada con actores internacionales y locales.</p> <p>Para la implementación de la Primera Ayuda Psicológica se formará a los equipos de Atención Primaria y a los equipos de respuesta y ayuda humanitaria. Se intentará en este ámbito fomentar las relaciones de colaboración con sistemas de sanadores tradicionales. Para llevar a cabo estas intervenciones no se precisan profesionales especializados en Salud Mental. Estos supervisarán a equipos unidades básicas de salud y equipos de respuesta y ayuda humanitaria capacitados en estas habilidades.</p> <p><b>Recursos Humanos</b> El equipo de Salud Mental y apoyo psicosocial para dar atención a 1 campo de personas damnificadas durante la fase de emergencia (1 mes) + continuación en post-emergencia 6 meses más para dar cobertura a un total aproximado de 30.000 personas estará formado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal de Psiquiatría (1)</li> <li>- Personal de Psicología (1)</li> <li>- Personal de enfermería especializado en psiquiatría (2)</li> <li>- Trabajador/a social (2)</li> </ul> <p> Junto a las intervenciones específicas del equipo,</p>	<p>La composición de un Equipo Multidisciplinar que abarca los aspectos sanitarios, psicológicos y sociales permite analizar las necesidades de las víctimas, proponer un modelo de trabajo interdisciplinar y facilitar el asesoramiento en la toma de decisiones al jefe de Equipo. No obstante, hay que destacar que la mayoría de las víctimas necesitarán apoyo psicosocial que alivie el sufrimiento en los momentos de crisis. En estos dispositivos es importante integrar al <b>Socorrista de Acompañamiento</b> que realizará un acompañamiento individualizado a los afectados siendo la persona de referencia y de ayuda para atender sus necesidades. Además de estos perfiles, la intervención requiere para el manejo de ciertas situaciones disponer otras capacidades que proporcionan otros Equipos ERIE así como otras herramientas de respuesta de Cruz Roja. Algunos ejemplos serían: la mediación sociocultural, los traductores, las actividades de dinamización de ocio y tiempo libre para la infancia y adultos, la logística en emergencias, etc.</p> <p><b>Jefe de Equipo:</b> En cuanto a la gestión de recursos humanos, será el coordinador de todos los voluntarios que están trabajando en este dispositivo, estableciendo los turnos de descanso,</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podrán estar en el Centro de Recepción de Familiares y Amigos los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Familiares/amigos</li> <li>- Personal médico</li> <li>- Personal de soporte de la Aerolínea</li> <li>- Seguridad</li> <li>- Equipo de apoyo y personal de Atención a Familiares</li> <li>- Personal de la Autoridad Aeroportuaria</li> <li>- Cruz Roja/Media Luna u organizaciones de salud mental</li> <li>- Representación religiosa</li> </ul> </li> </ul>	



		<p>emergencia, mayor dificultad estimada en la Intervención Psicosocial.</p> <p>- Asimismo, habrá que tener en cuenta que en los dos o tres primeros días siguientes a la ocurrencia de la emergencia masiva, suele haber mayor demanda de efectivos y que en los días posteriores probablemente disminuirá, por lo que se requiere un continuo ajuste a las necesidades psicosociales generadas por la evolución de la emergencia.</p> <p>Los recursos psicosociales podrán proceder de:</p> <p>Servicios psicosociales de Ayuntamientos</p> <p>Servicios de Salud Mental de Ayuntamientos Efectivos derivados de convenios de Ayuntamientos con organizaciones de voluntarios</p> <p>Consortios y Mancomunidades de recursos psicosociales de la zona afectada</p> <p>Servicios psicosociales de la Comunidad Autónoma.</p> <p>Servicios de Salud Mental de la Comunidad Autónoma Efectivos derivados de convenios de la Comunidad Autónoma con organizaciones de voluntarios (Colegios de Psicólogos, Colegios de Trabajadores Sociales, Cruz Roja ERIES de Intervención Psicosocial, etc.)</p> <p>Equipo de Psicología de Catástrofes de la DGPCyE</p> <p>Equipo de Psicología de la Unidad Militar de Emergencia</p> <p>Efectivos derivados de convenios estatales con</p>	<p>llevarán a cabo acciones de monitorización del impacto de emergencias humanitarias y refuerzo y capacitación de equipos de intervención local.</p> <p><b>Organización del equipo de salud mental y apoyo psicosocial</b></p> <p>Es necesaria la elaboración de un proyecto de intervención, con una planificación estratégica y una coordinación multidisciplinar entre los diferentes profesionales sanitarios y no sanitarios que forman parte del equipo.</p> <p>La capacidad de respuesta de los equipos humanitarios para reducir las consecuencias psicológicas de la catástrofe o el conflicto se focalizará fundamentalmente en aplicar los programas de Primera Ayuda Psicológica: Se utilizará el manual elaborado por OMS</p>	<p>delegando tareas, supervisando la actividad, etc.</p> <p><b>Socorrista de Acompañamiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección y Análisis de las necesidades básicas de los afectados.</li> <li>• Presta los Primeros Auxilios Psicológicos y Apoyo Humano.</li> <li>• Proporciona Respuestas a necesidades básicas de las víctimas, familiares y allegados.</li> <li>• Solicitar apoyo y respaldo al jefe de equipo cuando sienta, que dadas las condiciones de trabajo y la alta tensión emocional su respuesta ya no es eficaz.</li> <li>• Detección de aquellos casos que requieran una respuesta especializada, comunicando esta información al Jefe de Equipo.</li> </ul> <p>Psicólogo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración de las necesidades psicológicas de los afectados.</li> <li>• Asesoramiento técnico en aspectos relacionados con el sufrimiento psicológico de los familiares (información medios de comunicación, reconocimiento cadáveres, espacios que preserven la intimidad...).</li> <li>• Recogida de los comportamientos de los afectados, detectando la existencia de los casos que requieran una atención especializada.</li> <li>• Evaluación y Detección de grupos de riesgo en cuanto a problemas psicológicos.</li> <li>• Proporciona respuestas especializadas, si así se valorara como necesario, en materia de apoyo psicológico.</li> <li>• Orienta a los socorristas en su relación directa con las víctimas.</li> <li>• Apoyo psicológico a los intervinientes (antes, durante y después de la emergencia).</li> <li>• Informa y asesora al Jefe de equipo de las necesidades de atención a los intervinientes</li> </ul>			
--	--	---	---	--	--	--	--



		<p>organizaciones de voluntarios (Colegios de Psicólogos, Colegios de Trabajadores Sociales, Cruz Roja, etc.) Otras instituciones psicosociales de voluntarios de emergencias y catástrofes</p> <p>Las tareas propias de la coordinación del dispositivo serán las siguientes:</p> <p>Análisis de la situación: Recogida de Información, estimación de Recursos Humanos (RRHH) y materiales [...]</p> <p>Las tareas propias de la coordinación del dispositivo serán las siguientes: Definir los objetivos concretos de intervención Creación de equipos multidisciplinares según escenarios. Distribución de tareas entre los distintos efectivos psicosociales y recursos Elaboración de directorio de actuantes con información de nombre y apellidos, turnos, teléfono de contacto y escenario asignado. Detección de nuevas necesidades, elaboración de objetivos, evaluación de los mismos y redistribución de tareas, de forma periódica y continuada</p> <p>El Coordinador Psicosocial podrá constituir un Grupo de Apoyo integrado por un responsable de cada uno de los Servicios desplazados a los distintos escenarios:</p> <p>1. Servicio de Recepción de Afectados y Gestión de la</p>	<p>(Turnos de descanso, espacios de “libres de tensión”, tareas que podrían provocar graves secuelas como por ejemplo recogida y lavado de cadáver, traslado de féretros...).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivación a la Red de Salud Mental de la zona para aquellos casos donde sea necesario.</li> <li>• Seguimiento de los afectados.</li> <li>• Facilitar el soporte técnico para el informe final.</li> </ul> <p><b>Trabajador Social</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizará las valoraciones sociales relativas a la zona, y a las familias.</li> <li>• Detección de las necesidades sociales y elaboración de un plan de actuación.</li> <li>• Tramitar y gestionar los recursos materiales, institucionales y económicos dando respuestas a las necesidades sociales que los familiares y los intervinientes pueden tener en el momento de la emergencia.</li> <li>• Asesorar a los socorristas en la solución de respuestas sociales básicas que demanden los familiares.</li> <li>• Derivaciones a Programas Sociales.</li> <li>• Enlace con los Servicios Sociales de la zona y/o zona de origen.</li> <li>• Informará de los aspectos legales.</li> <li>• Facilitar el soporte técnico para el informe final.</li> <li>• Elaboración y Asesoramiento técnico en el establecimiento de los censos.</li> <li>• Favorecer la Reagrupación Familiar.</li> <li>• Establecimiento de Programas de Búsqueda.</li> <li>• Elaboración de programas de Animación Sociocultural.</li> </ul> <p><b>Facultativo: Médico/DUE</b></p>			
--	--	--	---	--	--	--



			<p>Información</p> <p>2. Servicio de Intervención Estratégica</p> <p>3. Servicio de Atención Psicosocial a Afectados</p> <p>4. Servicio de Atención a Intervinientes</p> <p>5. Servicio de Seguimiento</p> <p>Podrá asimismo formar parte del Grupo de Apoyo un representante de cada uno de los grupos de efectivos participantes en la emergencia (Cruz Roja, Colegio de Psicólogos, etc.), que puede ser, a su vez, responsable de alguno de los cinco servicios anteriores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorará las necesidades médicas que se deriven de la situación de crisis y que afecten a los familiares, allegados e intervinientes.</li> <li>• Asesoramiento técnico en aspectos sanitarios al Jefe de Equipo.</li> <li>• Elaboración de historiales clínicos.</li> <li>• Detección de grupos de riesgo en cuanto a problemas sanitarios.</li> <li>• Elaboración de planes de cuidados adaptados a las necesidades individuales.</li> <li>• Orientación a los intervinientes en temas sanitarios, con especial atención a la autoprotección.</li> <li>• Respuestas especializadas en materia sanitaria.</li> <li>• Control y seguimiento farmacológico.</li> <li>• Detección de las necesidades de evacuación.</li> <li>• Coordinación con los recursos sanitarios de la zona.</li> <li>• Derivación a Centros Sanitarios.</li> <li>• Mantenimiento reposición del material específico sanitario antes y después de cada una de las actuaciones.</li> <li>• Facilitar el soporte técnico para el informe final</li> </ul> <p>Se establece este mínimo porque la labor del Jefe de Equipo será la de coordinar y valorar el correcto funcionamiento del dispositivo y el estado de los propios intervinientes, pero no la intervención directa. Y aunque sean intervenciones con pocos afectados, pueden darse varias situaciones simultáneas en las que intervenir (Ej. Intervención con adultos y menores). Aunque si no se valorase la necesidad siempre podría quedarse uno de los socorristas fuera del lugar de intervención hasta que se valore la presencia de esta necesidad.</p>			
--	--	--	---	--	--	--	--



				<p>Añadiendo un socorrista por hasta 5 personas más afectadas, en el siguiente escalón. Pero llega un momento en el que no se puede mantener la proporción de 1 socorrista por cada 5 personas, puesto que, como comentábamos en el párrafo anterior, sería contraproducente para la intervención la presencia de demasiados intervinientes. Por lo que un cálculo aproximado sería el presentado en la tabla 1. Siempre teniendo en cuenta que estos números son orientativos, y siempre los equipos deberán adaptarse a la situación. De modo que si, por ejemplo, dentro de estas intervenciones se dan varias situaciones conflictivas, puede ser necesaria la demanda de más socorristas de acompañamiento.</p> <p>En la cadena del damnificado, el primer recurso disponible será el Centro de Atención al Ciudadano (CAC). En este recurso será necesario un amplio número de intervinientes, puesto que deberán coordinarse varias zonas, para hacer una primera acogida de calidad.</p> <p>El <b>área de descanso</b> se irá dividiendo por zonas que serán asignadas a cada núcleo de afectados y a su vez a un socorrista, que se encargará de atender a esos núcleos.</p> <p>El número de socorristas necesarios para atender a los afectados, irá aumentando obviamente en función del número de estos últimos, pero siempre se tratará de que cada socorrista atienda a un máximo de tres núcleos familiares, siempre que el número de afectados sea menor de 500, aumentando este ratio a un máximo de 4.</p> <p>Puesto que los turnos podrán ser</p>			
--	--	--	--	--	--	--	--



					<p>de hasta 12 horas, las intervenciones con cada núcleo podrán durar una hora, y se visitarán en unas tres ocasiones si están las 12 horas.</p> <p>A la hora de calcular el número de psicólogos que podrán ser necesarios en este tipo de intervenciones se toma en cuenta uno de los que se ha demostrado como uno de los factores de vulnerabilidad más importantes, el hecho de haber padecido patología previa, especialmente si ha sido reciente.</p> <p>Aproximadamente un 8% de la población española va a presentar un trastorno en los últimos 12 meses (Haro y col., 2006).</p> <p>La atención especializada de psicólogos, irá dirigida especialmente a este porcentaje de personas que pueden ser más vulnerables a padecer patología tras vivir una catástrofe (a cual será una de las preguntas incorporadas en el pretriaje psicológico que se llevará a cabo a través de la filiación), además de aquellos casos en los que se detecte una sintomatología llamativa (por ejemplo, crisis de ansiedad). Proponiendo que cada psicólogo pueda atender hasta 10 posibles casos, a partir de ahí podremos calcular el número de psicólogos necesarios, con una simple fórmula.</p> <p>Número de psicólogos = <math>(0,08 * (\text{número de afectado})) / 10</math></p> <p>A la hora de calcular el número de trabajadores sociales necesarios en este tipo de intervenciones, se valora que ellos atenderán, aquellos afectados que sean calificados como de riesgo social (menores no acompañadas, embarazadas, personas mayores, inmigrantes, grupo familiar no presente, poca red social, bajos recursos</p>		
--	--	--	--	--	--	--	--



					<p>materiales, pérdida de vivienda). Se prevé la presencia de un trabajador social por cada 200 personas.</p> <p>Los recursos humanos y materiales deberán estar disponibles para su envío al terreno en un plazo máximo de tres horas</p> <p>En ocasiones será necesaria la integración en dispositivos en colaboración con los recursos aportados por otras entidades, como pueden ser los colegios oficiales de psicólogos y/o de trabajadores sociales.</p>		
<p>Información al personal sobre el suceso</p>	<p>- En el operativo habrá un coordinador/a del equipo de intervención psicológica inmediata, que tendrá que ser el enlace y, en cierto modo, el “líder” o responsable con otros trabajadores de la emergencia y gestores.</p> <p>- Realizar las tareas que tiene asumidas el grupo (especificar tareas, establecer y priorizar objetivos, supervisar el desarrollo de las tareas, etc.)</p> <p>- Obtener la información necesaria del incidente crítico, que permita establecer una conciencia situacional para realizar un análisis de la situación (¿qué ha sucedido?), una comprensión de la situación (¿qué está sucediendo?) y una proyección de la situación (¿qué podría suceder?), y así establecer una adecuada toma de decisiones en cuanto a la intervención más adecuada.</p>	<p>Las tareas propias de la coordinación del dispositivo serán las siguientes: Establecimiento de la gestión de la información: recogida, validación y seguimiento de la información</p> <p>Informar sobre los listados oficiales de heridos y fallecidos, siempre que la Dirección de la Emergencia asigne al dispositivo psicosocial esta tarea [...]</p>	<p>La recogida de datos psicosociales se debe llevar a cabo de una forma coordinada con el resto de los sectores así como de una manera participativa con todos los actores implicados en el sector psicosocial.</p> <p>Se llevará a cabo en primer lugar una identificación rápida para conocer de una forma preliminar el alcance del desastre y detectar las necesidades más acuciantes en el ámbito psicosocial.</p> <p>Se realizará una descripción de la situación existente como consecuencia de la crisis y de los recursos existentes. Se utilizará como herramienta la completa y actualizada guía de diagnóstico en Salud Mental y Psicosocial elaborada por OMS</p> <p>El análisis de situación permitirá elaborar una estrategia de intervención en la zona de catástrofe o conflicto</p> <p>· Se realizarán intervenciones de apoyo psicosocial con la población damnificada o afectada por conflictos, a</p>	<p>Además de organizar el dispositivo en cuanto al número de intervinientes, será necesario que todos ellos estén trabajando de forma coordinada y que haya un control del desarrollo adecuado de la intervención, sobre todo cuando el número de afectados es elevado. Por ello en cada intervención se creará una célula de control que tendrá las siguientes funciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualizar la información del desarrollo de la intervención, a través del contacto con los Jefes de Equipo de cada zona/sector del dispositivo.</li> <li>• Asignación de los núcleos familiares a los distintos socorristas de acompañamiento que colaboran en el dispositivo.</li> <li>• Llevar un control sobre los núcleos de familiares y allegados así como la evolución de la intervención con los citados núcleos.</li> <li>• Recibir las solicitudes de valoración por parte de los Socorristas de acompañamiento.</li> <li>• Agendar las solicitudes de valoración para el equipo multidisciplinar para la realización de las mismas,</li> </ul>	<p>Briefing para supervivientes: Antes de realizar un briefing a supervivientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preséntate a la persona responsable del Centro de Supervivientes, y presenta a cualquier otro miembro del personal como tu sustituto cuando no estés en la sala.</li> <li>• Los primeros briefings deberían incluir información sobre los aseos, teléfonos, alimentos y refrescos, etc. del Centro de Supervivientes.</li> <li>• Cita siempre la fuente de información.</li> <li>• Por ejemplo: ‘Esta información fue emitida por la Autoridad Aeroportuaria, Departamento de bomberos, Policía, AEA, etc.’</li> <li>• Nunca ocultes información a los supervivientes. Diles siempre la verdad</li> <li>• No comentes o especules sobre las causas del accidente. La información sobre el accidente debería incluir:</li> <li>• Comunicados de prensa /declaraciones públicas de la aerolínea.</li> <li>• Información del lugar del accidente, por ejemplo: Estado de los Bomberos, de Operaciones de</li> </ul>		



			<p>través de actores locales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Se actuará proporcionando apoyo a la red local de salud mental de las zonas afectadas por crisis humanitarias en su tarea de dar respuesta a las necesidades psicológicas y psiquiátricas de la población.</li> <li>· Se prestará especial atención a las poblaciones desplazadas o refugiadas como consecuencia de la crisis humanitaria.</li> </ul> <p>La intervención en salud mental y psicosocial se llevará a cabo siguiendo las guías y estándares de consenso internacional lo que garantizará intervenciones con buenas prácticas. Guía IASC y Proyecto Esfera.</p> <p>La capacidad de respuesta de los equipos humanitarios para mitigar el impacto psicosocial de la catástrofe o el conflicto estará centrada en intervención mejorará el bienestar psicosocial de la población afectada. Para esto se llevarán a cabo las siguientes intervenciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Restablecimiento de las redes sociales de apoyo comunitario</li> <li>2. Fortalecimiento de las estructuras locales de apoyo psicosocial</li> </ol> <p>Metodológicamente se facilitará el proceso de aplicación de la guía IASC entre los actores locales. Para llevar a cabo las intervenciones descritas se precisa disponer de equipos de salud mental y apoyo psicosocial humanitarios capacitados en intervenciones en este tipo de contextos.</p>	<p>anotando el horario de las citas con cada uno de los profesionales así como el nombre de la persona a atender y su localización dentro del dispositivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestionar las derivaciones a otros recursos especializados.</li> </ul> <p>Estas células de control disponen de medios de comunicaciones al menos para la implementación de una malla de radio en VHF y de telefonía móvil.</p> <p>En cuanto a medios personales su composición básica es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un supervisor.</li> <li>• Un operador de comunicaciones.</li> </ul> <p>Los operadores de comunicaciones van creciendo en número en base al número de personas objeto de atención. Por ello se crean tres escenarios en función del número de afectados.</p> <p>Procedimiento de actuación del Servicio de Recepción de afectados y Gestión de la Información *</p>	<p>Rescate o de otras actividades del lugar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitales que están siendo usados, si es posible.</li> </ul> <p>La información durante el proceso debería incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explica del proceso de recopilación de datos de sus familiares/amigos: Se distribuirán Formularios de Información de Pasajeros. o Ayudar a los Supervivientes a cumplimentar el Formulario de Información del Pasajero (la dirección y el número de teléfono de los pasajeros podrían ser usados por la aerolínea para hacer seguimiento de los pasajeros. Las Autoridades de Investigación podrían solicitar esta información para entrevistar a pasajeros en calidad de testigos). o Explica cómo les ayudaremos a localizar/reunirlos con otros pasajeros y familiares o Explica cómo les ayudaremos con los alojamientos hoteleros, transportes, llamadas de teléfonos, y cuidando sus objetos personales así como su equipaje de mano. o Infórmale de que todos los formularios serán manejados de forma confidencial. o Explicales como les ayudaremos con la recompra de vuelos de reubicación</li> </ul>		
Contacto y encuentro	Filiación: Control entradas-salidas		Las tareas propias de la coordinación del dispositivo	Control en el área de administración y coordinación:			



	<p>Teléfonos de contacto Numeración de salas Cuadernillos de filiación Informes prefijados para rellenar Escalas</p>		<p>serán las siguientes: Elaboración de directorio de afectados directos con información de nombre, apellidos y teléfono de contacto del afectado directo y/o de sus familiares.</p>		<ul style="list-style-type: none"><li>- La zona de trabajo o zona de administración es dónde se elaborarán los listados de víctimas y desaparecidos.</li><li>- Habrá que presentar solicitudes de derivación a la UME a razón de 500 personas cada 8 horas. Estas personas serán derivadas a hoteles, albergues o campamentos (ADAM, CDAM), o domicilios de allegados. Se irá registrando en la base de datos dónde son derivados.</li><li>- El área de comunicaciones dispone de la logística necesaria para mantener contacto con la estructura de mando de la UME, y la malla de comunicaciones interna en el CAC.</li><li>- Todos los jefes de Equipo estarán conectados mediante walkie-talkies, de modo que se podrá solicitar la ayuda de los SA de otra zona, donde hagan falta.</li></ul> <p>Ficha General de Filiación * Ficha de Asistencia *</p> <p><b>Sistema de filiación AGESDAM</b> La Aplicación de Gestión de Damnificados (AGESDAM), como indica su nombre es una aplicación informática que nos ayuda a gestionar la ubicación y necesidades de los damnificados. Tiene dos modalidades. La primera funciona sin conexión, y la segunda requiere de conexión a internet para su funcionamiento. En este protocolo se explican cada una de estas dos versiones con imágenes. Siempre que sea posible se utilizará el modo con conexión, porque esto nos permitirá que los puestos de filiación estén interconectados, facilitando el vuelco de información completa de la cadena de damnificados y la búsqueda de allegados.</p>			
--	--	--	--	--	---	--	--	--



<p>Seguridad y confort</p>	<p>Cubrir necesidades básicas: Facilitar seguridad, evaluar ambiente para futuras amenazas (zonificación, instalarse en zona verde, fuera de peligro) Reducir estímulos traumáticos, olores, cuerpos...</p>		<p>Las tareas propias de la coordinación del dispositivo serán las siguientes: Valoración de la adecuación de infraestructura destinada al dispositivo psicosocial: lugares de recepción de familiares; de descanso; de entrevistas personalizadas, zona de salida distinta a la de entrada. Determinación de circuito de entrada, estancia y salida.</p>	<p>Aunque hay que tener en cuenta que previo a una intervención específica de salud mental y psicosocial, tal y como establece la guía IASC se debe asegurar la provisión de servicios esenciales para satisfacer las necesidades básicas vitales de las personas afectas. Una vez aseguradas se puede proporcionar el apoyo psicosocial y la atención en salud mental a la población de una forma efectiva.</p>	<p><b>Organización de los Centros de atención al Ciudadano</b> Los Centros de Atención al Ciudadano (CAC) serán una de las primeras herramientas de ayuda pública que se pone a disposición de los ciudadanos que como norma general no precisan de una ayuda especializada en materia de salud. Su estructura de mando será determinada por la Unidad Militar de Emergencias. Sus funciones serán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Albergue/logística.</li> <li>• Filiación.</li> <li>• Suministro de alimentos y bebidas.</li> <li>• Suministro de elementos de abrigo e higiene.</li> <li>• Intervención psicosocial.</li> <li>• Confeccionar listados de víctimas y desaparecidos, remitiéndolos periódicamente a la "oficina ante mortem", de acuerdo con lo establecido en el artículo 26.2.c del Protocolo Nacional de Actuación Médico-Forense y de Policía Científica en Sucesos con Víctimas Múltiples.</li> </ul> <p>Las instalaciones tendrán las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El lugar será determinado por la UME.</li> <li>• Capacidad y elementos para hasta 2.000 personas</li> <li>• Hasta 18.000 m2 (9 m2 por persona incluyendo zonas comunes)</li> <li>• Un punto de agua y un servicio por cada 20 personas</li> <li>• Un perímetro vigilado e iluminado y con un único acceso.</li> <li>• Zonas de aparcamiento para vehículos y autobuses.</li> </ul> <p>Un miembro de la Cruz Roja llevará un contador para ir contabilizando el número de afectados que se incorporan en el CAC, a la vez que les indica que</p>	<p>En caso de accidente aéreo se crean varios centros de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– El Centro de Recepción de Supervivientes (CRS): Esta zona es un área designada para aquellos pasajeros que han resultado ilesos. Se prevé que éstos pasajeros se encuentren en una situación de shock y aunque no tienen lesiones físicas, el trauma asociado con lo vivido en este tipo de accidentes puede ser muy fuerte. Es importante que un Representante de la Compañía se reúna con todos y cada uno de los pasajeros para ofrecer ayuda y obtener información específica de los hechos.</li> <li>– El Centro de Recepción de Familiares (CRF): Este centro de recepción es conocido también como Centro de Recepción de Acogida. En muchos casos, los pasajeros tienen familiares o amigos que puedan recogerlos en el aeropuerto. Se deberá tener en cuenta que las emociones expuestas por los familiares amigos serán de gran magnitud. Por lo tanto, cualquier zona designada para este encuentro deberá hallarse lejos de la opinión pública y los medios de comunicación.</li> <li>– El Centro de Reunificación: Los pasajeros que hayan resultado ilesos serán trasladados por el personal de emergencia a un lugar determinado y asignado del aeropuerto para poder reunirse con sus familiares y amigos.</li> </ul>	
----------------------------	---	--	---	--	---	---	--



					<p>vayan pasando de forma ordenada y que esperen en la sala de espera donde habrá otros compañeros para atenderles. De este modo, obtendremos un conteo general del número de personas que acuden al CAC. El encargado de este conteo dispondrá de un walkie-talkie con el que cada hora pasará el conteo al responsable de recoger los recuentos centro de control del CAC, y comunicará cualquier problema.</p> <p>1. Área de filiación Es la primera área / espacio que se ofrece al afectado/damnificado y adonde se puede dirigir para solicitar ayuda o información de la situación de emergencia que se ha producido / se está produciendo. Se divide en cuatro zonas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sala de espera</li><li>• Zona de acogida e información</li><li>• Zona de filiación</li><li>• Zona de Registro</li></ul> <p>Sala de espera:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Estará situada a la entrada del CAC, siendo el lugar donde los afectados recibirán la primera acogida.</li><li>• Será una sala en la que podrán refugiarse y dispondrán de bancos para sentarse.</li><li>• En esta área pueden recibir bebidas frías o calientes, y un primer elemento de abrigo si fuera preciso (mantas).</li></ul> <p>Zona de información:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Esta zona dispone de un mostrador de al menos 4 metros corridos.</li><li>• Podrán obtener información de lo que ha ocurrido y conocer una evolución previsible de la situación.</li><li>• Se les facilitará un impreso de filiación y un bolígrafo para que</li></ul>		
--	--	--	--	--	--	--	--



				<p> puedan registrar sus datos personales y situación general</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aquellas personas que acudan en mal estado físico o psicológico, pasarán directamente a la zona de descanso, en donde igualmente se les facilitará un impreso de filiación.</li></ul> <p>Zona de filiación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Será una sala en la que los afectados podrán autofiliarse acomodándose en las mesas y sillas disponibles para facilitarles la tarea.</li><li>• La sala dispondrá de al menos 12 mesas con 4 sillas cada una. Para garantizar un flujo dinámico es necesario que se filien aproximadamente 250 personas/hora (tomando en cuenta que cumplimentar el formulario le llevará a cada persona aproximadamente 10 minutos).</li><li>• Los datos básicos a registrar serán, nombre, apellidos, edad, municipio y domicilio de residencia, día y hora de ingreso en el CAC.</li><li>• Aquellas personas que no estén en condiciones de poder llevar a cabo esta tarea, serán apoyadas para su realización.</li></ul> <p>Zona de registro:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En la zona de registro se recogen los impresos y se entrega las tarjetas de registro y de distribución de ayudas.</li><li>• La zona dispondrá de un mostrador corrido y al menos dos ordenadores para las tareas de recogida de datos. Puesto que, tanto la identidad de las personas que acuden al CAC como el resto de datos recogidos en el formulario, se irán incorporando a una base de datos proporcionada por la Unidad Militar de Emergencias, que</li></ul>			
--	--	--	--	--	--	--	--



				<p>cumplirá con los requisitos que la legislación de protección de datos tiene establecidos. Siempre que sea posible estos datos se contrastarán con documentos oficiales de identidad (NIF, NIE, Permiso conducir).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Este registro tiene como función y prioridad identificar a las personas para su seguimiento en la cadena de ayuda y facilitar la reagrupación de las unidades familiares cuando sea necesario.</li></ul> <p>2. Área de distribuciones Es el área / espacio donde el afectado va a recibir una primera ayuda en especie tanto en materia de alimentación como de abrigo e higiene.</p> <p>3. Área de descanso / Área de intervención Psicosocial</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• No dispone de camas (colchonetas a lo sumo). La superficie mínima necesaria para 500 personas a razón de 4 m2 por persona sería de 2.000 m2</li><li>• En esta área se tendrá una especial atención a los colectivos de mayor vulnerabilidad mujeres, niños y lactantes, ancianos, y dependientes.</li><li>• Es el área/espacio donde el afectado puede recibir apoyo emocional o ayuda especializada, en función de sus necesidades personales, que manifieste por la situación vivida o por sus antecedentes de salud mental.<ul style="list-style-type: none"><li>– En relación al apoyo emocional este se prestará preferentemente en la propia zona de descanso.</li><li>– En relación a la ayuda especializada se habilitará una zona en donde esta se pueda prestar de manera individualizada y grupal.</li></ul></li></ul> <p>4. Área de administración y coordinación</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Es el lugar donde el responsable</li></ul>			
--	--	--	--	---	--	--	--



				<p>de la gestión del CAC y su equipo de trabajo realizan las tareas de coordinación.</p> <p>5. Área de transporte</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Área necesaria para el traslado de afectados que por tener problemas de salud precisen ser derivados a un dispositivo establecido por la cadena sanitaria o que por estar en una situación de especial vulnerabilidad necesitan contar con transporte adecuado con motivo de su derivación.</li></ul> <p>4. Zona de seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El área de trabajo, será determinada por Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Ha de garantizar la seguridad del colectivo de afectados que acuden al CAC así como del conjunto de personas y medios que se ponen a disposición, se prestará por personal proveniente de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado / Comunidades Autónomas / Ayuntamientos, tal como determine la Unidad Militar de Emergencias.</li><li>• Tiene especial incidencia en relación a los turnos para la atención, los espacios utilizados para depósito de alimentos y ayudas en especie, las comunicaciones, el perímetro, las entradas y salidas etc.</li><li>• Área a determinar por Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.</li></ul> <p>Procedimiento de actuación del Servicio de Atención Psicosocial a afectados (supervivientes, familiares, allegados...)*</p> <p>Cruz Roja Española tiene un convenio con la Unidad Militar de Emergencias para la intervención en desastres, por el cual se compromete a realizar</p>		
--	--	--	--	---	--	--



					<p>las siguientes actuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar la constitución y el sostenimiento de dos Centros de Atención al Ciudadano (CAC). Los Centros de Atención al Ciudadano serán constituidos en el municipio e instalaciones que determine la Unidad Militar de Emergencias. Cada uno de ellos deberá tener unas características suficientes como para acoger hasta un máximo de 2.000 personas, para lo que se estima necesario disponer de al menos nueve metros cuadrados (esta previsión incluye los espacios necesarios de uso común) por persona. (En total 18.000 m2 como máximo). Los recursos humanos y materiales estarán dispuestos para ser proyectados hacia el lugar en un tiempo no superior a las cuatro horas, desde el momento en que su activación sea solicitada por la Unidad Militar de Emergencias. Una vez definida la instalación donde va a realizarse el citado despliegue, no se superará las tres horas, una vez que se hayan incorporado a la misma los recursos humanos y materiales de la Cruz Roja. Debe haber un punto de agua y un servicio por cada 20 personas, así como un perímetro vigilado e iluminado con un único acceso, y zonas de aparcamiento para vehículos y autobuses.</li> </ul>		
Triage	<p>Priorizar víctimas desbordadas o desorientadas Identificar personas vulnerables y de mayor riesgo Herramienta screening psicológico - Disaster-Related Psychological Screening Test (DRPST)</p>	<p>Intervención Psicológica inmediata se centrarán en primer lugar a víctimas que muestren signos de vulnerabilidad.</p>	<p>Vulnerabilidad Psicológica de los Afectados: Aspectos físicos y psicológicos que pueden incidir en una mayor necesidad de atención psicosocial (Premorbilidad psicológica-psiquiátrica y/o física, existencia de menores sin acompañantes, etc.). Vulnerabilidad Social de los Afectados: Aspectos relacionados con el soporte</p>	<p>Por otro lado, los recursos humanos, tendrán que tener una disponibilidad mínima para trasladarse al terreno en el ámbito nacional durante el período de dos días. Así mismo, se valorará la autonomía operativa de los Equipos ERIE, es decir, el grado de autosuficiencia en cuanto a equipamiento personalizado (alimentación, agua, combustible, alojamiento...) para trabajar</p>	<p>Sistema de Triage Psicológico DEFINICIÓN Con la finalidad de detectar aquellos casos de riesgo psicológico, se crea un sistema de triage, basado en el Sistema de Triage psicológico utilizado por la Cruz Roja Americana PsySTART (Psychological Simple Triage and Mental Treatment). RESPONSABLE Los</p>	<p>En un primer apoyo post emergencia o desastre será fundamental detectar a las personas que por sus conductas, por la situación o por antecedentes previos, están en mayor riesgo. Resulta fundamental en este momento tener claro que niños, niñas, adolescentes, personas de la tercera edad, madres solas con niños pequeños, personas con</p>	



			<p>social, cultural, económico de los afectados que pueden incidir en una mayor necesidad de atención psicosocial (falta de recursos para alojamiento, alimentación, etc., situación de aislamiento social por ausencia de familiares y/o soporte social, etc.).</p> <p>Vulnerabilidad Ambiental de la Emergencia: Aspectos relacionados con el incidente crítico que pueden incidir en una mayor necesidad de atención psicosocial: atentado terrorista en túneles, en el metro, en interiores de edificios, en zonas con difícil acceso, dificultades añadidas en el rescate, en la identificación de cadáveres, necesidad de albergue temporal, dispersión de escenarios de intervención, etc</p>		<p>durante el tiempo mínimo que se ha establecido de intervención.</p>	<p>responsables de velar por la aplicación de este procedimiento, serán los Socorristas de Acompañamiento (que aplicarán el sistema de triage para detectar los casos a derivar) y los psicólogos del servicio de atención especializada que serán los que asuman la responsabilidad de esos casos, su evaluación más exhaustiva y su derivación en caso de que fuese necesario.</p> <p><b>METODOLOGÍA</b> El Sistema de Triage Psicológico completo será utilizado en los Albergues y Campos de Damnificados (ADAM y CDAM). Consiste en una serie de preguntas, en formato checklist, correspondiente a factores de riesgo psicológico al vivenciar una catástrofe. Los distintos ítems están clasificados por colores, que indicarán grados de gravedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verde: No se han identificado factores de riesgo</li> <li>- Amarillo: Algunos factores a tener en cuenta durante la intervención.</li> <li>- Naranja: Derivar al servicio de atención psicológica especializada de los Equipos ERIE de Intervención Psicosocial para valorar su estado psicológico actual.</li> <li>- Rosa: Derivar al servicio de atención psicológica especializada de los Equipos ERIE de Intervención Psicosocial para valorar su estado psicológico actual con prioridad.</li> <li>- Rojo: Derivación inmediata al servicio de atención especializada.</li> </ul> <p>Este sistema de triage será impreso en formato de tarjeta, para que los propios intervinientes puedan llevarlos</p>		<p>alguna discapacidad y personas muy aisladas geográficamente, presentan vulnerabilidades particulares que se exacerbaban en estas situaciones y deben ser atendidas tomando en cuenta esto.</p>
--	--	--	--	--	--	---	--	---



						<p>consigo y, de este modo, puedan consultarlos en cualquier momento. Es una herramienta que también podría ser utilizada en el CAC, para detectar aquellos casos a derivar al servicio de atención especializada, pero la idea es que los damnificados pasen el menor tiempo posible en este dispositivo, por lo que será imposible abarcar el triage psicológico completo de todos los afectados. No obstante, los ítems clasificados como rosa, así como el ítem de discapacidades y necesidades especiales, serán incorporados al sistema de filiación de los CAC, como Sistema de Filiación Psicológica Inicial. La finalidad de este triage Inicial será tener localizados a aquellos afectados que pudiesen pertenecer a los grupos de riesgo más importantes cuando sean trasladados a los ADAM y CDAM.</p>	
Asistencia práctica	<p>Poder dar un paseo Climatización/mantas Facilitar comida (Catering) Detectar problemas físicos o agravamiento de enfermedades previas</p>	<p>La coordinación de la intervención tendrá en cuenta la protección de los/as <b>intervinientes</b> a través de: &gt; Rotaciones de los escenarios de trabajo. &gt; Establecimiento de periodos de descanso. &gt; Cubrir necesidades básicas (lugar de descanso, ropas secas, comida caliente,...).</p>	<p>Establecimiento de contacto con afectados, familiares y allegados. Evaluar sus necesidades psicológicas y sociales. Ofrecer la información disponible acerca de la emergencia y su evolución. Control de identificaciones, derivaciones, ubicaciones y situación de los afectados, tanto en el lugar de la emergencia como en los centros de acogida que se precisen (hospitales, polideportivos, hoteles, etc.) Detectar y potenciar recursos psicosociales eficaces para afrontar la situación. Acompañamiento a afectados, familiares y</p>	<p>1. Recursos materiales para intervención psicosocial a. Carpas o tiendas de campaña grandes para realizar actividades comunitarias (1 por campo de personas damnificadas) b. Versátil para llevar a cabo actividades culturales, educativas, formativas, recreativas, de culto, reuniones de comités, intervenciones de grupo. c. Equipamiento para las carpas versátil para las diferentes actividades. d. Materiales educativos para actividad escolar e. Materiales para actividades recreativas. f. Materiales para actividades deportivas.</p>	<p>A continuación se describirá la coordinación entre los Jefes de Equipo y la Célula de control en un Centro de Atención al Ciudadano (CAC), por ser un ejemplo muy claro de distribución por áreas. • Área de filiación: Que se dividiría en 4, sala de espera, zona de información, zona de filiación y zona de registro. • Área de distribución: que se dividiría en dos, área de alimentos y bebidas y área de distribución de elementos de abrigo e higiene. • Área de descanso. • Área de administración y coordinación. • Área de transporte. En cada una de estas áreas habría personas responsables del control y</p>	<p>Centro de Recepción de Supervivientes (CRS): • La duración de la estancia en el Centro de Recepción de Supervivientes será relativamente corta, entre 1 y 4 horas. • La zona en la que se vaya a reunir a los supervivientes lo decidirá la dirección del aeropuerto (si el accidente ha ocurrido allí). • Los voluntarios comprobarán que los baños que puedan utilizar los supervivientes estén provistos de jabón, toallas, productos de higiene infantil y femenina. Si hubiera alguna carencia lo reportarían al supervisor para que se solucionara. • Deberá haber teléfonos gratuitos con acceso internacional.</p>	



			<p>allegados en su traslado a domicilios, centros específicos, en recogida de objetos personales, reconocimiento de cadáveres, realización de trámites, etc. Mediación entre afectados y servicios de intervención. Organización y adaptación de infraestructuras determinadas para ubicación de afectados (capillas ardientes, centros de atención a familiares, etc.) Tareas de observación, investigación y análisis. Proporcionar información sobre recursos existentes y como llegar a ellos. Asegurar el seguimiento de las necesidades psicosociales en la fase siguiente.</p>	<p>g. Tienda de campaña utilizable como centro informativo versátil para entrevista individualizada 1. Recursos materiales para intervención de Salud Mental a. Vehículo tipo unidad móvil que contará con un módulo para consulta. b. Tienda montable para ser usadas como consulta. c. Equipamiento básico para consulta de salud mental. d. Set básico de medicamentos psicótrpos esenciales: Selección limitada de los psicótrpos esenciales recomendados por la OMS 1. Medicación antipsicótica: Clorpromazina, Haloperidol, Flufenazine 2. Medicación antidepresiva: Amitriptilina, Fluoxetina 3. Medicación ansiolítica Diazepam 4. Medicación para los trastornos Obsesivos compulsivos y ataques de pánico: Clorimipramina, 5. Estabilizadores del ánimo Carbonato de Litio, Acido Valproico, Carbamazepina 6. Antiepilépticos: Carbamacepina, Fenitoina, Acido valproico 7. Anticolinérgicos: Biperideno</p>	<p>coordinación del área, que se coordinarán con la célula de control.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los voluntarios deberán ofrecer de comidas y bebidas (no alcohólicas) gratuitas y en cantidad suficiente y reponer las provisiones con frecuencia.</li> <li>• La ropa de los supervivientes estará probablemente mojada de la espuma contra incendios, sucia de sudor y sangre y rota, por lo que habrá que proveerles de ropa en buenas condiciones.</li> <li>• Es posible que haya niños, por lo que será necesario mantenerlos distraídos con juguetes, cuentos, juegos... por lo que habría que intentar habilitar una zona para ellos. Asimismo, habrá que tener en cuenta la alimentación apropiada de los bebés.</li> <li>• Los supervivientes pueden sufrir desorientación por lo que necesitarán atención constante y precisarán información continua.</li> <li>• Es importante tener presente que los supervivientes recordarán toda su vida la forma en que fueron tratados en esos momentos. Mostrar preocupación, cariño y comprensión es de vital importancia.</li> <li>• El personal de la Compañía debe estar presente, visible y disponible, para ello se les proveerá de un chaleco identificativo.</li> <li>• El personal de la Compañía debe saber cuáles son las necesidades de tipo físico y práctico que tienen los supervivientes, tanto de forma inmediata como a medio plazo. Así como también debe conocer quiénes, entre los susceptibles de salir del Centro de Recepción de Supervivientes y cuándo y dónde serán transferidos.</li> <li>• El Coordinador del Equipo de Apoyo debe estar informado de todo lo que acontece para que pueda a su vez informar al</li> </ul>	
--	--	--	---	--	--	--	--



							Centro de Control de Crisis (CCC) y al Centro de Información Telefónica (CIT). • El proceso de recogida de la información en el CRS depende de cada aeropuerto. • Se deberá proveer a los supervivientes de atención médica básica y primeros auxilios por lo que los voluntarios estarán pendientes de cuando el personal sanitario les atiende.	
Redes de apoyo	Establecer comunicación con familia, amigos, comunidad Comunicaciones - Telefonía Dispositivo de atención a familiares				Procedimiento para el restablecimiento del contacto entre familiares *			
Información de afrontamiento	Folletos para detallar un plan de acción y metas a las víctimas, así como signos y síntomas normales tras un desastre, y los que se pueden considerar patológicos, indicativos de la necesidad de pedir ayuda profesional.							La psicoeducación cumple un rol fundamental como espacio para normalizar los síntomas. Se entenderá como psicoeducación a la creación de espacios para dar a conocer a la población afectada información sobre síntomas normales y patologías, las fases post desastre, la importancia de activar las redes y de retomar las rutinas, los recursos disponibles, etc. La base de la psicoeducación es otorgar información pertinente que ayude al regreso a los niveles de funcionamiento adaptativo. También estas son instancias para identificar y derivar a aquellos que necesiten atención especializada.
Vinculación con servicios colaborativos medio-largo plazo	Necesidad de ayuda o asistencia a medio-largo plazo Necesidad de hospitalización	Garantizar la continuidad asistencial, sanitaria y social, con un seguimiento activo por parte del dispositivo de intervención psicológica inmediata	Las tareas propias de la coordinación del dispositivo serán las siguientes: Planificar un dispositivo de seguimiento a través de los servicios sociales y sanitarios ordinarios de las	En fases posteriores, durante la postemergencia se llevará a cabo un diagnóstico de situación más detallado dirigido a conocer la situación basal de la atención en salud mental en el país, con el	Procedimiento de actuación del Servicio de Seguimiento Psicosocial * Recoger información de las necesidades psicosociales posteriores al desarrollo de la emergencia (medio Plazo).			



			Comunidades Autónomas afectadas, coordinando la participación de las distintas organizaciones ordinarias implicadas en las gestiones posteriores a la emergencia.	objetivo de llevar a cabo acciones a medio – largo plazo con enfoque de transición de la ayuda humanitaria hacia el desarrollo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar Información de Autoayuda.</li> <li>• Facilitar Información sobre recursos existentes y cómo llegar a ellos.</li> <li>• Identificar las instituciones que deben participar en la rehabilitación psicosocial y organizar reuniones de coordinación entre las distintas instituciones participantes.</li> <li>• Puesta en marcha de programas de rehabilitación psicosocial en función de las necesidades existentes</li> <li>• Evaluar el funcionamiento del servicio y la evolución psicosocial de los afectados, en función de los datos de las organizaciones participantes</li> <li>• Derivación a salud mental y/o a los programas de rehabilitación psicosocial.</li> </ul>		
Niños	Los niños deben tener acceso a papel, lápices, juguetes, títeres, libros infantiles y lugares seguros para jugar. Personal específico para custodiar y tratar con niños y adolescentes				<p>A pesar de que la variable “Número de personas afectadas” es la más determinante para establecer los diferentes niveles de dificultad, hay otra serie de factores que habría que analizar en cada una de las situaciones de intervención y que probablemente exigirían una modificación en los recursos necesarios en cada uno de los niveles de dificultad.</p> <p>- Edad de los afectados: la existencia de determinados grupos que pudieran requerir una atención más individualizada y que, además, se vieran afectados por un mayor impacto social (Ej.: niños, ancianos, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Protección debida a los menores no acompañados y a otras personas vulnerables. Casi todos los conflictos armados, desplazamientos de población, catástrofes naturales y otras situaciones de crisis, tienen como consecuencia la separación de</li> </ul>	Es posible que haya niños, por lo que será necesario mantenerlos distraídos con juguetes, cuentos, juegos... por lo que habría que intentar habilitar una zona para ellos. Asimismo, habrá que tener en cuenta la alimentación apropiada de los bebés.	Es importante señalar que el impacto que tenga una situación de este tipo en niños, niñas y adolescentes va a estar determinado por una serie de factores tales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad del niño o la niña</li> <li>• Recursos psicológicos con que cuente</li> <li>• Reacción que tengan los adultos más cercanos</li> <li>• Restitución de la normalidad</li> <li>• Magnitud del evento y los efectos al que se haya visto expuesto/a tanto el niño o niña como sus cuidadores</li> </ul> <p>Si bien hay un sinnúmero de variables que no es posible manejar para mitigar este impacto, el trabajar con los adultos que están a cargo o en contacto con los niños, niñas y adolescentes, tanto en las etapas previas a la situación de emergencia como durante la misma y en las fases posteriores, puede ayudar a mitigar o disminuir los efectos de las emergencias en la salud mental y calidad de vida</p>



				<p>niños de sus padres y familiares. Dada su vulnerabilidad, es fundamental identificar y registrar inmediatamente los datos de los niños o menores no acompañados, a fin de protegerlos y ayudarlos, supervisar el respeto de sus derechos, buscar a sus familiares y reunirlos de nuevo con ellos. Los principios básicos – derivados de la experiencia – deben guiar las decisiones y acciones en favor de los niños, siendo los más importantes las necesidades de preservar la unidad familiar, de tener en cuenta el interés superior del niño, y de confidencialidad y protección de sus datos personales. A los efectos de una mejor protección y búsqueda, el Movimiento puede llevar también registros de otras categorías de personas vulnerables que se encuentran solas y sin apoyo, separadas de sus familiares a causa de un conflicto o de una catástrofe natural. Se trata, por ejemplo, de los ancianos y los discapacitados, los heridos y los enfermos y las mujeres solas con niños de corta edad. El Movimiento da prioridad a las actividades de búsqueda en favor de esas personas con el fin de reunirlos de nuevo con sus familiares y asegurarse de que reciben un apoyo más estable.</p> <p>Registro de los datos de menores no acompañados y de personas vulnerables: En las actividades de protección y de búsqueda, el registro de los datos personales de menores no acompañados es esencial para: incluirlos en programas específicos de asistencia y protección; seguir de cerca su paradero y su situación (con familias de acogida, con su</p>		<p>de los niños, niñas y adolescentes. Las personas que desarrollan intervenciones en situaciones de emergencia deben conocer los posibles impactos específicos que tienen las emergencias en los niños, niñas y adolescentes, a fin de orientar a quienes están en contacto directo con ellos y ellas.</p> <p>Algunas respuestas esperables de los niños/niñas tras los desastres</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apegarse a los padres o cuidadores/as, ansiedad de separación</li> <li>▪ Miedo a los/as extraños/as</li> <li>▪ Dificultad para dormir o rehusarse a ir a la cama</li> <li>▪ Juego compulsivo y repetitivo que representa parte de la experiencia de desastre</li> <li>▪ Regreso a comportamientos anteriores, tales como mojar la cama o chuparse el dedo</li> <li>▪ Llorar y gritar</li> <li>▪ Retraimiento, no querer estar con otros niños, no querer ver objetos asociados con el desastre</li> <li>▪ Resentimiento, sospecha, irritabilidad</li> <li>▪ Dolores de cabeza, dolores de estómago, dolores vagos</li> <li>▪ Problemas en la escuela (o rehusarse a ir a la escuela) e inhabilidad para concentrarse</li> <li>▪ Sentimientos de vergüenza</li> </ul> <p><b>Impacto psicosocial de niños, niñas y adolescentes</b></p> <p>Objetivos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entregar a los participantes elementos teóricos respecto al impacto de los desastres de este tipo en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes.</li> <li>• Dar a conocer las formas en que pueden aparecer efectos de la emergencia o desastre en niños, niñas y adolescentes. Aclarar la diferencia entre éstos y el diagnóstico de estrés post traumático.</li> </ul>
--	--	--	--	--	--	--



					<p>propia familia, etc.); velar por su bienestar y seguridad y tomar las medidas oportunas; dar prioridad a su caso en las actividades de búsqueda; reunirlos con su familia o encontrar soluciones a largo plazo. En los documentos de registro debe haber siempre una fotografía, que puede ser de especial utilidad en el caso de niños de muy corta edad, con trastornos emocionales o incapaces de decir quiénes son. El nombre de los niños no debe figurar en su fotografía; la única información será el número de referencia de la tarjeta de registro correspondiente. Debe darse prioridad a las solicitudes relacionadas con los niños. Para incrementar las posibilidades de éxito, deben combinarse distintos métodos de búsqueda. Es fundamental cerciorarse de que las personas que declaran ser los padres de un niño lo son realmente, especialmente cuando hay pocas pruebas de identidad o cuando se ha identificado a un niño mediante una fotografía.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer la forma en que las conductas observadas evolucionan y tener elementos para hacer una derivación a instancias especializadas cuando corresponda. Indagar durante la exposición si existen, ellos conocen y están operativas estas instancias de derivación.</li> </ul> <p>Conceptos clave</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perspectiva de derechos en situaciones de desastre.</li> <li>• La mayoría de los síntomas que presentan los niños, niñas y adolescentes en situaciones de emergencia y desastre son reacciones normales frente a situaciones anormales.</li> <li>• Hay comportamientos y actitudes de parte de los adultos que facilitan la recuperación de los niños, niñas y adolescentes.</li> <li>• Detección de síntomas que se hacen crónicos y derivación oportuna en los casos que lo ameriten.</li> <li>• Dar a conocer qué conductas y actitudes favorecen una adecuada recuperación de los niños, niñas y adolescentes.</li> </ul>
Otro personal necesario		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intérpretes de diferentes idiomas</li> <li>- Intérpretes de lenguajes de signos</li> <li>- Interlocutores de referencia según el contexto religioso</li> </ul>	Las tareas propias de la coordinación del dispositivo serán las siguientes: Análisis de necesidades psicosociales concretas		<p>A pesar de que la variable “Número de personas afectadas” es la más determinante para establecer los diferentes niveles de dificultad, hay otra serie de factores que habría que analizar en cada una de las situaciones de intervención y que probablemente exigirían una modificación en los recursos necesarios en cada uno de los niveles de dificultad.</p> <p>Colectivos especiales: la existencia de personas dependientes, con minusvalías, etc., que pudieran requerir una atención especial en sus necesidades.</p>		



					También será necesaria la colaboración con los Equipos de Sensibilización en e Información en Emergencias (ESIE), cuya función dentro de la emergencia será la de crear módulos de ocio y tiempo libre dedicados a la infancia y a la población juvenil y adulta en áreas de albergue (ADAM Y CDAM).			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Muñoz, M., Ausín, B., Pérez-Santos, E. (2007). Primeros auxilios psicológicos: protocolo ACERCARSE. *Psicología Conductual*, 15(3), 479-505.
2. Consejo General de la Psicología en España (2023) *Guía de recomendaciones de buenas prácticas en intervención psicológica en emergencias*
3. Dirección General de Protección Civil y Emergencias (2012) *Guía técnica de planificación e intervención psicosocial en emergencias y catástrofes*
4. Dirección de Operaciones Internacionales. Grupo de Acción Humanitaria de Médicos del mundo (2013) *MANUAL DE POLÍTICA, PROCEDIMIENTOS Y ESTRATEGIA EN ACCIÓN HUMANITARIA DE MÉDICOS DEL MUNDO, ESPAÑA*
5. Cruz Roja Española (2015) *Manual de protocolos de los equipos ERIE especializados en intervención psicosocial* (pp. 1-120)
6. Cruz Roja Española (2015) *Manual de protocolos de los equipos ERIE especializados en intervención psicosocial* (pp. 121-186)
7. Cruz Roja Española (2015) *Manual de protocolos de los equipos ERIE especializados en intervención psicosocial* (pp. 195-232)
8. Arriagada, P., Valdebenito, L. (2011). Para reconstruir la vida de los niños y niñas: guía para apoyar intervenciones psicosociales en emergencias y desastres. In *Para reconstruir la vida de los niños y niñas: Guía para apoyar intervenciones psicosociales en emergencias y desastres* UNICEF



## ANEXO 2 - ENCUESTA A EXPERTOS

Le invito a que rellene el siguiente formulario:

### OPINIÓN DE EXPERTOS SOBRE PROTOCOLO DE DISPOSITIVO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA ANTE UN DESASTRE

Soy enfermera con Experto en urgencias y emergencias extrahospitalarias, cursando el Máster en Gestión de Desastres de la Universidad Complutense de Madrid.

Como proyecto para el trabajo fin de máster, he realizado una propuesta de protocolo de atención psicológica ante un desastre en territorio español, consultando, además de bibliografía relacionada, diferentes manuales y procedimientos de actuación de entidades que prestan este servicio.

Ya es indudable que el enfoque bio-psico-social en la atención integral a una persona afectada de cualquier dolencia es el más completo, aún más si se trata de un afectado de un desastre.

El objetivo de este trabajo es protocolizar la atención en un momento de caos, inmediatamente posterior al desastre, para que la atención psicológica a las víctimas cubra sus necesidades y les conecten o deriven a un seguimiento posterior si fuera necesario.

Debido a su trayectoria profesional en este campo y a la organización a la que pertenece, considero fundamental su opinión sobre mi trabajo para el correcto desarrollo del mismo. Agradezco su colaboración, además de esperar que sea de su interés y pueda rellenar este formulario, que es el resultado de la revisión de numerosa documentación relacionada, aplicada al ámbito que nos ocupa.

La realización de esta encuesta supondrá unos 15 minutos, contando con dos apartados: uno sobre datos sociodemográficos y otro con los aspectos del protocolo a consultar. En este segundo apartado le pido su opinión como experto/a sobre:

- La pertinencia de la idea expuesta
- Si la definición es suficientemente clara
- Y su opinión sobre si lo incluiría en un protocolo

En total son 17 preguntas, a responder mediante una escala de 1 a 5 y con la posibilidad de expresar libremente su aportación, como experto sobre el tema, en cada una de ellas.

Todos los datos serán tratados cumpliendo la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

En ningún informe o publicación será expuesto su nombre o datos identificativos si así lo desea. La información que aporte será utilizada exclusivamente para la presente investigación.

Si usted tiene alguna duda o desea cualquier información adicional sobre este trabajo, por favor póngase en contacto conmigo en el siguiente correo: [ainrod01@ucm.es](mailto:ainrod01@ucm.es)



Le agradezco mucho su colaboración

1.- ¿Desea participar?

- Si
- No

## SECCIÓN 1

**Información sobre datos básicos de su trayectoria profesional, formación, etc.**

2.- ¿Pertenece a alguna institución que preste o dé formación en atención psicológica de emergencia?

- Si
- No
- Otro:

3.- ¿Para qué institución trabaja?

- ...

4.- ¿Qué edad tiene?

- ...

5.- ¿Cuál es su formación profesional?

- Medicina
- Enfermería
- Psicología
- Trabajo Social
- Otro:

6.- ¿Cuántos años de experiencia laboral tiene?

- ...

7.- ¿Tiene experiencia en la atención a víctimas de desastres o ha formado parte de la gestión de la misma?

- Si
- No

8.- ¿Está familiarizado/a con los protocolos existentes?

- Si
- No

## SECCIÓN 2

A continuación, encontrará los aspectos más relevantes del protocolo, pidiendo su opinión sobre si los considera pertinentes, están expuestos de una manera suficientemente clara y si lo añadiría a los protocolos existentes. Además encontrará un apartado en cada una de ellas para expresar su opinión si lo considera necesario, lo cual es de agradecer.

**\* Tenga en cuenta que se trata de un resumen del contenido del protocolo, el cual a su vez es un esquema con vistas a una posterior ampliación para concretar y definir aún más la actuación.**



9.- Aunque el protocolo pretende diseñar la organización del dispositivo de asistencia psicológica in situ, se propone ampliar los escenarios de actuación para intentar llegar a más afectados:

- + Asistencia psicológica en salas de espera de urgencias (si la gravedad de la patología física lo permite)
- + Asistencia psicológica de víctimas en el puesto médico del incidente, principalmente en la atención a pacientes leves.
- + Asistencia en Dispositivo de asistencia psicológica a víctimas físicamente ilesas.
- + Familiares y allegados: Asistencia psicológica en el Punto de atención a familiares, acompañándolos en la reunión con sus allegados ilesos, heridos, durante la búsqueda de desaparecidos o ante malas noticias y a la morgue.

- Pertinencia 1 2 3 4 5
- Definición clara 1 2 3 4 5
- ¿Lo incluiría en el protocolo? 1 2 3 4 5
- Alegación: ...

### RECURSOS HUMANOS

10.- El personal que interviene dentro del dispositivo de atención psicológica se divide en cuatro grupos:

- + **Socorristas de acompañamiento:** personal voluntario previamente formado en Primeros Auxilios Psicológicos y entrenados en la actuación en este tipo de dispositivos. Además de acompañar y atender a los afectados en sus necesidades básicas, realizan un screening mediante “Triage psicológico” de las personas que necesitan una atención especializada.
- + **Profesionales titulados:** Psicólogos (preferiblemente formados en psicología de emergencias), trabajadores sociales, personal sanitario
- + **Voluntarios:** Si no cuentan con formación previa, pueden ocuparse de labores más administrativas
- + **Jefes de equipo:** con formación y experiencia suficientes para encargarse de labores organizativas

- Pertinencia 1 2 3 4 5
- Definición clara 1 2 3 4 5
- ¿Lo incluiría en el protocolo? 1 2 3 4 5
- Alegación: ...

11.- Cálculo del personal necesario (Basado en el Manual de Cruz Roja):

Todos los números que se manejan son orientativos, ya que dependerá de la situación y sus particularidades.

Se calcula que en la población general existe un 8% de personas con algún tipo de psicopatología o antecedente. Este grupo de población tiene una mayor probabilidad de precisar atención psicológica especializada ante una situación de desastre. Además, cada psicólogo puede atender a unas 10 víctimas, por lo que se puede utilizar la siguiente fórmula:

$$n^{\circ} \text{ psicólogos} = (0,08 \times n^{\circ} \text{ afectados}) / 10$$

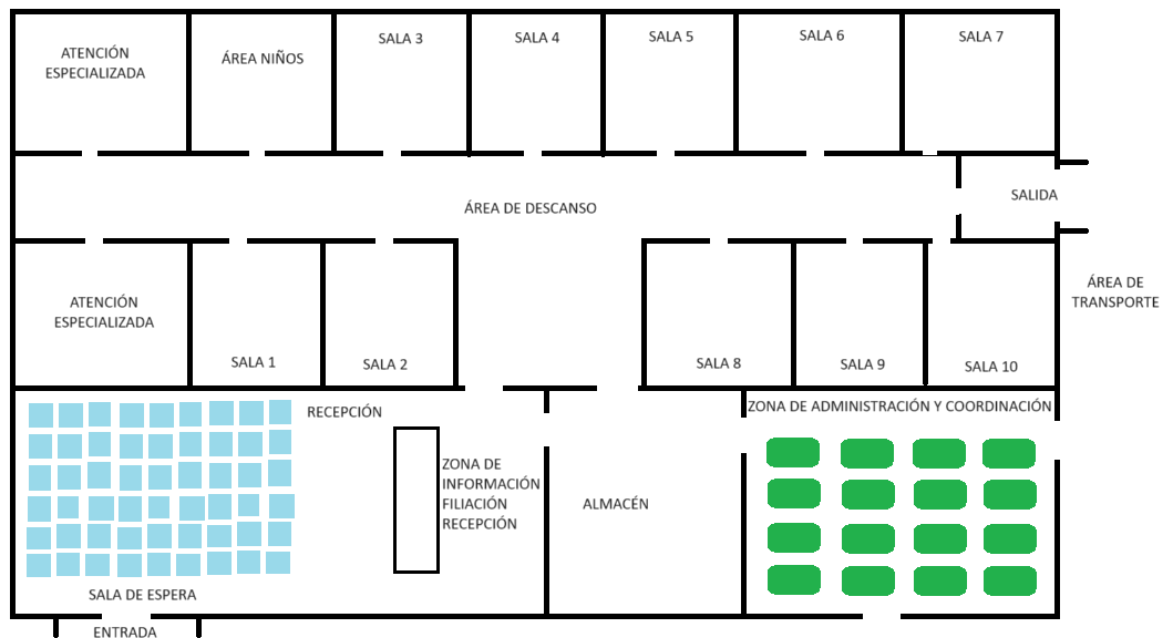


Los socorristas de acompañamiento organizarán la atención a las víctimas por núcleo familiar (de 5 personas aproximadamente). Pueden hacerse cargo de 2 a 4 núcleos dependiendo del número de víctimas totales.

- Pertinencia 1 2 3 4 5
- Definición clara 1 2 3 4 5
- ¿Lo incluiría en el protocolo? 1 2 3 4 5
- Alegación: ...

### ORGANIZACIÓN DEL DISPOSITIVO

12.- Se propone esta organización interna para facilitar la asistencia. No tiene que ser necesariamente una estructura provisional, sino que se podría utilizar alguna estructura cercana, como un hotel o edificio de oficinas, diferenciando las zonas según el esquema para organizar la actividad interna.



- Pertinencia 1 2 3 4 5
- Definición clara 1 2 3 4 5
- ¿Lo incluiría en el protocolo? 1 2 3 4 5
- Alegación: ...

13.- Esta propuesta de organización tiene muchos aspectos en común con la organización propuesta con Cruz Roja, pero se añaden o modifican diferentes aspectos, adecuándose a un posible desastre en nuestro país, donde la duración de la atención en un dispositivo de este tipo no se prevé muy prolongada en el tiempo. Así el circuito de atención sería el siguiente:

- + A su entrada, filiación e información del proceso a los afectados
- + Almacén con comida, bebida y prendas de abrigo para necesidades básicas
- + Área de descanso, con salas separadas, dónde se realiza acompañamiento y triage psicológico y se deriva a atención psicológica en caso de necesidad.



+ Afectados más vulnerables (niños, ancianos, discapacitados...) pasan directamente al área de descanso, dónde se realizará la filiación y triaje.

+ Área de administración y coordinación, donde se recibe información del incidente y se registran los datos de la atención del dispositivo (filiación, número de personas atendidas, necesidades y petición de recursos...)

+ Área de transporte, donde se filia la salida de los afectados y se les proporciona transporte.

- Pertinencia 1 2 3 4 5
- Definición clara 1 2 3 4 5
- ¿Lo incluiría en el protocolo? 1 2 3 4 5
- Alegación: ...

14.- NIÑOS. Atendiendo, entre otra bibliografía consultada, a las recomendaciones de UNICEF en su *Guía para apoyar las intervenciones psicosociales en emergencias*, se proponen los siguientes puntos:

+ Presencia de Policía (Agentes tutores) ante menores no acompañados

+ Personal especializado, con experiencia en la atención a niños

+ Sala específica para niños, con material (juguetes, pinturas, cuentos, comida para bebés...), aislados de sonidos estresantes...

+ Atención a familias con niños (atención psicológica a adultos a su cargo, ya que sus reacciones influyen en el menor). Información de las reacciones esperables, normales y patológicas del niño, por escrito.

- Pertinencia 1 2 3 4 5
- Definición clara 1 2 3 4 5
- ¿Lo incluiría en el protocolo? 1 2 3 4 5
- Alegación: ...

15.- Se propone un 'punto de recepción de familiares' separado, especialmente en incidentes de muchas víctimas, fallecidos o desaparecidos. Además de atención psicológica, se trabaja generando listados y cruzando datos con las listas de víctimas. De nuevo se propone un esquema para organizar la atención y el trabajo en esta zona.



- Pertinencia 1 2 3 4 5



- Definición clara 1 2 3 4 5
- ¿Lo incluiría en el protocolo? 1 2 3 4 5
- Alegación: ...

16.- Plan de asistencia psicológica post-desastre.

+ Garantizar y organizar la continuidad asistencial en casos necesarios

+ Entregar documentación, en papel, a los afectados con:

- Información de autoayuda
- Información sobre psicoeducación, detallando síntomas que se consideran normales y los que son patológicos, indicadores de necesidad de ayuda.
- Consejos sobre afrontamiento, activar recursos internos, conductas para favorecer la recuperación, importancia de vuelta a la rutina dentro de lo posible, utilizar el apoyo social-comunitario...
- Información de los recursos que se ofrecen y cómo acceder a ellos
- Agregar un apartado para las peculiaridades de los grupos vulnerables (niños, discapacitados...)

+ Si se da la necesidad, crear un programa de rehabilitación psicosocial sobre la población afectada

- Pertinencia 1 2 3 4 5
- Definición clara 1 2 3 4 5
- ¿Lo incluiría en el protocolo? 1 2 3 4 5
- Alegación: ...

17.-Diseñar programas de intervención grupales para intervinientes. Además, se dará información por escrito, al igual que a los afectados, sobre síntomas normales y patológicos y disponibilidad de medios, para que puedan obtener ayuda psicológica si fuera necesario.

- Pertinencia 1 2 3 4 5
- Definición clara 1 2 3 4 5
- ¿Lo incluiría en el protocolo? 1 2 3 4 5
- Alegación: ...



# ANEXO 3 - PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN UN DISPOSITIVO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN DESASTRES

## 1.- Justificación y ámbito de actuación

En el Plan de Acción sobre la Salud Mental de la OMS (2013-2020) se indica la importancia de la prevención, con un enfoque integral y multisectorial coordinado, tanto con las instituciones sanitarias como sociales. Además, en 2010, el Consejo de la Unión Europea, indicó que el apoyo psicosocial en emergencias y desastres debe ser incluido entre los servicios de protección civil, incluyendo no sólo a víctimas de la población general, sino también a intervinientes y gestores (Soto-Baño, M. A. et al., 2021).

Según el Centro de Crisis ante Catástrofes de Inglaterra (Manual de protocolos de los equipos ERIE especializados en intervención psicosocial, 2015) en la fase más inmediata, horas después del incidente:

- El 15 % de los afectados tendrán reacciones patológicas
- El 15 % mantendrá estabilidad emocional
- El 70% se mantendrán calmados, aunque estarán en un estado de bloqueo emocional

Entre el 15-25% de las víctimas de un desastre precisarán asistencia psicológica por parte de un profesional, aumentando en torno a un 17% las psicopatologías presentes previamente. (Valero, J. C. et al., 2004)

Tras la revisión de los manuales y procedimientos de las diferentes entidades que prestan asistencia psicológica en emergencias de nuestro país, se realiza este protocolo, englobando los aspectos más relevantes para una actuación en territorio español.

## 2.- Definición y pertinencia del problema

Se trata de organizar la asistencia psicológica en una situación de desastre para brindar apoyo inmediato a los afectados en el momento de crisis. Los objetivos de esta asistencia psicológica sobre las víctimas son (*Guía de recomendaciones de buenas prácticas en intervención psicológica en emergencias, 2023*):

- Alivio del sufrimiento emocional y restablecer la estabilidad emocional
- Ayudar a la búsqueda y activación de las propias capacidades internas del individuo para afrontar la situación
- Evaluación de vulnerabilidades específicas y factores de riesgo psicológico, valorando la necesidad de derivación a otros niveles asistenciales
- Vincular al afectado con una red de apoyo (familiar, comunitario, profesional...)

## 3.- Definición de población diana

Aunque el protocolo pretende diseñar la organización del dispositivo de asistencia psicológica in situ, se proponen varios escenarios de actuación para atender a todos los afectados posibles. Así, contamos con:



#### VÍCTIMAS DIRECTAS:

- Heridos moderados/graves: traslado a hospital por personal sanitario. Asistencia psicológica en salas de espera de urgencias (si la gravedad de la patología física lo permite)
- Heridos leves: atención en Puesto Médico in situ. Asistencia psicológica de víctimas en dispositivo sanitario de pacientes leves.
- Ilesos: Asistencia en Dispositivo de asistencia psicológica

#### VÍCTIMAS INDIRECTAS:

- Familiares y allegados: Asistencia psicológica en Punto de atención a familiares, acompañándolos al punto de reunión, hospital o morgue.

### 4.- Tipo de protocolo

Se trata de protocolizar una actuación propia de los servicios de urgencias y emergencias que brinden este servicio, proponiendo que sea una asistencia multidisciplinar.

Esta propuesta de protocolo se crea a través de una revisión bibliográfica sobre psicología de emergencias y el análisis de los procedimientos de diferentes entidades: Consejo General de Psicología en España, Dirección General de Protección Civil y Emergencias, Médicos del Mundo, Cruz Roja, Unidad Militar de Emergencias, Protocolo conjunto entre Cruz Roja y compañías aéreas y UNICEF.

### 5.- Definición de la actividad a realizar

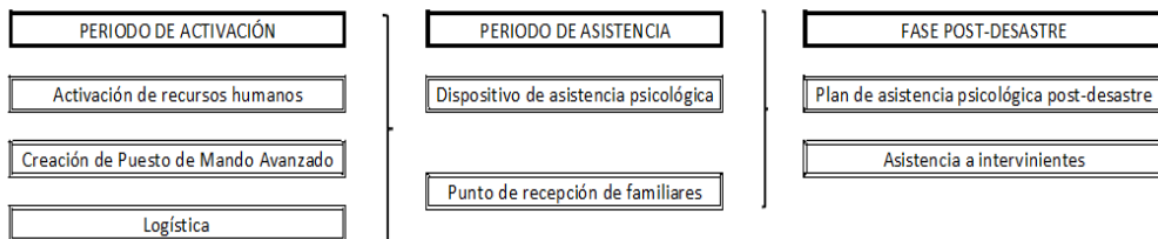


Imagen 1. FASES DE LA OPERACIÓN

#### 5.1.- Plan de actuación

##### PERIODO DE ACTIVACIÓN

Tal como se muestra en la 'Imagen 1', la operación se irá desarrollando en diferentes fases según la temporalidad. Al conocer el incidente, se activará el protocolo con tres actividades prioritarias:

### Activación de Recursos Humanos

Para una atención de calidad a la víctima, se recomienda que la asistencia psicológica en estos momentos de crisis sea profesional. El perfil del profesional que preste servicio en este dispositivo será preferiblemente psicólogo/a, con especialidad en Psicología Clínica, y que cuente con formación y capacitación para la atención psicológica en emergencias.



Existen diferentes entidades que cuentan con profesionales de atención psicológica, de dónde se pueden requerir los recursos profesionales del dispositivo. Algunos ejemplos de estas entidades son: Protección Civil, Centro de emergencias 112, Ayuntamientos, Recursos psicosociales de las Comunidades Autónomas, Diputaciones, Colegios Profesionales de Psicólogos, empresas... (*Guía técnica de planificación e intervención psicosocial en emergencias y catástrofes, 2012*). Sería interesante que en cada entidad se cuente con un Plan de Emergencias, donde estén establecidas las condiciones de activación ante emergencias, así como salario y demás condiciones laborales.

Aunque se priorizará la atención profesional por encima de la voluntaria, ante desastres que desborden las necesidades por encima de los recursos, se valorará la actuación de psicólogos voluntarios. Para ello, sería conveniente contar con una base de datos previa y actualizada de posibles intervinientes para su activación en caso de crisis (*Guía de recomendaciones de buenas prácticas en intervención psicológica en emergencias, 2023*). Además, si contamos con datos como su formación previa y experiencia, podríamos optimizar aún más este recurso. Si no se cuenta con esta información, sería conveniente conocerla mediante una entrevista rápida para delegar las funciones a realizar atendiendo al perfil del interviniente.

Para el cálculo del número de afectados, se puede tener en cuenta que suele haber de media dos afectados indirectos por cada afectado directo (ilesos, herido, desaparecido o fallecido).

Al no existir consenso en cuanto a una fórmula para el cálculo de profesionales necesarios, esta estimación recaerá en el equipo de coordinación del dispositivo. Dicha coordinación recaerá sobre el personal más experto y formado, no sólo en psicología de emergencias, sino en gestión de desastres, siendo ideal que tenga experiencia en otros sucesos similares. Entre sus labores será la de informarse sobre lo sucedido, estimar así los recursos humanos y materiales necesarios, y el establecimiento de los objetivos concretos de la intervención.

Los recursos humanos necesarios dependerán de la situación y sus particularidades. A priori, se puede suponer la necesidad de más intervinientes según el tipo de incidente, el número de víctimas, el número de fallecidos, la vulnerabilidad social de la zona... Pero como se ha dicho anteriormente, el número de intervinientes necesarios será dictado por los expertos, en este caso, el equipo coordinador.

Los intervinientes con cualificación profesional presentes en el dispositivo serían psicólogos, personal sanitario y trabajadores sociales. Además, si existen necesidades especiales dentro del grupo de población afectada pueden ser necesarios traductores, intérpretes de lenguaje de signos o referentes religiosos (*Guía técnica de planificación e intervención psicosocial en emergencias y catástrofes, 2012*).

Además, se contará con un número determinado de "Jefes de equipo" para organizar y supervisar la atención. Serán profesionales con formación y experiencia suficientes para encargarse de labores organizativas. Su número dependerá del número de intervinientes necesarios.

Por último, se propone destinar un área dentro del dispositivo para la atención a niños, donde los intervinientes tengan una formación especializada en la atención a menores,



como asistentes sociales, maestros o psicólogos especializados en niños. Además, en caso de menores no acompañados, se sugiere la figura de Agentes Tutores o algún miembro de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad de Estado (FyCSE) que guarde su custodia hasta la llegada de familiares (Arriagada, P. et al., 2011).

## Creación del Puesto de Mando Unificado

Ante todo evento con múltiples víctimas, y para la coordinación de los diferentes servicios que trabajarán en el incidente, se crea un Puesto de Mando donde se reúnen los directivos de bomberos, FyCSE, servicios sanitarios (Guía técnica de planificación e intervención psicosocial en emergencias y catástrofes, 2012). Aquí se crea el plan de acción conjunto, y se recibe toda la información relevante en tiempo real.

Se propone que en este puesto de mando se persone jefe del Dispositivo de Atención Psicológica, en contacto continuo con el equipo coordinador del dispositivo in situ, para la coordinación, la obtención de información y el diseño del plan de actuación.

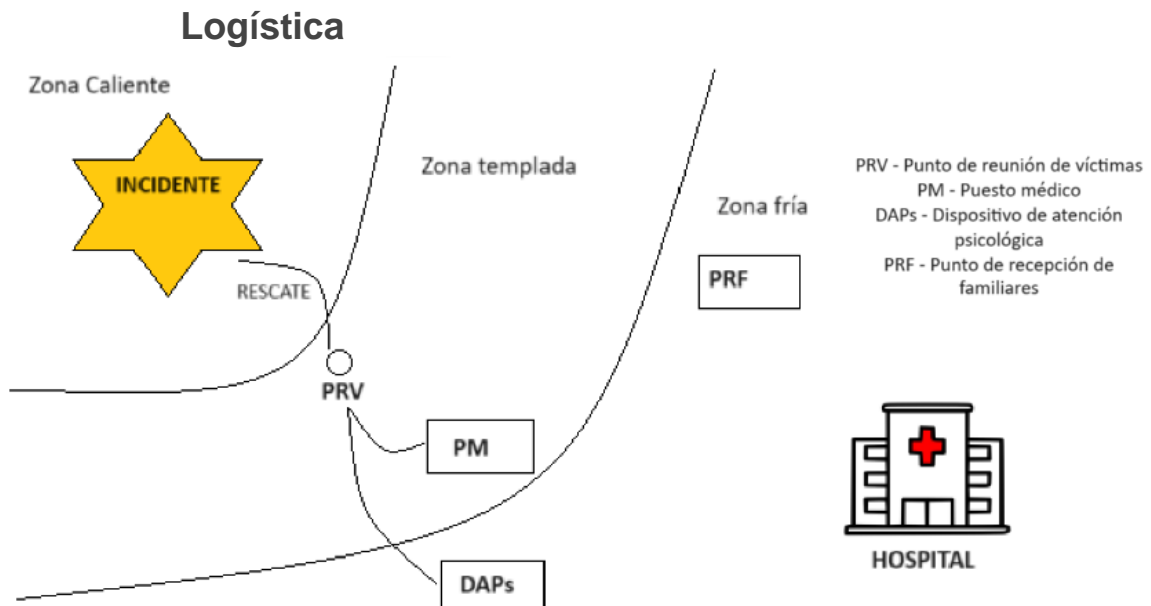


Imagen 2. ZONIFICACIÓN DEL INCIDENTE

Con la información obtenida del puesto de mando, y la zonificación de la escena del siniestro realizada por bomberos, se colocará el Dispositivo de Asistencia Psicológica en la zona fría (zona sin riesgo) según se muestra en el ejemplo de la 'Imagen 2' (Procedimientos operativos: Incidentes con Múltiples Víctimas y Triage, 2017).



## Dispositivo de asistencia psicológica

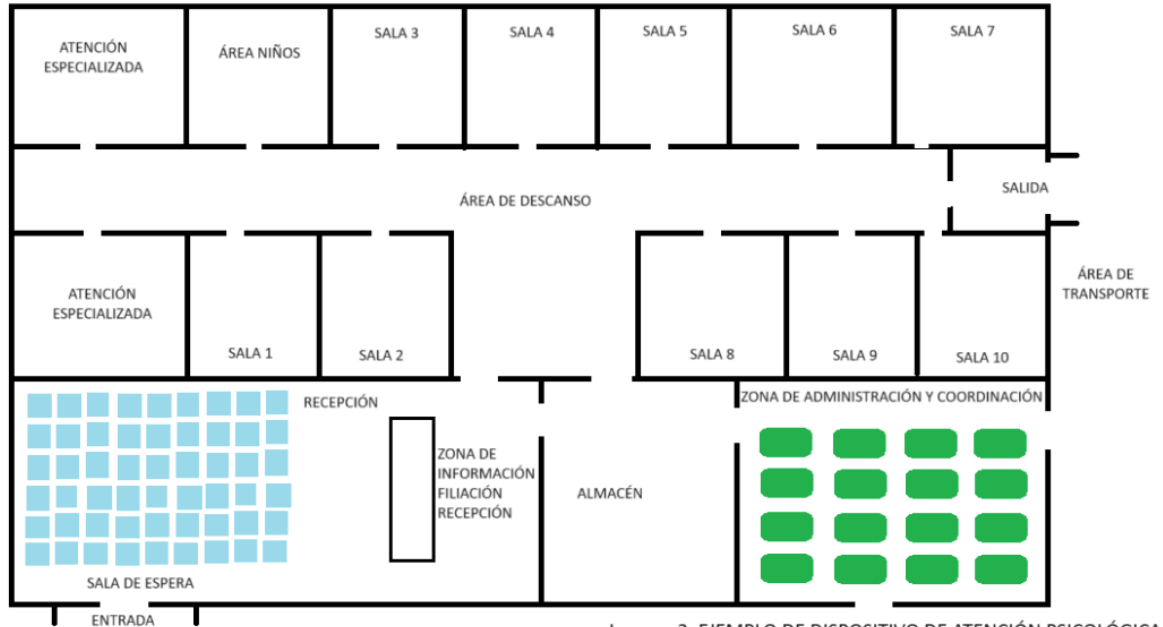


Imagen 3. EJEMPLO DE DISPOSITIVO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

El esquema del dispositivo que se muestra en la 'Imagen 3' es tan solo una propuesta de la organización interna para facilitar la asistencia. No obstante, se podría utilizar alguna estructura cercana, como un hotel o edificio de oficinas, para dicha asistencia, diferenciando las zonas según el esquema para organizar la actividad interna.

### ORGANIZACIÓN INTERNA DEL DISPOSITIVO:

- Zona de recepción

Tras el rescate de las víctimas, en el PRV (punto de reunión de víctimas), se realiza un primer triaje sanitario bipolar, según si precisa o no asistencia sanitaria. Las víctimas ilesas pasarían al Dispositivo de asistencia psicológica (Procedimientos operativos: Incidentes con Múltiples Víctimas y Triage 2017).

En la sala de espera, a la llegada de los afectados, se irán entregando hojas de filiación, como la que se muestra en la 'Imagen 4' y se les informará del proceso.



HOJA DE FILIACIÓN					
LUGAR:			FECHA:		
HORA ENTRADA:			EDAD:		
NOMBRE:			APELLIDOS:		
TELEFONOS:					
ALLEGADOS					
NOMBRE	APELLIDOS	PARENTESCO	¿VÍCTIMAS?	TELÉFONO	DIRECCIÓN
NECESIDADES ESPECÍFICAS: MEDICACIÓN, BÚSQUEDA DE FAMILIARES...					

Imagen 4. EJEMPLO HOJA DE FILIACIÓN

Si se detectan casos con gran malestar físico o psicológico pasarán directamente a la zona de descanso o a atención especializada, ayudándoles con la filiación.

Una vez completada la hoja de filiación, se procederá a su registro en la base de datos en la zona de administración y coordinación, para elaborar un listado de afectados. Toda víctima que entre en el dispositivo debe ser filiada, así como su salida y dónde se dirige.

- Almacén

En cualquier momento de la asistencia, los intervinientes valorarán las necesidades básicas de los afectados y tendrán a su disposición, en el almacén, comida, bebida, ropa de abrigo, mantas y elementos de higiene para las víctimas.

- Área de descanso

Estará dividida en varias salas para la atención y el descanso de los núcleos familiares. Ciertas salas se reservarán para la atención especializada, como atención médica o psicológica, si no se puede realizar en su propia sala de descanso.

En esta zona se realizará un triage psicológico, valorando las necesidades de atención especializada o derivación. El sistema PsySTAR de la Cruz Roja americana (Manual de protocolos de los equipos ERIE especializados en intervención psicosocial, 2015), que se muestra a continuación, es uno de los más completos y sencillos.



**Sistema de Triage Psicológico (en ADAM y CDAM)**  
(basado en el sistema de triaje PsySTART de la Cruz Roja Americana)

¿SE OBSERVA UN RIESGO DE DAÑO A SÍ MISMO O HACIA OTROS?	
¿SE ENCUENTRA EN LA ACTUALIDAD BAJO TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSIQUIÁTRICO?	
EN CASO DE QUE HAYA RESPONDIDO AFIRMATIVAMENTE A LA ANTERIOR PREGUNTA, ¿TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICACIÓN A ESE RESPECTO?	
¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS?	
¿HA FALLECIDO ALGÚN FAMILIAR DIRECTO DURANTE EL DESASTRE?	
¿ACTUALMENTE TIENE ALGÚN FAMILIAR DESAPARECIDO DEBIDO AL DESASTRE?	
¿ES UN MENOR NO ACOMPAÑADO? ¿SE HA SEPARADO DE SUS PADRES/TUTORES?	
¿HA EXPERIMENTADO (SENTIDO/EXPRESADO) PÁNICO EXTREMO DURANTE EL DESASTRE?	
¿HA TEMIDO POR SU PROPIA VIDA O LA DE ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA?	
¿HA PRESENCIADO MUERTES O HERIDAS DE GRAVEDAD?	
¿HA FALLECIDO SU MASCOTA DURANTE EL DESASTRE?	
¿PRESENTA SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD O HERIDAS FÍSICAS RELACIONADAS CON EL DESASTRE O LAS PRESENTA ALGÚN FAMILIAR?	
¿SU EVACUACIÓN O RESCATE SE HA DEMORADO EN EL TIEMPO?	
¿SU HOGAR NO ES HABITABLE DEBIDO AL DESASTRE?	
¿HA TENIDO FAMILIARES SEPARADOS O CON UBICACIÓN DESCONOCIDA DURANTE EL DESASTRE? (ACTUALMENTE CONOCEN EL PARADERO DE SU FAMILIAR O SE HAN ENCONTRADO)	
¿TIENE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD (física, visual, auditiva, psíquica) O REQUIERE DE ALGÚN TIPO DE ATENCIÓN ESPECIAL (personas mayores, niños/adolescentes, embarazadas, enfermos u otras)?	
NO SE HAN IDENTIFICADO FACTORES DE TRIAJE	

**Amarillo:** Algunos factores a tener en cuenta durante la intervención.  
**Naranja:** Derivar al servicio de atención psicológica especializada de los Equipos ERIE de Intervención Psicosocial para valorar su estado psicológico actual.  
**Rosa:** Derivar al servicio de atención psicológica especializada de los Equipos ERIE de Intervención Psicosocial para valorar su estado psicológico actual con prioridad.  
**Rojo:** Derivación inmediata al servicio de atención especializada.

Además, es importante contar con una sala específica para niños, donde puedan tener material para pintar, juguetes, cuentos, comida adaptada para las diferentes edades (bebés) y demás, lo más aislada posible de ruidos del exterior. Se contará con personal específico que se haga cargo de ellos dentro del dispositivo, en caso de que no estén acompañados por un adulto (Gutiérrez, L., 2002).

Se debe tener en cuenta a las víctimas más vulnerables, como es el caso de los niños, pero también ancianos o discapacitados, a los que se pasará directamente a la zona de descanso, se les ayudará a rellenar los datos de filiación, y se les prestará atención especializada.

Por último, en cuanto a la atención a familias con niños, si éstos están acompañados con sus adultos de referencia, se prestará atención psicológica a los adultos a cargo por los efectos que pueden tener sus reacciones en la salud mental de los niños (Padilla, E. M. Q., 2007).

La salida de esta zona se hará cuando los afectados se encuentren estables y acompañados por sus allegados. La salida del dispositivo se debe filiar, con los datos de contacto de la víctima, y el lugar donde se va a alojar (domicilio, hotel, albergue...).

- Área de administración y coordinación

Dispondrá de puestos de trabajo con ordenadores, conexión a internet y telefonía. Se registran los datos obtenidos de la filiación de las víctimas en la base de datos.

Se tendrá en cuenta que los afectados atendidos en este dispositivo, pueden ser a su vez familiares de otras víctimas, fallecidos o desaparecidos. Por esto, dentro de la zona de coordinación, se cruzará datos con listas de hospitales, heridos, fallecidos y demás, hasta saber dónde están sus allegados y acompañarlos en su encuentro.

Existe una Aplicación de Gestión de los Damnificados (AGESDAM), contemplada en los protocolos de la Unidad Militar de Emergencia y Cruz Roja, para registrar la filiación de los afectados que, al conectarse mediante internet, cruzan los datos entre varios puntos de filiación.



- **Área de transporte**

Se llevará un registro de las salidas, siendo importante tener el contacto de las personas atendidas, por si fuera necesario algún trámite posterior.

Si es posible se acompañará a los núcleos familiares, sobre todo si tienen familiares fallecidos.

### Punto de recepción de familiares

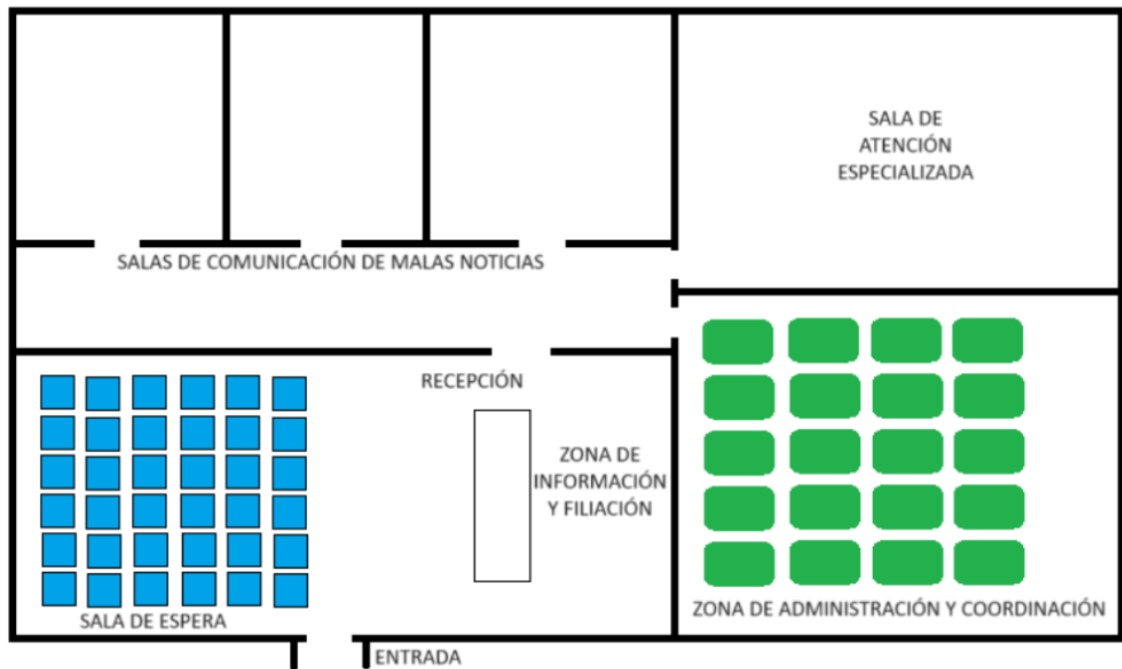


Imagen 5. ESQUEMA DEL PUNTO DE RECEPCIÓN DE FAMILIARES

El punto de recepción de familiares (Imagen 5) será especialmente necesario para incidentes de muchas víctimas, con un gran número de fallecidos o desaparecidos como, por ejemplo, en accidentes aéreos (Manual de protocolos de los equipos ERIE especializados en intervención psicosocial, 2015). Así, se puede brindar asistencia a los familiares y allegados en momentos de tanta incertidumbre, trabajando desde el área de coordinación para generar listados y cruzar datos con las listas de víctimas. Además, es útil para organizar un encuentro controlado entre familiares, pudiendo acompañarlos al Dispositivo de Atención Psicológica en caso de ilesos, al hospital en víctimas heridas, o a la morgue si hubiesen fallecido. De esta manera se pretende acompañar y asistir a los familiares en todo el proceso.

### Plan de asistencia psicológica post-desastre

Tras la primera asistencia psicológica en el momento de crisis, se debe garantizar la continuidad asistencial, especialmente para los casos que más lo puedan necesitar.

Se propone que, a la salida del dispositivo, e indiferentemente de las necesidades de cada persona, a todos se les entregue, en papel, un folleto con información relevante y signos de alarma, para su seguimiento en caso de necesidad (Manual de protocolos de los equipos ERIE especializados en intervención psicosocial, 2015).



Además, los afectados que hayan sido captados por parte de los psicólogos del dispositivo, por sospecha de necesidades a más largo plazo, entrarán en una base de datos para su seguimiento posterior.

La documentación que se entregue a los afectados, tanto directos, como indirectos, debe tener unos mínimos, como podría ser:

- Información de autoayuda
- Información sobre psicoeducación, detallando síntomas que se consideran normales y los que son patológicos, indicadores de necesidad de ayuda.
- Consejos sobre afrontamiento, activar recursos internos, conductas para favorecer la recuperación, importancia de vuelta a la rutina dentro de lo posible, utilizar el apoyo social-comunitario...
- Información de los recursos que se ofrecen y cómo acceder a ellos
- Agregar un apartado para las peculiaridades de los grupos vulnerables (niños, discapacitados...)

Además, gracias a las bases de datos creadas mediante la filiación de la atención en los dispositivos, si se da la necesidad de crear un programa de rehabilitación psicosocial sobre la población afectada (Dirección de Operaciones Internacionales. Grupo de Acción Humanitaria de Médicos del mundo, 2013), será más fácil contactar con los afectados que más lo necesiten.

## **Asistencia a intervinientes**

En la fase post-desastre, el equipo encargado de la atención a intervinientes, se pondrá en contacto con las distintas entidades que han participado en la gestión del desastre, y se diseñarán programas de intervención grupales (Guía técnica de planificación e intervención psicosocial en emergencias y catástrofes, 2012). Además, se dará información por escrito, al igual que a los afectados, sobre síntomas normales y patológicos y disponibilidad de medios, para que puedan obtener ayuda psicológica si fuera necesario.

## **6.- Recursos necesarios**

Los recursos necesarios van a depender en gran medida del tipo de incidente, su magnitud, y el número de víctimas.

- Carpa grande para montar el dispositivo
- Punto de agua y aseo por cada 20 personas
- Zona de aparcamiento amplia (autobuses)
- Sillas
- Camillas
- Mesas
- Ordenadores
- Alimentación y bebidas
- Mantas, elementos de abrigo
- Material infantil (cuentos, pinturas, juguetes...)
- Equipos de climatización
- Bolígrafos
- Cuestionarios (filiación, triage, atención psicológica o sanitaria...)

Además, en la sala de atención sanitaria, se puede contar con medicación básica de emergencias, pero también con una selección de psicotropos recomendados por la OMS en estas situaciones (Dirección de Operaciones Internacionales. Grupo de Acción Humanitaria de Médicos del mundo, 2013).



## 7.- Evaluación del protocolo

Para la evaluación del protocolo se propone tres actividades:

- Revisión por parte de expertos de diferentes entidades prestatarias de atención psicológica ante desastres
- Su puesta en marcha mediante simulacros, para así además aprender la manera de actuar ante un desastre y evaluar puntos débiles a mejorar.
- Ante una actuación real, evaluación posterior de la actividad y valorar puntos de mejora

## 8.- Referencias bibliográficas

De la Salud, A. M. (2013) *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020* (No. WHA66. 8).

Soto-Baño, M. A., Clemente-Suárez, V. J. (2021). Psicología de emergencias en España: Análisis actual, normativa y proposición reguladora. *Papeles del Psicólogo*, 42(1), 46-55.

Cruz Roja Española (2015) *Manual de protocolos de los equipos ERIE especializados en intervención psicosocial*

Valero, J. C., León, F. G., Giménez, M. L., Gestoso, C. G., Venegas, J. M., Cerdeira, N. L. (2004). Consecuencias psicopatológicas de las catástrofes y desastres: el síndrome del estrés postraumático. *Psiquis*, 25(1), 4-11.

Consejo General de la Psicología en España (2023) *Guía de recomendaciones de buenas prácticas en intervención psicológica en emergencias*

Muñoz, M., Ausín, B., Pérez-Santos, E. (2007). Primeros auxilios psicológicos: protocolo ACERCARSE. *Psicología Conductual*, 15(3), 479-505.

Dirección General de Protección Civil y Emergencias (2012) *Guía técnica de planificación e intervención psicosocial en emergencias y catástrofes*

Arriagada, P., Valdebenito, L. UNICEF (2011) *Para Reconstruir la Vida de los Niños y Niñas. Guía para apoyar intervenciones psicosociales en Emergencias y Desastres*

SAMUR - Protección Civil (2017) *Procedimientos operativos: Incidentes con Múltiples Víctimas y Triage*

Gutiérrez, L. Equipo de Psicología de Catástrofes. Dirección General de Protección Civil y Emergencias (2002) *Los niños y los desastres*. Revista de Protección Civil - núm. 13

Padilla, E. M. Q. (2007). Niños y niñas después de un desastre. Guía de intervención psicoafectiva dirigida a personal no especializado en salud mental. *Psicología Conductual*, 15(3), 507-523.

Dirección de Operaciones Internacionales. Grupo de Acción Humanitaria de Médicos del mundo (2013) *Manual de política, procedimientos y estrategia en acción humanitaria de médicos del mundo, España*



Agradecimientos:

A mi tutora Celia, por su paciencia y su tiempo.

Y a los expertos que contestaron la encuesta, por compartir sus conocimientos.